UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE TRAVAIL DES PRÉPOSÉES AUX BÉNÉFICIAIRES DANS LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES : « ON FAIT TOUT, ON TOUCHE À TOUT »

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
CORYNNE LAURENCE-RUEL

FÉVRIER 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce mémoire a été possible grâce aux conseils et aux commentaires de plusieurs personnes, à commencer par ma directrice, Elsa Galerand, que je remercie sincèrement pour tout le temps qu'elle a consacré dans ce mémoire en m'apportant les outils indispensables à sa réalisation. Ces commentaires, suggestions et conseils ont su nourrir mes réflexions et leur ont donné et redonné du sens. Enfin, son exigence et sa rigueur m'ont grandement stimulé tout au long de ce grand défi qu'est la rédaction d'un mémoire.

Je tiens à témoigner toute ma profonde gratitude à Shirley Roy, professeure au département de sociologie de l'UQAM, pour m'avoir offert sa précieuse aide tout au long de cette aventure. Elle a été présente dans les moments importants de la rédaction du mémoire et m'a offert un soutien indispensable. Chacun de nos échanges a été fondamental dans l'accomplissement de cette recherche. Enfin, ses enseignements ont été des moments très enrichissants et stimulants au cours ma maîtrise et ont su participer à mon éveil intellectuel.

J'adresse mes sincères remerciements envers les 10 préposé.es qui ont accepté.es de participer à cette recherche et qui m'ont fait découvrir les réalités de leur travail. Votre rencontre a été très marquante pour moi et m'a donné la motivation et l'énergie lors des moments plus difficiles de la rédaction. Je tiens également à remercier la participation de l'ARIHQ et de leur précieuse collaboration pour le recrutement des préposé.es.

Je tiens à remercier Lise Arsenault pour son précieux accueil au département de sociologie de l'UQAM. Elle a été présente lors des moments clefs de l'avancement de ce mémoire et a su répondre à mes questionnements et inquiétudes avec rassurance et bienveillance. Nos échanges ont toujours eu un effet apaisant sur moi, je lui remercie pour ces précieux conseils.

Je ne pourrais oublier de remercier tout particulièrement Laurence Morin, ma précieuse et très grande amie. Notre complicité est unique et incomparable. Durant ce long et ardu trajet que nous avons parcouru côte à côte, nos échanges intellectuels, nos routines gastronomiques, nos marches interminables et nos rires sans fin, ont su raviver l'énergie pour la réalisation de cette réussite. Merci pour ton amitié inconditionnelle et inestimable.

Un remerciement spécial à mon copain Aimé Yoalloum, qui a été à mes côtés tout au long de la rédaction de ce mémoire. Tu as su m'encourager sans relâche, me soutenir positivement et avec amour dans les moments plus difficiles et souligner mes réussites. Merci pour ta combativité inspirante. Lorsqu'elle manquait, tu m'as donné la force nécessaire pour continuer. Je te remercie aussi pour ta relecture attentive, tes commentaires riches et nos discussions fécondes.

Merci à Sophie Benoit pour ta force et ta détermination. Tu as su me redonner confiance lorsqu'elle s'affaissait.

Merci à mon grand frère Nicolas Laurence-Ruel, qui malgré les moments tragiques de sa vie, a su être là pour moi et redynamiser mon espoir. Tu es ma force inspirante.

Merci à mon ami Félix Deslauriers, pour nos discussions enrichissantes et ton soutien inconditionnel.

Merci à mon amie Sandrine Charest-Rehel, pour ta force intellectuelle et ta détermination inspirante.

Merci à mon amie Jade Simard, pour ton amitié précieuse, ta présence absolue et ton écoute.

Je songe à remercier naturellement mes parents, Maryse et Alain, qui ont su m'apporter un soutien inestimable depuis le début de mon parcours académique.

Je remercie enfin celles et ceux qui de près ou de loin m'ont apporté leur appui. Je pense entre autres à, Émilie Jolicoeur, Mathilde Aubry, Diane Côté, Jonathan Laurence-Ruel, Katy Gélinas, Vanessa Lecuyer, Geneviève Vaillancourt, Diane Ruel, Jeanne Reynolds, Mathilde Michaud.

La réalisation de ce mémoire a bénéficié du soutien financier du Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH), du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FRQSC).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS i

RÉSUMÉ vi

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES vii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I
PROBLÉMATIQUE ET DÉMARCHE DE RECHERCHE 4

1.1 Le secteur d'hébergement et de soins pour personnes âgées au Québec 4

1.1.1 Mise en contexte : les transformations du secteur 4

1.1.2 Portrait actuel du secteur de l'hébergement pour personnes âgées au Québec 8

1.1.3 Enjeux dans le réseau des RI : pénurie de main-d'œuvre et condition de travail difficiles 12

1.2 Revue de la littérature 13

1.2.1 L'activité de travail des préposées aux bénéficiaires en milieux institutionnels 14

1.2.2 Le travail de *care* 17

1.2.3 Synthèse de la revue de la littérature 31

1.3 Cadrage théorique 33

1.3.1 Perspective théorique féministe matérialiste 33

1.3.2 L'analyse de l'activité concrète de travail et des rapports au travail 36

1.4 Questions de recherche, méthodologie et opérationnalisation 39

1.4.1 Questions de recherche 39

1.4.2 Méthodologie et opérationnalisation 41

CHAPITRE II
LES CONDITIONS D'EMPLOI 48

Introduction 48

2.1 Les conditions d'emploi des PAB en CHSLD 48

2.2 Les conditions d'emploi en RI 50

2.3 Les conditions d'emploi des préposées interrogées 53

2.3.1 Le salaire 53

2.3.2 Le manque de préposées 58

2.3.3 Conditions d'emploi particulières pour les nouvelles préposées 60

2.3.4 Le manque de personnel « professionnel » le soir et la fin de semaine 61

2.3.5 Les pauses 62

2.3.6 Violences et agressions physiques et psychologiques 64

2.3.7 Après une journée de travail : fatigue et épuisement 68

Conclusion 69

CHAPITRE III
L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL : À QUOI RÉFÈRE LE « TOUT »? 71

Introduction 71

2.1 Deux distinctions conceptuelles 72

2.1.1 Le travail prescrit et le réel du travail 72

2.1.2 Le travail prescrit et réel pouvant être prévisible et imprévisible 73

2.2 « On touche à tout, on fait tout » : en quoi consiste ce « tout »? 76

2.2.1 Les tâches prescrites et prévisibles 76

2.2.2 Les tâches prescrites et imprévisibles 91

2.2.3 Le « réel du travail » et les tâches non prescrites pouvant être prévisibles ou imprévisibles : la dimension relationnelle du travail 94

Conclusion 99

CHAPITRE IV .....
LE RAPPORT AMBIVALENT AU TRAVAIL : QUEL PASSAGE AU COLLECTIF ? 104

Introduction 104

2.1 Éléments constitutifs d'un rapport négatif au travail 104

3.1.1 Le salaire et la charge de travail 105

3.1.2 Les tâches déléguées par la loi 90 107

3.2 Éléments constitutifs d'un rapport positif au travail 114

3.2.1 L'autonomie et la flexibilité dans l'organisation du travail 115

3.2.2 Le discours de l'amour du métier 119

Conclusion 128

CONCLUSION 132

ANNEXE A 142

GRILLE D'ENTRETIEN 142

BIBLIOGRAPHIE 148

RÉSUMÉ

Ce mémoire s'intéresse au travail des préposées aux bénéficiaires dans les ressources intermédiaires. Il se propose d'interroger l'activité de travail, ce qu'il implique pour les travailleuses, les conditions dans lesquelles il est réalisé et le rapport de ces travailleuses à leur travail, soit les manières dont elles l'investissent positivement et négativement, à partir des principaux constats issus de la littérature existante. Le travail de préposées dans les ressources intermédiaires à Montréal n'a pas encore fait l'objet d'étude empirique. L'objectif premier de ce mémoire est donc de contribuer à la sociologie de ce métier en examinant le cas des ressources intermédiaires et plus précisément les expériences des travailleuses concernées, expériences médiatisées par leur discours. Nos questions de recherche s'articulent autour de trois objectifs visant à documenter : 1) leurs conditions d'emploi ; 2) leur activité de travail et leurs tâches quotidiennes ; 3) leur rapport au travail. Pour ce faire, 10 entretiens guidés ont été réalisés auprès de préposées travaillant dans des ressources intermédiaires à Montréal. Au travers de leurs discours sur leurs expériences en tant que travailleuses, nous avons cherché à saisir les caractéristiques de leur travail à la lumière des principaux constats relevés dans notre revue de la littérature. Ce mémoire montre que leurs expériences de travail se caractérisent par une organisation temporelle dépendante des besoins et des personnes pour qui le travail est réalisé, par son caractère indéfini en termes de tâches et par ses aspects relationnel et imprévisible. Celles-ci impliquent un travail d'« engagement subjectif » (Dussuet, 2008), une « charge mentale » (Haicault, 1984) et une « disponibilité permanente » (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985) qui ne sont pas reconnus symboliquement ni matériellement et qui tendent, par conséquent, à être invisibilisés et naturalisés. À la lumière d'une grille de lecture féministe matérialiste et des analyses en termes de « division raciale du travail reproductif » (Nakano Glenn, 1992 ; Duffy, 2011), cette recherche propose de saisir ces caractéristiques dans le cadre des continuités des logiques des divisions simultanément sexuelle et raciale du travail dans le rapport salarial et institutionnel. Elle conclut sur la nécessité de poursuivre la réflexion sur les pratiques de résistance des travailleuses et leurs possibilités de se constituer en rapport collectif et subversif pouvant potentiellement mener à de meilleures conditions de travail.

MOTS CLÉS : préposées aux bénéficiaires, ressource intermédiaire d'hébergement pour personnes âgées, activité de travail de *care*, divisions sociales (sexuelle, raciale, capitaliste) du travail de *care*.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ARIHQ : Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec

AVQ : Activité de la vie quotidienne

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

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre locaux de services communautaires

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministères de la santé et des services sociaux

PAB : Préposé.es aux bénéficiaires

PDSB : Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires

RI : Ressource intermédiaire

RPA : Résidence privée pour aînés

INTRODUCTION

Depuis les années 1970, le système de santé et des services sociaux québécois a subi plusieurs séries de réformes qui ont transformé l'organisation des services d'hébergement et de soins pour personnes âgées. D'une manière générale, la littérature fait état de trois grandes tendances : une expansion et corolairement une privatisation du secteur des soins à domicile ; une augmentation des résidences privées et du réseau des ressources intermédiaire (RI) ; et une rationalisation des structures administratives et des restrictions budgétaires (Charpentier, 2007 ; Lavoie et Guberman, 2007 ; Cognet, 2010 ; Lavoie et *al.* 2014 ; Boivin, 2013). Conjuguées au vieillissement croissant de la population québécoise (ISQ, 2017), ces réformes se sont notamment accompagnées d'une réorganisation du travail de soin en lui-même (Cognet, 2010 ; Boivin, 2013).

La littérature scientifique qui étudie ces transformations s'est principalement intéressée au secteur des soins à domicile jusqu'ici. Les modalités participant de la précarisation des conditions de travail des employé.es à domicile ainsi que les liens entre celles-ci et les rapports sociaux (race, classe et sexe)[1] sont mises en évidence dans plusieurs travaux (Cognet, 2010 ; Boucher et Noiseux, 2010 ; Boivin, 2013 ; Hamel-Roy, 2018). Parallèlement, plusieurs recherches questionnent la surreprésentation des femmes et en particulier des femmes racisées et/ou migrantes dans ce travail de soin à domicile qui est parmi le plus précarisé et le plus déqualifié du secteur des soins aux personnes âgées. Elles mettent en évidence les différentes hiérarchies (hommes / femmes ; femmes blanches / migrantes ou racisées) qui structurent le travail de *care* dans le cadre social de la famille (Dussuet, 2005a ; Cognet, 2010 ; Boivin, 2013 ; Scrinzi, 2013). En revanche, moins nombreuses sont les recherches qui interrogent l'organisation hiérarchique du travail de soin dans les milieux *institutionnels* (Arborio, 2001 ; Aubry,

[1] Afin d'alléger le texte, nous n'utiliserons pas de guillemets lorsque nous référons à la « race » et au « sexe ». Tout comme il est généralement concédé aux classes sociales, nous considérons qu'elles sont des catégories créées dans un rapport social qui les précède et qu'elles ne sont en rien naturelles.

2013), tels que les centres d'hébergements et de soins de longue durée (CHSLD) de types privés, publics et les ressources intermédiaires. Malgré la promotion des services à domicile par le gouvernement, de plus en plus de personnes âgées en perte d'autonomie et en fin de vie sont institutionnalisées dans des CHSLD privés et des ressources intermédiaires (Charpentier, 2007). Le faible coût de la main-d'œuvre ainsi que les dynamiques de sous-traitance (Boivin, 2013) participent à l'expansion des secteurs privés et du réseau de RI.

De ce bref parcours bibliographique, nous avons remarqué que, dans la littérature actuelle, aucune recherche n'existe sur les travailleuses dans les RI au Québec. C'est donc pourquoi nous nous sommes intéressées, dans ce mémoire, aux expériences de travail des préposées aux bénéficiaires (PAB) dans les RI. Cette recherche s'appuie sur une enquête de terrain menée dans deux ressources intermédiaires à Montréal et vise à documenter trois thèmes sur le travail des PAB : 1) les conditions de travail ; 2) le contenu du travail en tant qu'activité et ce qu'elle implique ; 3) le rapport que les travailleuses entretiennent au travail, la manière dont elles l'investissent positivement ou négativement.

Le premier chapitre expose la construction de l'objet de notre recherche, nos questions, objectifs et pistes de recherche en regard de la littérature existante. Il présente les appuis théoriques ainsi que la démarche de recherche mise en œuvre : la méthodologie et le terrain d'enquête. Nous ferons, dans un premier temps, une brève mise en contexte afin de situer les ressources intermédiaires dans les transformations du système de santé sous l'effet des nombreuses réformes depuis les années 1970, d'abord, et dans le secteur de l'hébergement et de soins pour personnes âgées au Québec par la suite. Dans un deuxième temps, nous présenterons une brève revue de la littérature existante sur le thème du travail des préposées aux bénéficiaires au Québec et des aides-soignantes en France, le travail de *care* et ses divisions. Dans un troisième temps, nous expliciterons le cadre théorique retenu ainsi que les concepts choisis afin d'éclairer l'activité de

travail de ces travailleuses. Enfin, la dernière partie sera consacrée à la formulation des questions et pistes de recherche ainsi que la présentation de notre méthodologie.

Les chapitres suivants sont les chapitres de résultat. Le deuxième rend compte des conditions d'emploi des PAB en RI telles qu'elles sont décrites par les préposées rencontrées durant les entretiens. Afin de les mettre en perspective, nous les comparerons à celles qui caractérisent les milieux de travail dans les CHSLD selon une étude empirique. Nous tenterons de faire ressortir les points divergents et similaires ainsi que les points de vue des travailleuses sur leurs conditions d'emploi qu'elles mettent elles-mêmes en perspective par rapport à celles des PAB en CHSLD.

Dans le troisième chapitre, nous rendrons compte de l'activité de travail telle qu'elle est vécue et décrite par les préposées et tenterons de mettre en évidence certaines de ses caractéristiques et modalités d'organisation. Nous présenterons nos résultats en fonction de catégories d'analyse choisis et en tentant de faire apparaître la manière dont les préposées donnent sens à leurs tâches et de leur travail.

Enfin, le dernier chapitre vise à étudier les rapports au travail des participantes en faisant ressortir les manières dont elles investissent positivement et négativement. Nous chercherons à mettre en évidence les satisfactions et insatisfactions dans leurs expériences de travail et à voir dans quelle mesure elles déploient des stratégies de résistance face aux difficultés dans le travail.

CHAPITRE I
PROBLÉMATIQUE ET DÉMARCHE DE RECHERCHE

Dans ce premier chapitre, nous commençons par présenter les transformations dans l'organisation du secteur de l'hébergement et de soins pour personnes âgées afin de contextualiser le réseau de RI au Québec. Nous poursuivrons par une brève revue de la littérature sur le travail des préposées aux bénéficiaires et des aides-soignantes, le travail de *care* et ses divisions sociales. Dans un troisième temps, nous présenterons le cadrage théorique et les concepts que nous mobiliserons dans cette recherche. Enfin, de cette revue de la littérature et cadre théorique, nous dégagerons des questions et pistes de recherche et présenterons notre méthodologie.

1.1 Le secteur d'hébergement et de soins pour personnes âgées au Québec

Cette section propose de faire l'état des réformes introduites dans le système de santé et des services sociaux au Québec depuis les années 1970 et présente les changements qu'elles ont provoqués dans l'organisation de l'hébergement et des soins pour personnes âgées. Nous ferons également un bref portrait du secteur et présenterons les caractéristiques qui définissent les ressources intermédiaires. Elle vise plus spécifiquement à contextualiser l'organisation actuelle de ces services au Québec afin de situer le réseau des RI dans le cadre de ces transformations sociohistoriques.

1.1.1 Mise en contexte : les transformations du secteur

Avant les années 1960, les soins pour personnes âgées (comme l'ensemble des soins de santé d'ailleurs) ne font pas l'objet d'une organisation institutionnelle soutenue par l'État. La grande majorité des soins et du travail de prise en charge des aîné.es est réalisée gratuitement par les femmes (épouses, filles, cousines, tantes, voisines, etc.),

dans le cadre de la famille[2] (Boivin, 2013). Une part de ce travail est néanmoins prise en charge et réalisée par les institutions catholiques où ce sont les religieuses qui y sont assignées et qui accomplissent le travail de soin et de santé, mais aussi celui qui consiste à organiser et à diriger des établissements (Juteau et Laurin, 1997 ; Boivin, 2013). L'intervention de l'État se limite au soutien financier ponctuel (Lavoie et *al.*, 2014). Les religieuses et les femmes dans la famille ont en commun d'effectuer ce travail gratuitement et sans rémunération (Juteau, 1988 ; Boivin, 2013).

Ce n'est qu'à partir des années 1960, dans le contexte de la mise en place de l'État-Providence, que les soins de santé et les services sociaux pour personnes âgées sont progressivement institutionnalisés dans le cadre du système public de santé et de services sociaux devenu universel et accessible à toute la population québécoise (Boivin, 2013 ; Lavoie et *al.*, 2014). Les établissements de santé et des services sociaux, autrefois sous la responsabilité des institutions religieuses, passent alors sous la responsabilité de l'État. On assiste parallèlement à une externalisation progressive et partielle de ce travail de soin réalisé gratuitement dans la sphère domestique vers la sphère salariale et publique. Si une part notable des soins pour aîné.es s'institutionnalise, la grande majorité de ce travail continue toutefois d'être effectué gratuitement dans la sphère domestique (Boivin, 2013).

Dans le contexte du tournant néolibéral des années 1970 et 1980, on assiste à un retournement de situation. Les gouvernements imposent d'importantes contraintes budgétaires dans le système public de santé et amorcent, plus largement, une profonde remise en question de l'État-Providence (Lavoie et Guberman, 2007). Dans cette conjoncture, également marquée par un vieillissement de la population québécoise, le gouvernement porte une attention particulière aux soins de santé et des services

[2] Ce travail gratuit s'inscrit dans le cadre de rapports structurellement inégalitaires entre les hommes et les femmes qui les assignent à ce travail « domestique ».

sociaux pour personnes âgées en privilégiant leur maintien à domicile (Cognet, 2010 ; Boivin, 2013 ; Lavoie et *al.*, 2014).

En 1979, une première politique sur les soins à domicile est adoptée par le ministère des Affaires Sociales. Le gouvernement fait par ailleurs appel aux familles et aux organismes communautaires pour une prise en charge « partenariale » de ces ainé.es à domicile. On passe donc de politiques publiques orientées vers la prise en charge institutionnelle des personnes âgées à des politiques de maintien à domicile. Dans le même mouvement, on assiste à une désinstitutionnalisation des soins par laquelle les familles, ainsi que les organismes communautaires, sont appelés à devenir des « partenaires » de l'État dans l'octroi des soins (Cognet, 2010 ; Lavoie et *al.*, 2014).

L'accès à l'hébergement public se limite alors aux aîné.es en perte d'autonomie, compte tenu des restrictions des critères d'admission et du nombre de lits disponibles (Lavoie et Guberman, 2007 ; Boivin, 2013). Cela engendre d'ailleurs un alourdissement des conditions psychophysiques des patient.es bénéficiant des services à domicile. De plus, le vieillissement croissant de la population exerce une pression à la hausse sur la demande des services à domicile qui dépasse rapidement l'offre disponible par le secteur public. Pour faire face à ce déséquilibre, les CLSC ont recours, avec la collaboration du gouvernement, au secteur privé (Cognet, 2010 ; Boivin, 2013). Débute ainsi un mouvement de privatisation et d'externalisation des services publics vers différents prestataires privés.

Dans les années 1990, l'État impose à nouveau, dans l'ensemble du système de santé et des services sociaux, de fortes restrictions budgétaires qu'il légitime par un discours de lutte urgente contre les déficits dans les finances publiques (Lavoie et *al.*, 2014). Cette décennie est marquée par une réforme majeure du système de santé connue sous le nom de « virage ambulatoire » qui s'est traduite au niveau de l'organisation des soins pour personnes âgées par trois grands changements : une désinstitutionnalisation

accrue des soins, un développement progressif des services à domicile, mais surtout, l'expansion sans précédent du secteur privé et, dans une moindre mesure, du réseau des ressources intermédiaires (Charpentier, 2007 ; Lavoie et Guberman, 2007 ; Cognet, 2010 ; Boivin 2013). Les années 1990 se caractérisent donc une part accrue des services dispensées par le secteur privé et le nouveau des ressources intermédiaires.

Le virage Ambulatoire est prolongé dans les années 2000 par une série de lois qui réitèrent la position du gouvernement quant au rôle de l'État en tant que « partenaire » des familles et des communautés et reconnait pour la première fois les contributions des proches aidant.es (Caris et Trahan, 2006 ; Lavoie et *al.*, 2014). Du côté de l'hébergement des aîné.es en perte d'autonomie, il met en place des initiatives visant à diversifier et rendre plus flexible les ressources en hébergement et à étendre l'offre des services à domicile, et ce, essentiellement par l'entremise du secteur privé et du réseau des RI (Caris et Trahan, 2006). Les années 2000, jusqu'à aujourd'hui se caractérisent donc par une privatisation accrue des soins de santé.

Enfin, depuis 2015, la loi 10 *modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* introduite dans le cadre de la réforme Barrette a entraîné des changements majeurs dans le réseau : abolition des 18 agences de santé et de services sociaux régionales, création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CIUSSS) chapeautant le réseau, fusion des 187 centres de santé et de service sociaux (CSSS) en 28 établissements. Dans son rapport annuel de 2016-2017, la protectrice du citoyen[3] constate plusieurs contrecoups négatifs découlant de cette réforme notamment sur l'organisation des soins pour personnes âgées en perte d'autonomie. Les deux facteurs les plus significatifs, en regard du poids exercé par le vieillissement accru de la population sur le réseau, concerne la diminution de l'offre et de la durée des services de soutien à domicile et la

[3] Le protecteur.trice du citoyen constitue un ombudsman visant à assurer le respect des droits des citoyens et citoyennes dans leur relation avec les services publics.

surutilisation des ressources intermédiaires et des résidences privées pour aîné.es. Le rapport émet également des inquiétudes face à l'implication des aidant.es naturel.les qui ne cesse de croître, et ce, au détriment des personnes aidées. Toutefois, le constat le plus important renvoie au manque de place et au resserrement des critères d'admissibilité en CHSLD qui exercent une pression sur le réseau privé et, surtout, sur les ressources intermédiaires :

> Avec le vieillissement de la population, la nécessité d'affecter des ressources à l'hébergement des personnes âgées s'impose avec évidence. On s'explique dès lors difficilement le manque criant de place en CHSLD. Par effet domino, les ressources intermédiaires sont surutilisées alors que, bien souvent, elles accueillent des personnes dont les besoins sont trop lourds pour elles. Des personnes âgées se retrouvent sur des listes d'attente, sont hébergées temporairement dans des ressources transitoires ou encore cohabitant avec des résidentes et résidentes dont les problèmes cognitifs entraînent des comportements agressifs (Le protecteur du citoyen, 2017 : 7).

1.1.2 Portrait actuel du secteur de l'hébergement pour personnes âgées au Québec

Les types de logements et de centres d'hébergement se sont diversifiés au fil des années et ont laissé place à une panoplie de formules résidentielles, familiales et collectives (Caris et Trahan, 2006 ; Charpentier, 2007) prenant des formes « hybrides » (Ducharme, Proulx et Greiner, 2013) ou « métissées » (Charpentier, 2004). Bien que la réalité soit plus complexe, il est néanmoins possible et utile de les catégoriser. Au Québec, il existe 5 types d'établissements hébergeant des personnes âgées : 1) les CHSLD publics ; 2) les CHLSD privés conventionnés et non conventionnés ; 3) les résidences privées pour aîné.es (RPA) ; 4) les ressources intermédiaires et 5) les ressources de type familial (RTF).

En 2014, parmi l'ensemble des places disponibles du réseau, 67,7% étaient offertes par les résidences privées pour aînés (RPA) et 5,3% par les ressources intermédiaires et de types familiaux (SCHL, 2014). Le reste était réparti entre les CHSLD : 20,5% étant

dans les CHSLD publics et 6,5% dans les CHSLD privés conventionnés[4] et non conventionnés (*Ibid.*). Entre 2013 et 2017, on remarque plusieurs changements importants : une augmentation de 4% des personnes âgées vivant dans des RPA, une diminution de 2% dans les CHSLD et une augmentation de 34% dans les ressources intermédiaires (La protectrice du citoyen, 2017 : 81). Le secteur d'hébergement s'est donc considérablement transformé depuis les années 1970 dont les principales tendances sont une diminution du nombre de places dans le secteur public et une expansion progressive et significative dans les ressources intermédiaires et dans le secteur privé. La diminution du nombre de lits disponibles dans le réseau public d'hébergement s'inscrit aussi dans un contexte de sous financement et de resserrement toujours plus restrictif des critères d'admission dans les CHSLD (Charpentier et *al.*, 2010). Le réseau public peine à combler les demandes de plus en plus nombreuses de places en hébergement[5].

a. Les CHSLD publics et privés conventionnés

Représentant le quart des places disponibles, les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés sont réservés aux personnes âgées en perte d'autonomie dites « lourdes », c'est-à-dire nécessitant au moins de 3 heures de soins par jour. Les critères d'admission sont fixés par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et les prix des loyers sont établis par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Près de 72% des coûts de l'hébergement sont financés par l'État (SCHL, 2014). Les personnes admises dans les CHSLD présentent des problématiques de santé sévères, sur les plans cognitif ou physique, et nécessitent en conséquence plusieurs heures de soins par jour.

---

[4]Les CHSLD privés conventionnés sont administrés par des entreprises privées, mais en partenariat avec le secteur public. Ils détiennent les mêmes modalités d'admission et mode de fonctionnement et offrent les mêmes services.

[5] En 2012, le Vérificateur général du Québec a dénoncé le temps d'attente pour obtenir une place dans le réseau. Il faut attendre en moyenne 13 mois pour l'admission dans les CHSLD dans la région de Québec et 7 mois pour la région de Montréal. En 2017, la protectrice du citoyen constatait que ces délais se sont aggravés dans le cadre de la réforme Barrette.

Selon le MSSS (2003), les CHSLD ont deux missions : d'une part, offrir un hébergement adapté et des services d'assistance et, d'autre part, offrir des soins de longue durée. Depuis 2003, selon la politique officielle, le MSSS a adopté une nouvelle vision nommée l'approche « milieu de vie » visant à rapprocher l'environnement des CHSLD de celui qui caractérisait la vie quotidienne des personnes hébergées.

Depuis le milieu des années 2000, le gouvernement du Québec tente de pallier aux problématiques relatives au manque de place dans le réseau public en mettant en place ce qu'il appelle des « projets novateurs ». Ces derniers consistent en de nouvelles formules d'hébergement développées en partenariat avec le secteur privé. Elles visent à accueillir des personnes âgées qui devraient en principe être dirigées vers les CHSLD publics, mais qui ne peuvent l'être, faute de place. Bien qu'ils ne représentent que 6,5% de l'offre globale d'hébergement, les CHSLD privés conventionnés ou non conventionnés sont en pleine expansion et croissent rapidement depuis les dernières années (Lavoie et *al.*, 2014).

b. Les ressources intermédiaires d'hébergement

L'article 302 de la *loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) définit officiellement les ressources intermédiaires (RI) comme suit :

> Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté´ d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition (MSSS, 2016 : 45).

Il s'agit donc de milieux de vie gérés par des entreprises privées qui offrent des services adaptés aux personnes confiées par le réseau de la santé et des services sociaux (ARIHQ, 2015). Ce sont les Centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaire de santé et des services sociaux (CIUSS) qui assurent la qualité des soins offerts et confient les usagers aux RI auxquelles ils sont liés par contrat (RAMQ, 2017). Il existe quatre types de résidences de type intermédiaire : les appartements supervisés, les maisons de chambres, les maisons d'accueil et les résidences de groupes : 62% des places offertes par le réseau sont allouées à des aîné.es en perte d'autonomie (ARIHQ, 2015). En 2016, 350 RI hébergeaient plus de 8144 aîné.es en perte d'autonomie (*Ibid.*).

Les coûts de l'hébergement et des soins sont assumés conjointement par l'établissement public (CISSS ou CIUSSS) auquel sont liées les ressources intermédiaires et les personnes hébergées. La contribution des résidents est modulée en fonction de la durée de leur hébergement, de leur âge et des prestations sociales dont l'aide financière de dernier recours auxquelles ils ont droit [6] (*Ibid.*). Enfin, les RI offrent des services d'hébergement, de soutien, d'assistance et d'entretien qui ressemblent sensiblement à ceux dispensés pas les CHSLD privés et publics, mais qui sont initialement destinés à une clientèle nécessitant jusqu'à trois heures de soins par jour jugée plus autonome.

[6] C'est-à-dire l'aide sociale ou un autre type de programmes de solidarité sociale.

1.1.3 Enjeux dans le réseau des RI : pénurie de main-d'œuvre et condition de travail difficiles

Le réseau des RI embauche près de 12 000 employé.es, dont environ 90% sont des préposées aux bénéficiaires[7] (Germain et *al.*, 2016 : 10). Parmi ces préposées, 89% sont des femmes et 46% sont « issu.es des différentes communautés culturelles » (*Ibid.* : 10). Le réseau des RI, comme par ailleurs l'ensemble du secteur d'hébergement pour personnes âgées, fait actuellement face à une pénurie de main-d'œuvre importante pour les emplois de préposées aux bénéficiaires. Selon la présidente de l'ARIHQ, Johanne Pratte, cette pénurie, qui touche davantage les RI, est imputable aux conditions de travail difficiles et à la faiblesse des salaires. La diminution du nombre de places en CHSLD exerce également une pression à la hausse sur le nombre de places demandées en RI et modifie par surcroît les profils des résidents qui sont des cas de plus en plus « lourds ». Depuis le projet de *loi 90 modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé adopté* en 2002 par le gouvernement du Québec, le travail des PAB dans les RI a pour particularité d'inclure des tâches et des responsabilités qui étaient jusque-là réservées aux infirmier.ères et infrimier.ères auxiliaires : l'administration des médications et des soins invasifs[8] d'assistance aux activités de la vie quotidienne[9]. De ce fait, en plus de devoir composer avec l'accentuation progressive des cas des résident.es, les préposées dans les RI

---

[7] Afin d'alléger le texte, nous utiliserons le genre féminin lorsque nous parlerons des préposé.es aux bénéficiaires puisque cette profession est composée très majoritairement de femmes.

[8]Le terme invasif « se dit d'une méthode d'exploration ou de soins qui va au-delà des barrières physiologiques ou dans une ouverture artificielle du corps humain ou qui cause une lésion autre que superficielle à l'organisme. Les barrières physiologiques spécifiquement identifiées à la Loi sont les suivantes : le pharynx, le vestibule nasal, les grandes lèvres, le méat urinaire ou la marge de l'anus. Même s'il n'est pas nommément identifié, le tympan constitue une barrière physiologique que seuls les médecins peuvent franchir » (Foisy et Sasseville, 2011 : 9).

[9]Selon l'article 39.7 de la loi 90 : « Les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne qui sont requis sur une base durable et nécessaire au maintien de la santé ne constituent pas une activité professionnelle réservée à un membre d'un ordre, lorsqu'ils sont fournis par une personne agissant dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire ou de type familial visée à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires ».

doivent faire face à une intensification de leur charge de travail découlant de la loi 90 (*Ibid.*). Ces éléments, conditions de travail très difficiles et augmentation de la charge de travail, contribuent directement à la pénurie de main-d'œuvre qui touche plus durement les RI.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons à l'activité de travail des PAB dans les RI et chercherons à documenter leurs expériences à la lumière de différents constats et hypothèses établis dans la littérature existante.

1.2 Revue de la littérature

Compte tenu de notre objet de recherche - le travail des préposées aux bénéficiaires en RI, les conditions dans lesquelles il est réalisé et ce qu'il implique pour les travailleuses - notre parcours bibliographique s'organisera en 3 temps. Dans un premier temps, nous reviendrons sur l'état des connaissances concernant l'activité de travail des PAB en milieux institutionnels. Deux figures principales se dégagent de la littérature disponible sur le travail de soin auprès des personnes âgées : celle de la PAB en CHSLD au Québec et celle de l'aide-soignante en France que l'on retrouve dans les travaux d'Anne-Marie Arborio (2001). La deuxième section de cette revue de la littérature portera sur le travail de « *care* » en tant qu'activité du travail et sera divisée en deux volets. Nous aborderons d'abord les auteures qui se sont intéressées au *care* en tant que travail. Nous présenterons ensuite les travaux qui interrogent la distribution du *care*, soit la manière dont ce travail est divisé entre hommes et femmes, mais aussi entre femmes et prioritairement assigné aux femmes les moins bien classées, migrantes et ou racisées. Ces travaux s'inscrivent dans la sociologie des divisions sociales du travail et de l'articulation des rapports sociaux de sexe, de classe et de race.

1.2.1 L'activité de travail des préposées aux bénéficiaires en milieux institutionnels

François Aubry, professeur en travail social à l'Université du Québec en Outaouais, a dirigé l'une des rares recherches disponibles sur l'activité de travail des PAB dans les CHSLD publics au Québec[10]. Sa recherche visait à « mettre à jour le processus d'argumentation des acteurs sur la question de la transmission de leurs compétences professionnelles. (Aubry, 2013 : 3). Il y montre que l'argumentaire des PAB se caractérise par certaines contradictions. Il constate d'abord que, lorsqu'elles parlent de leur travail, elles mobilisent une « rhétorique de la vocation » afin donner sens à leur trajectoire professionnelle (Aubry, 2012 ; 2013). Cette rhétorique leur permet de représenter leur trajectoire dans un « parcours continu » (Aubry, 2013 : 3). Paradoxalement, elle a pour effet de naturaliser leurs compétences en ce qu'elle occulte « les mécanismes mêmes par lesquels les compétences professionnelles qu'elles utilisent quotidiennement leur ont été transmises » (*Ibid.* : 2).

Aubry relève deux significations principales à ce discours de la vocation. D'abord, il semble participer de la construction d'une identité professionnelle permettant aux PAB de se différencier des autres travailleur.ses qui ne possèdent pas ou qui ne peuvent pas posséder ces compétences puisqu'elles sont transmises naturellement et non par le biais d'une formation ou d'expériences professionnelles (*Ibid.*). Il avance ensuite que ce discours est nécessaire pour les préposées en ce qu'il leur permet d'accepter les difficultés et la pénibilité de leur travail. Aubry précise que cette rhétorique, qui prend aussi la forme d'une injonction (« il faut aimer ça »), se réfère davantage aux tâches « relationnelles », qui semblent les plus valorisées. Insister sur la dimension relationnelle du travail permettrait de se distancer des autres tâches associées au « sale boulot » (*Ibid.*). Aubry conclut que : « les aides-soignantes qui ne parviennent pas à réaliser cette naturalisation sont précisément celles qui parviennent le moins à

[10] Dans son enquête qualitative semi-inductive, le chercheur a réalisé vingt-trois entretiens semi-directifs auprès de PAB répartis dans deux CHSLD publics.

supporter les conditions de travail inhérentes aux organisations gériatriques » (*Ibid.* : 7).

Dans d'autres travaux, Aubry (2016) rend compte des contradictions en termes de buts et de valeurs, entre « amour du métier et dégoût de la tâche » (p.184) qui caractérisent les expériences de travail des préposées. Il remarque que les préposées recherchent un idéal professionnel, c'est-à-dire « prendre soin » des personnes âgées et tout ce qui relève de la dimension relationnelle du travail. Toutefois, ses travaux montrent qu'il est impossible pour elles d'atteindre cet idéal compte tenu de l'intensité de la charge du travail. Leur idéal professionnel serait donc en contradiction avec la charge de travail qui, elle, s'intensifierait en regard de trois facteurs : 1) la détérioration progressive de l'état de santé des résident.es dont elles s'occupent ; 2) les coupes budgétaires et le manque d'effectif compte tenu du nombre de résident.es ; 3) un resserrement « des normes de qualité » du service de soin.

Aubry (2016) constate qu'en vue de se rapprocher de leur idéal et de résoudre les contradictions découlant de la charge intense de travail, les PAB usent de stratégies. Le collectif de travail joue alors un rôle essentiel via un travail de réorganisation des tâches et de régulation des rythmes temporels du travail. Ce travail, par lequel les PAB font preuve de créativité et d'autonomie collective, facilite la résolution de certaines contradictions, notamment au niveau de la charge de travail et des rythmes de travail. En revanche, Aubry précise qu'il « ne donne pas la capacité aux préposées de développer un cadre relationnel plus étroit avec le résident » (*Ibid.* : 181). Il ne permet donc pas d'atteindre « l'idéal relationnel » recherché. Aubry reconnait alors « ce collectif comme potentiellement innovant dans sa capacité à créer des stratégies, et résistant — dans une certaine mesure — aux formes d'imposition organisationnelle » (*Ibid.* : 186). Il conclut :

> 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 et d'une compétence collective à trouver des solutions aux problèmes vécus en situation concrète de travail (*Ibid.* : 183).

Dans un deuxième temps, les travaux de la sociologue française Anne-Marie Arborio (2001 ; 2009) sont également très pertinents en regard de l'activité de travail des aides-soignantes. Construit à partir d'une combinaison de méthodes (ethnographie participante, entretiens bibliographiques, enquête archiviste, une analyse secondaire de l'enquête sur l'emploi de l'INSEE et une analyse des données sur le personnel d'un établissement de l'Assistance Publique), l'enquête d'Arborio vise à interroger la relative invisibilité sociale et professionnelle des aides-soignantes par rapport à leur nombre important dans le système de santé. Les apports de sa recherche d'avoir mis en évidence certaines caractéristiques de l'activité de travail de ces travailleuses.

C'est d'abord leur position dans l'organisation du travail qui les caractérise. Située « au bas de la hiérarchie paramédicale », en position intermédiaire entre les infirmières et les agentes de services hospitaliers[11], les aides-soignantes effectuent le travail en marge du processus de soin thérapeutique. Plus encore, leur position dans l'organisation du travail est étroitement liée au principe de « délégation du sale boulot » tel que théorisé par Hughes (1996). Arborio (2009) montre comment la construction et l'évolution de la catégorie professionnelle des aides-soignantes a partie liée avec l'augmentation des tâches des infirmières qui sont poussées à déléguer une partie de leurs tâches (celles correspondant au sale boulot) vers les catégories de travailleuses subalternes, en l'occurrence les aides-soignantes.

Ensuite, les aides-soignantes réalisent un travail sur un « matériau humain ». Leur métier est donc associé à des « compétences relationnelles » (Arborio, 2001 : 108).

---

[11] Les agent.es de services hospitaliers sont une catégorie professionnelle présente dans les hôpitaux en France. Leur travail se concentre sur les tâches de ménage, d'entretien des lieux et de distribution des repas.

Selon Arborio, cette dimension relationnelle implique une charge valorisante pour les aides-soignantes. Elle explique que l'un des effets communs de ce processus de « délégation du sale boulot » renvoie justement à « la prise en charge valorisante du rôle attribué habituellement à l'infirmière » (*Ibid.* : 56). Deux dimensions participent de cette valorisation : d'une part, l'aspect relationnel du travail et les compétences relationnelles impliquant davantage de proximité auprès des malades et, d'autre part, le rapprochement, dans l'exécution de leurs tâches, avec les autres professionnel.les mieux placés dans l'organisation hiérarchique du travail, notamment les médecins.

Enfin, son étude montre que le métier d'aide-soignante et les compétences requises correspondent à un « savoir soigné profane » et à un « savoir lire le social[12] » qui ne font pas l'objet d'une reconnaissance symbolique ou matérielle. Arborio spécifie que ces deux savoirs, étant associés à des compétences acquises dans la sphère domestique, sont perçus comme étant plus spécifiquement féminins et donc dévalorisés et non reconnus sur cette base : « la dévalorisation des tâches est associée à une négation des compétences réellement mises en œuvre, que ce soit par la mise en avant du seul rôle d'" exécution " » ou par assimilation de ces compétences à des qualités supposées " naturelles " et sexuées, s'agissant des métiers construits comme féminins. » (*Ibid.* : 59).

1.2.2 Le travail de *care*

Depuis la publication du l'ouvrage de Joan Tronto *Moral boundaries : a political argument for an ethic of care* en 1993, on ne peut que constater la prolifération des travaux sur le *care*. Le concept de « *care* » fut initialement défini par Tronto comme une « activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir perpétuer et réparer notre monde, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (Tronto, 2009 [1993] : 143). Reprenant cette définition, Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Parperman définissent le travail de *care* comme un ensemble

[12] C'est-à-dire savoir juger les besoins des malades (Arborio, 2009).

d'activités matérielles, techniques et relationnelles, consistant à apporter une réponse concrète aux besoins des autres (Molinier, Laugier et Paperman, 2009 : 11)[13]. Les travaux qui se sont penchés sur ce qu'il implique en termes de travail dénoncent sa dévalorisation et son invisibilisation. Ce sont plus particulièrement les aspects émotionnels et relationnels du travail, d'une part, et le confinement des femmes déclassées et racisées dans ces métiers, d'autre part, qui retiennent l'attention des chercheuses.

Puisque le travail des PAB s'inscrit dans ces métiers du *care* ou le travail « typiquement féminin » (Falquet, 2009), il est d'abord au centre de la littérature féministe qui poursuit la critique du « non-partage » du travail domestique (Delphy, 2003) entre hommes et femmes entreprise depuis les années 1970. Compte tenu de la surreprésentation des femmes racisées et/ou migrantes issues des classes populaires dans ces métiers du *care*, il est également au cœur de la littérature issue du *Black feminism* et des recherches sur l'intersectionnalité.

a. Le travail de *care* comme activité de travail

Deux auteures nous ont semblé incontournables pour leurs apports à l'analyse de l'activité de travail du *care* en milieu institutionnel. Ce sont d'abord les travaux de Pascale Molinier (2013) sur le travail des soignantes qui ont retenu notre attention. À partir d'une monographie réalisée dans une maison de retraite de la région parisienne,

[13] Cette définition établit des liens étroits entre l'éthique et les pratiques du *care* et place au cœur de ses caractéristiques les notions de dépendance et de souci des autres. Dans cette perspective, le travail de *care*, rémunéré ou non, serait indissociable d'une « éthique du *care* », c'est-à-dire des normes et aspects moraux qui s'inscrivent dans une logique de souci des autres (Molinier, 2013). L'unité du « *care* » se trouve alors dans son orientation vers les besoins d'autrui et, ce qui le structure en tant que travail, renvoie à ses aspects émotionnels et relationnels (*Ibid.*). Selon Dussuet (2017), ce concept a donc l'intérêt de lier les différentes formes de travail, rémunéré ou non, accompli principalement par les femmes, pour répondre aux besoins des autres. L'accent est donc mis sur le sens des tâches, leur caractère relationnel et sur « les spécificités en termes de posture et de liens sociaux que ces tâches impliquent » (*Ibid.* : 109).

Molinier procède à une description analytique du travail quotidien des soignantes et propose de « comprendre le *care* comme travail et de questionner le travail à partir du *care* » (*Ibid.* : 12). Son analyse du travail aboutit à deux constats principaux. Elle met d'abord en évidence le caractère non spécialisé du travail de *care* et, par conséquent, l'inadaptation des concepts de la sociologie classique du travail (notamment les concepts de professionnalisation, qualification, compétences, spécialisation) pour penser le travail de *care*. Elle explique :

> Le *care* est une activité non spécialisée qui ne relève ni des bonnes pratiques ni d'une compétence, pas même, parfois, d'un savoir-faire. Il s'agit bien d'un savoir, pourtant, qui s'exerce, se déploie et même se partage et se transmet, mais il défie tous les cadres de pensée fondés sur l'idée de spécialisation (*Ibid.* : 71).

De ce constat, elle dégage cependant un paradoxe : si le travail de *care* est considéré comme étant non spécialisé, il s'exerce en revanche dans des univers de travail fortement hiérarchisés et spécialisés. En effet, le travail des soignantes est organisé selon une division du travail fondée sur la spécialisation et fait l'objet d'une professionnalisation sans précédent, ce que Molinier critique fortement. Les conséquences de cette « hyperspécialisation » posent problème puisque « le sale boulot, plus largement les activités qui sont les moins spécialisées, celles que tout le monde pourrait faire, continuent d'être l'objet d'une lutte quotidienne entre les personnels professionnalisés et ceux qui le sont moins » (*Ibid.* : 153). Autrement dit, comme plusieurs auteures le constatent également, « les divisions de classe, de couleur de peau, de métier, tel qu'elles s'organisent aujourd'hui entre des femmes, repoussent toujours plus bas vers les femmes les plus précaires, les sales besognes et les servitudes, les mauvaises conditions de vie et la dépréciation morale » (*Ibid.* : 171). Molinier critique donc la délégation du sale boulot vers des groupes de travailleuses moins privilégiés.

Pour saisir ces dynamiques de hiérarchisation du travail, il faut, selon l'auteure, les recontextualiser dans le cadre de la « division sexuelle du travail » telle que théorisée par la sociologue Danièle Kergoat (2012) et surtout, dans le cadre de la division

hiérarchique du travail entre femmes différemment positionnées dans les rapports sociaux de classe et de race. Elle écrit que le travail de *care* est « en majeure partie l'œuvre de femmes et de plus en plus celui d'un salariat féminin surexploité, sous-payé, stigmatisé par sa couleur de peau ou ses origines » (*Ibid.* : 12) et qu'il « a pour lieu d'exercice un rapport social explosif ou pour le moins tendu entre des femmes qui n'occupent pas les mêmes positions sociales, patronnes ou subordonnées, qualifiées ou non, citoyenne ou "sans papières", etc. » (*Ibid.* : 18). Ces rapports entre femmes autour de la division du travail de *care* posent un problème politique de fond selon Molinier puisque « à un niveau plus global, le travail fait par les uns contribue directement à l'émancipation des autres » (*Ibid.* : 172). C'est dans cette perspective que Molinier défend l'idée d'« une société du *care* » passant entre autres par une déhiérarchisation des univers de travail et une critique fondamentale du dogme de la spécialisation.

Enfin, le travail de *care* serait indissociable de sa dimension éthique. En effet, elle observe que, dans la réalisation de leur travail, les soignantes élaborent et mobilisent une « éthique de *care* » faisant appel au registre de l'amour et de l'affection. Les travailleuses disent « aimer les personnes » et « travailler avec amour », et ce, malgré les difficultés et les pénibilités évidentes du métier. Ainsi, ces travaux rendent compte de la forte charge affective du travail de soin. Plus encore, l'amour serait une conséquence du travail. En effet, Molinier souligne que le « chérissement n'a rien de naturel » (2004 : 14) et qu'au contraire le discours de l'amour « peut participer d'une défense contre un déficit chronique de reconnaissance du travail » (*Ibid.* : 21). Il constituerait pour les travailleuses une stratégie visant à dépasser les difficultés et la pénibilité du travail en tant tel. Autrement dit, « il faut enjoliver » pour « taire le négatif ».

La deuxième recherche qui nous a semblé pertinente est celle qui a été réalisée par la sociologue Efthymia Makridou. Dans sa recherche doctorale, Makridou (2014) s'est intéressée aux processus de hiérarchisation internes à l'organisation du travail de *care*

dans différents milieux de travail (institutionnel / à domicile, public / privé / associatif). S'appuyant sur une démarche comparative et sur une enquête qualitative[14] réalisée auprès d'employées des institutions publiques, privées, associatives et à domicile, sa recherche prend pour objet d'étude les pratiques et conditions de travail et la division contemporaine du travail de *care* pour les personnes âgées. Elle y analyse le travail qualifié et non qualifié, formel et informel, et cherche à saisir les logiques de divisions du travail et de hiérarchisations des tâches dans chacun de ces milieux de travail.

Son étude établit des liens significatifs entre le fractionnement du travail de *care*, sa hiérarchisation et les modalités de délégation du « sale boulot ». En comparant ces modalités dans des différents milieux de travail, elle constate que « la délégation du " sale boulot " est plus importante là où le processus du *care* est plus fragmenté. » (*Ibid.* : 346). Elle explique que : « la mise à distance des employées des différentes catégories par une hiérarchisation forte de leurs fonctions a pour résultat " l'ignorance " de la part de ceux qui sont en haut de la hiérarchie, de la charge du travail subalterne » (*Ibid.* : 346). Son enquête conclut alors que la conception fragmentée du travail de *care* participe de sa dévalorisation et de sa déqualification : « la qualification des unes est inexorablement liée à la déqualification des autres » (*Ibid.* : 347).

Enfin, Makridou (2014) rend compte de l'importance de la relation entre les pourvoyeurs et les bénéficiaires qu'elle nomme « la relation active » de *care* et dont elle éclaire les modalités de déploiement. Plus le fractionnement du travail est poussé, plus la relation entre les employées et les bénéficiaires s'affaiblit. Elle explique que dans l'institution privée « la multitude des tâches à réaliser par les aides-soignantes n'est pas inscrite dans une continuité de la relation avec un groupe défini de résident.es » (*Ibid.* : 350). En revanche, « dans l'EHPAD associatif, l'appropriation

[14] Elle a effectué 128 entretiens semi-directifs avec des employées qui se trouvaient en interaction avec les bénéficiaires dans différents domaines : EHAPD – Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes –, Association Services à la personne et emploi direct (Makridou, 2014) .

d'une grande partie du processus de *care* par les assistantes de vie est réalisée dans le cadre du développement de la relation avec les bénéficiaires » (*Ibid.* : 350).

Les travaux de la sociologue Annie Dussuet (1997 ; 2005a ; 2008) viennent prolonger l'analyse des liens entre la non-reconnaissance, la dévalorisation et l'invisibilisation des compétences des métiers dits « féminins » en insistant sur leur association au travail domestique effectué dans la sphère dite « privée ». Dussuet propose de réfléchir aux « métiers du *care* » en tant que secteur du marché du travail salarié se caractérisant par l'introduction des logiques du don et du travail gratuit des femmes qui prévalent dans la sphère domestique. Le *care* salarié serait marqué et dévalorisé en raison de la « prégnance du modèle de la domesticité » (1997) dans la sphère du travail féminin rémunéré. Les métiers du *care* sont systémiquement associés au travail domestique gratuit si bien que les compétences qu'ils exigent ne sont pas reconnues comme telles, mais renvoyées à une nature féminine. Des qualités naturelles seraient mises en œuvre et non des qualifications professionnelles.

Plus encore, Dussuet (2008) explique que ces métiers de *care*, tout comme le travail domestique gratuit par ailleurs, exige, de manière informelle, l'engagement de la subjectivité des travailleuses. Cet « engagement subjectif », s'il est nécessaire à l'accomplissement du travail, n'est toutefois pas reconnu comme une réelle compétence et n'est donc ni valorisé, ni rémunéré. Cet aspect du travail est défini par l'auteure par la notion de « préoccupation » :

> Il s'agit non seulement d'accomplir une tâche matérielle, mais aussi d'en envisager les implications, en particulier pour ses destinataires. Il faut donc opérer des choix, organiser, planifier les tâches matérielles, en s'inquiétant sans cesse des répercussions du travail accompli. C'est cela qui constitue la « personnalisation » du service (*Ibid.* : 76).

Engagement subjectif et personnalisation du service, deux éléments interreliés et indispensables à l'accomplissement du travail rendent le travail et les tâches

difficilement objectivables, comptabilisables et mesurables puisque « la délimitation des tâches à accomplir dépend des besoins ressentis et exprimés par les personnes à aider » (Dussuet, 2017 : 111). De plus, ces deux caractéristiques du travail de *care* ont pour effet d'invisibiliser et d'occulter le travail réellement effectué par les travailleuses :

> Elles réalisent alors un " sur-travail " dont la valeur n'est jamais transformée en salaire et reste confinée au lien entre les personnes. Tout se passe alors comme si ce travail pourtant réalisé dans un cadre salarié n'était pas vraiment un " travail ", mais plutôt un " service rendu " à des personnes singulières, dans une logique d'ordre privé (*Ibid.* : 114).

Dans cette perspective, Dussuet (2008) explique que l'engagement de la subjectivité, en contribuant à naturaliser les compétences réellement mises en œuvre par les salariées, freine la reconnaissance de ce travail comme étant professionnel et empêche sa valorisation symbolique comme matérielle :

> Pourtant, paradoxalement, il semble que plus les salariées engagent leur subjectivité dans le travail, moins elles accèdent à une reconnaissance formelle de leur qualification. L'engagement subjectif joue donc ici un rôle ambigu : d'un côté il permet aux salariées de trouver du sens à une tâche souvent pénible, d'un autre, il tend, en travestissant les compétences mises en œuvre sous le masque du dévouement, à dévaloriser ce travail, permettant ainsi la perpétuation de conditions d'emplois précaires (*Ibid.* : 71).

Tout comme Molinier, Dussuet (2005b) met en évidence la tension entre l'amour et la pénibilité du travail qu'elle observe tant dans ses recherches sur le travail domestique gratuit que salarié. En dépit des difficultés du travail et de ses aspects parfois « dégoûtants », elle remarque effectivement que les travailleuses tiennent un discours sur l'amour au sujet de leur travail (l'amour de sa famille, l'amour des personnes âgées, l'amour d'autrui, l'amour du métier, etc.). Dussuet note que « l'amour apparaît clairement comme une condition nécessaire au travail » (*Ibid.* : 92). Si elle remarque que ce type discours permet effectivement aux travailleuses de transgresser le contenu

pénible du « sale boulot », il tend paradoxalement à enfermer les femmes dans un « cercle du don ». Celui-ci empêche la reconnaissance de l'engagement subjectif et de personnalisation des services, occulte, et invisibilise les compétences requises pour effectuer ce travail. Autrement dit, « dire l'amour » c'est « taire le travail » :

> On peut y voir la source de la dévalorisation du travail domestique et, à travers des mécanismes d'invisibilisation, une condition de la perpétuation de la division sexuelle du travail. C'est dire qu'en cela, l'amour contribue à la reproduction de rapport de domination entre les sexes, tant dans l'espace privé que dans l'espace public (*Ibid.* : 89).

L'engagement subjectif des travailleuses et leur amour nécessaire pour les personnes pour qui le travail est réalisé sont caractéristiques des métiers du *care* selon Dussuet. Bien qu'ils permettent aux travailleuses de tenir dans le travail, ils ont pour effets pervers de contribuer à la naturalisation des compétences réellement mises en œuvre et donc d'occulter le travail, l'invisibiliser et le dévaloriser.

D'autres auteures se sont intéressées à ce qu'implique le travail domestique en termes d'organisation du temps et de rapport à l'espace. Dans cette optique, Chabaud-Rychter, Fougeyrollas-Schwebel et Sonthonnax (1985) ont développé le concept heuristique de « disponibilité permanente » permettant de saisir le rapport spécifique au temps que construit le travail domestique ou, pour le dire autrement, le temps du travail domestique. Prenant pour objet le travail domestique effectué gratuitement par les femmes dans le cadre de la sphère privée, les auteures veulent saisir les modalités qui caractérisent la structure temporelle de ce travail. Elles ont donc « cherché la manière dont s'articulent ces activités, comment elles se succèdent, à quel rythme elles obéissent et quels sont les déterminants de la succession et des rythmes » (*Ibid.* : 22).

Leur recherche montre que l'organisation temporelle du travail domestique se caractérise d'abord par un temps *morcelé par la demande et les besoins* des personnes pour qui il est effectué. Ce morcellement du temps provoque une *superposition* et *un*

cumul des tâches - morcellement et cumul qui se renforcent par la présence des autres. Ainsi, l'exécution des tâches se modifie en fonction de l'absence ou de la présence d'autrui, mais également en fonction de l'urgence des situations. Cette organisation temporelle exige par conséquent, *une présence nécessaire* et donc une *disponibilité permanente* des personnes assignées à ce travail. Elles concluent :

> Le temps du travail domestique échappe à la mesure. Contrairement au temps de travail salarié, le temps du travail domestique n'est pas borné, limité à un nombre d'heures donné. Il n'a pas de séparation entre un temps de travail et un temps hors travail. Les femmes ne sont jamais hors du travail domestique [...]. Quelle que soit leur activité extradomestique du moment, les femmes sont toujours en mêmes temps inscrits dans le temps d'un travail domestique, dans la disponibilité permanente. » (*Ibid.* : 46).

Les auteures avancent le concept de « rapport de service » dont l'expression temporelle principale est la disponibilité permanente faisant ainsi écho à la notion d'absorption totale de l'individualité des femmes qui avait été proposée par Guillaumin, en 1978.

b. Divisions sociales du travail de *care* et l'articulation des rapports sociaux

La question du travail domestique et ou de *care* est au centre de la littérature issue du *Black feminism* des années 70 et 80. Nombre de recherches ont insisté sur l'importance de tenir compte de l'imbrication de la division sexuée du travail à la division raciale du travail héritée de l'esclavage pour comprendre l'organisation du travail de *care* et sa distribution entre femmes. Nous aborderons dans cette section quelques-uns des travaux qui mettent en évidence la (ré)articulation des rapports sociaux de sexe, de classe et de race par laquelle l'organisation hiérarchique du travail de *care* se constitue.

D'abord, Guillaumin (1978), à travers sa conceptualisation du « sexage »[15], explique que l'affectation des femmes au « travail d'entretien matériel des corps » (*Ibid.*) hors salariat et sur le marché du travail salarié constitue une des expressions du rapport de sexage, mais également un des moyens par lequel il s'organise et se (re)produit. Les prolongements des travaux de Guillaumin par Danielle Juteau et Nicole Laurin-Frenette (1988 ; 1997) permettent ensuite de saisir l'assignation des femmes à ce « travail d'entretien physique et psychique d'autrui » (Juteau et Laurin-Frenette, 1988) à travers différentes structures institutionnelles, dont le marché du travail salarié :

> Les femmes sont affectées à l'entretien des êtres humains et aux travaux domestiques qui y sont associés; mères-épouses, bénévoles, religieuses accomplissent gratuitement ce travail. Quand il est salarié, c'est majoritairement les femmes qui l'effectuent ; quand les femmes sont salariées, elles se retrouvent en grande partie à accomplir ce travail. Cette division sexuelle du travail renvoie au sexage, rapport qui traverse des institutions distinctes, la famille, le marché du travail, l'État et l'Église et qui comporte, selon les lieux où il s'actualise, des attributs spécifiques (Juteau et Laurin, 1997 : 138).

Bien que les expériences d'oppressions vécues par les femmes varient aux niveaux temporel et spatial et en fonction des différents systèmes d'oppression imbriqués, les auteures expliquent que ce qui fonde le rapport de sexage renvoie entre autres à cette affectation sociale des femmes à l'entretien physique et psychique des autres êtres humains[16]. La division sexuelle du travail qui assigne les femmes au travail d'entretien

---

[15] Le rapport de sexage est défini par l'auteure comme un rapport d'appropriation (privé et collectif) par lequel la « classe des hommes » s'approprie le corps des femmes, en tant que machine-à-force-de-travail. En analogie avec les rapports d'esclavage et de servage, Guillaumin théorise le sexage comme un « rapport d'appropriation physique direct » (Guillaumin, 1978 : 18) de la « classe des femmes » par la « classe des hommes ». Ce n'est pas seulement la force de travail qui est accaparé, comme chez Delphy, mais « l'unité matérielle productrice de la force de travail » (*Ibid.* : 19) « la machine-à-force-de-travail » (*Ibid.* : 18) ou le corps en tant que réservoir de force de travail (*Ibid.* : 18).

[16] Juteau et Laurin (1997) expliquent qu'il est nécessaire de faire la distinction entre rapport d'oppression et expérience d'oppression : « En effet, il serait réducteur d'affirmer que la notion objective d'oppression commune équivaut à l'expérience subjective commune, entendue dans le sens concret du vécu. Prise dans son déroulement quotidien, la vie d'une religieuse ressemble peu à celle de la mère de famille canadienne-française, sans parler des mères anglophones ; célibat et absence d'enfants s'opposent au mariage et aux maternités, souvent nombreuses. Les infirmières, les laïques et les religieuses ont des intérêts et des motivations différents. Ce qui est important, ici, c'est d'être affectées fondamentalement à la charge physique des êtres humains. Ce n'est pas le vécu commun, les expériences identiques, les

physique et psychique, salarié ou non, est donc au cœur de la recomposition sociohistorique des rapports sociaux entre les sexes.

Dans un deuxième temps, les travaux pionniers de la sociologue Evelyn Nakano Glenn (1985 ; 1992 ; 2012) ont mis en évidence les mécanismes qui participent de ce qu'elle nomme « la division raciale du travail reproductif ». Dans une perspective sociohistorique diachronique, Nakano Glenn (1992) a réalisé une étude comparative du travail des aides-soignantes effectué par trois groupes de femmes racisées aux États-Unis. Elle prend l'exemple de l'organisation du travail de soin sanitaire hospitalier pour exposer les mécanismes et principes par lesquels les femmes racisées, dans les trois espaces géographiques étudiés, sont poussées vers les emplois les plus déqualifiés du travail de soin. L'aspect innovant de ses travaux est d'avoir montré que si cette organisation du travail reproductif[17] puise certes ses origines dans la division sexuelle du travail dans la sphère dite domestique, elle est simultanément structurée par une

---

qualités féminines, mais un rapport en vertu duquel les femmes occupent certaines places plutôt que d'autres, sont infirmières et non médecins, religieuses et non prêtres, travailleuses non salariées au foyer plutôt que salariées, simultanément salariées et non salariées » (1997 : 154).

[17] Le concept de « travail reproductif » tire son origine des approches marxistes et des approches féministes marxistes. Bien qu'il existe des tensions, une constante dans l'analyse tient dans la tendance à théoriser le travail dit reproductif à partir de la relation qu'il entretient avec la reproduction de la force de travail exploitée dans et par le mode de production capitaliste. D'une manière générale, le concept de « travail reproductif » est défini comme tout le travail et les tâches nécessaires à la reproduction de la force de travail pour le capitalisme, qui impliquent un travail mental, émotionnel et manuel (Dalla Costa, 1971 ; Federici, 1975 ; Hochschild, 1975 ; 2003 ; Laslett et Brenner, 1989). Selon Babara Laslett et Johanna Brenner, il s'agit également d'un travail qui inclut : « maintaining existnig life and reproducing the next generation » (1989 : 383). Qu'il soit rémunéré ou non rémunéré, les auteures féministes marxistes qui mobilisent ce concept veulent mettre en évidence son rôle et son utilité pour le cycle productif du capitalisme. C'est donc le rapport du travail domestique avec la reproduction du capitalisme qui retient l'attention et, en termes de contenu, ce travail renvoie tant à des activités de travail de types émotionnels, relationnels que manuels. Plus récemment, certaines féministes issues de la tradition marxiste ont théorisé ce qu'elles nomment une nouvelle forme de « division internationale du travail reproductif » (Parrenas, 2000 ; Federici, 2002) pour rendre compte des processus par lesquels « la paupérisation du Tiers-Monde a permis une réorganisation internationale de la reproduction qui transfère du " Nord " au " Sud " une part importante du travail requis pour la reproduction de la main-d'œuvre employée dans les métropoles. » (Federici, 2002 : 2). Si l'exacerbation des rapports de pouvoir entre femmes et entre hommes et femmes est soulignée et critiquée, cette réorganisation du travail continue d'être analysée en fonction de son rôle pour l'accumulation du capital et le fonctionnement du capitalisme.

logique de division raciale du travail. C'est ce qu'elle nomme la « division raciale du travail reproductif ».

Nakano Glenn (1985 ; 1992) recontextualise les logiques, processus et pratiques sociales ayant participé à la construction de la division raciale du travail reproductif dans le cadre des continuités sociohistoriques des systèmes esclavagiste et colonial. D'une manière générale, elle cible deux mécanismes principaux qui ont significativement participé à la construction et recomposition de cette division hiérarchique du travail de soin tout au long du 19e et 20e siècle (Nakano Glenn, 1992).

Le premier, renvoie aux pratiques coercitives (politiques, économiques et sociales) plus ou moins explicites qui, par exemple, ont exclu les femmes racisées, et plus particulièrement les femmes noires, des écoles d'infirmières et organisé leur blocage systématique de certains secteurs du marché de l'emploi ou du système scolaire. Elle rappelle également le contexte de coercition plus globale envers les populations racisées aux États-Unis profondément marqué par une idéologie explicitement raciste procédant à un classement des populations racisées en différentes catégories légales et subordonnées. Dans un cadre plus implicite, elle évoque le contexte du taylorisme des années 1940 qui a amplifié les processus de stratification du travail et de spécialisation des tâches selon une logique de transfert du « *dirty work* » vers les travailleuses racisées. La division raciale du travail de soin se caractérise dans un deuxième temps et de manière non réductible, par une « logique de transfert des tâches les plus lourdes et sales et les moins valorisés », c'est-à-dire le *dirty work*, des femmes blanches vers d'autres groupes de femmes racisées et subordonnées, que ce soit dans le contexte de la sphère privée ou institutionnelle.

D'un point de vue analytique, les analyses en termes de « division raciale du travail reproductif » initiées par la sociologue proposent une critique fondamentale des rapports de pouvoir entre femmes qui se structurent autour de la distribution inégale du

travail reproductif. Selon elle, les expériences différenciées des femmes racisées et blanches au « travail reproductif » doivent être analysées en termes de rapports de pouvoir systémiques et relationnels : « les femmes blanches et racialisées-ethnicisées ont des positions vécues différentes de par leurs positions divergentes » (Nakano Glenn, 2009 [1992] : 60). Autrement dit, si les femmes blanches de classe moyenne peuvent jouir d'une position plus favorable dans le marché du travail salarial, c'est parce que d'autres femmes, différemment positionnées dans les autres systèmes d'oppression, effectuent le travail reproductif et, surtout, le *dirty work* qu'il implique. La division raciale du travail reproductif est dans cet ordre d'idées « un élément central de l'exploitation spécifique des femmes de couleur et une source de hiérarchie et d'interdépendance entre les femmes blanches et de couleurs » (*Ibid.* : 23).

Dans une même perspective antiraciste, les théoriciennes du *Black Feminism* ont placé au centre de leurs réflexions sur l'oppression des femmes noires la question de la répartition inégale du travail domestique (Davis, 1983 ; Brewer, 1999 ; Collins, 2000). En adoptant une position épistémologique du point de vue situé, les perspectives *Black Feminism* ont mis en évidence la place fondamentale de l'oppression de race, du système de l'esclavage et de ses continuités sociohistoriques et du travail domestique forcé pour penser les expériences de domination des femmes noires. Elles ont fait valoir la nécessité de penser le rapport spécifique des femmes noires au travail domestique en tenant compte de l'imbrication des différents systèmes d'oppression.

Selon elles, ce n'est pas le travail gratuit qui se trouve au fondement de l'oppression des femmes noires, mais plutôt le travail forcé, rémunéré ou non, dans le contexte de l'esclavage et ses renouvellements sociohistoriques (Davis, 1983). De plus, au niveau du marché du travail salarié, elles ont rendu compte que la position des femmes noires se caractérise par leur insertion dans une organisation du travail simultanément genrée et racisée (Collins, 2000). Elles sont surreprésentées au bas de la hiérarchie des secteurs féminins d'emplois, justement là où l'on retrouve les emplois d'aides-infirmières,

d'aides-soignantes, d'assistantes pour personnes âgées, de cuisinières dans les cafétérias, etc. (Brewer, 1999).

Les réflexions issues du *Black Feminism* montrent que le travail domestique n'est pas seulement un lieu d'oppression des femmes, mais constitue par surcroit un lieu de domination entre femmes. Certaines auteures ont par surcroit montré que le processus d'institutionnalisation d'une part du travail domestique de la sphère privée vers la sphère dite publique s'est accompagné d'une division genrée et raciale du travail à travers laquelle les femmes noires ont été intégrées dans ce qu'elle nomme « *the international division of labor in low paid service work* » (*Ibid.* : 5). Ces nouveaux emplois dans le secteur de services ont fait émerger selon Brewer une « nouvelle classe de travailleuses » au sein desquelles les femmes noires sont surreprésentées dans le « travail reproductif public ».

Enfin, dans le prolongement des travaux de Nakano Glenn (1992), la sociologue Mignon Duffy (2005 ; 2007 ; 2012) s'intéresse aux processus de hiérarchisations internes à l'organisation du travail reproductif en fonction du contenu des tâches en elles-mêmes et du lieu dans lesquels elles sont exercées (sphère privée ou sphère publique/institutionnelle). À partir d'une analyse empirique quantitative effectuée sur des données recueillies auprès du *Integrated Public Use Microdata Series*[18], la recherche de Duffy montre qu'au cours du 20e siècle la « division raciale du travail reproductif » s'est consolidée et recomposée par et à travers une division hiérarchique entre le travail « *nurturant* » et « *nonnurturant* »[19] (relationnel et non-relationnel).

---

[18] Integrated Public Use Microdata Series est l'une des plus larges banques de données quantitatives relatives à la composition sociodémographique et socioprofessionnelle du marché du travail des États-Unis depuis le 19e siècle.

[19] Difficilement traduisible en français, Duffy définit ces deux types de travail ainsi : « Nurturant care includes any labor that is inherently relational, that is, the core labor of nurturant care workers – nurses, child care workers, physicians, teachers, social worker – involves intimate and face-to-face relationship with the people they are caring for nonnurturant care is the labor that under girds nurturant care but may not be relational at all – the work of housekeeper, hospital laundry operatives, nursing home cafeteria

Sa recherche démontre que, si ces deux types de travaux ont suivi des évolutions différentes, ils sont liés de manière systémique. Elle constate en effet que la professionnalisation progressive du marché du travail de *care nurturant* durant le 20e siècle s'est traduite par une valorisation des emplois de ce secteur et a eu pour effet de transférer les tâches les moins valorisées et les plus difficiles, soit le travail *nonnurturant,* sur des groupes de travailleur.ses racisé.e.s.

En plus d'exposer les logiques évidentes de racisation qui organisent cette division hiérarchique entre le travail *nurturant* et *nonnurturant*, son étude fait apparaître que cette division se couple d'une deuxième logique de division du travail s'organisant, cette fois-ci, en fonction du genre et autour des sphères dites privée et publique. Duffy regroupe les emplois qui composent le secteur du travail *nonnurturant* sous quatre catégories : le travail domestique privé, le nettoyage des vêtements, la préparation et service de la nourriture et les professions de nettoyage publiques (Duffy, 2007 : 324). Son étude montre que les femmes racisées sont surreprésentées dans l'ensemble de ces catégories d'emplois. Néanmoins, si le travail domestique dans la sphère privée est réalisé de manière disproportionnée par des femmes racisées, Duffy souligne que les hommes racisés sont également surreprésentés dans les autres catégories d'emplois, cette fois-ci dans la sphère publique ou institutionnelle (notamment dans les emplois de nettoyage public). Elle conclut : « *so race and gender have an interlocking impact on segregation by content as well as by location of work* » (*Ibid.* : 331).

1.2.3 Synthèse de la revue de la littérature

Plusieurs constats ressortent du parcours bibliographique que nous venons de réaliser. Notons d'abord que plusieurs auteur.es retenu.es ont fait apparaître dans leurs enquêtes des tensions entre, d'une part, l'amour du métier, l'éthique de *care*, la rhétorique de la

---

workers, and health-care orderlies. These workers perform labor that is often out of sight or at least does not involve explicit relationship with those being cared for. » (Duffy, 2011 : 6).

vocation et, d'autre part, les difficultés, la pénibilité et le dégoût dans le travail (Dussuet, 2005b ; Aubry, 2012 ; Molinier, 2013). Ces auteures avancent que les discours sur l'amour du métier permettent aux travailleuses de dépasser les pénibilités du travail, mais paradoxalement participent à l'invisibilisation des compétences mises en œuvre puisqu'ils les naturalisent. Arborio (2001 ; 2009) et Dussuet (2008) ont par ailleurs souligné les liens entre cette négation des compétences et leur association à la division sexuelle du travail domestique dans la sphère privée. De plus, les auteur.es sont nombreux.ses à avoir mis en évidence que ce discours de l'amour du métier renvoie davantage à l'aspect relationnel du travail (Aubry, 2012 ; Arborio, 2001 ; 2009 ; Dussuet, 2008 ; Molinier, 2013) qu'à son contenu de « sale boulot ». Paradoxalement, ces mêmes compétences relationnelles, soit l'« engagement subjectif » (Dussuet, 2008), le « savoir lire le social » (Arborio, 2001) et la « disponibilité permanente » (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985), qui sont naturalisées, sont aussi non objectivables, dévalorisées, invisibilisées et ne font l'objet d'aucune reconnaissance. D'un autre côté, certaines recherches ont montré comment la division entre le travail relationnel et non relationnel fait l'objet d'une organisation hiérarchique du travail et constitue une des modalités d'organisation de la « division raciale du travail » (Duffy, 2007 ; Makridou, 2014).

Dans un deuxième temps, nous avons vu que ces métiers de *care* s'inscrivent dans un processus de « délégation du sale boulot » qui procède d'un transfert des tâches les plus sales et lourdes vers les travailleuses les moins privilégiées en fonction de leur appartenance de classe et de race (Nakano Glenn, 1992 ; Brewer, 1999 ; Collins, 2000 ; Duffy, 2007 ; Arborio, 2009 ; Molinier, 2013 ; Makridou, 2014). Selon les théoriciennes du *Black feminism*, cette délégation du sale boulot doit être recontextualisée et reliée à l'histoire de l'esclavage et de la colonisation (Nakano Glenn, 1992 ; Brewer, 1999 ; Collins, 2000 ; Duffy, 2007) et de ses suites. L'importance d'étudier l'organisation du travail de *care* en tenant compte de son inscription dans les différents rapports sociaux, dont les rapports hiérarchiques entre

femmes, est défendue par nombre de chercheuses aujourd'hui (Nakano Glenn, 1992 ; Brewer, 1999 ; Collins, 2000 ; Duffy, 2007 ; Kergoat, 2012 ; Molinier, 2013 ; Makridou, 2014).

1.3 Cadrage théorique

1.3.1 Perspective théorique féministe matérialiste

Notre regard sur le travail de *care* salarié et institutionnalisé est dans une perspective générale orienté par une grille de lecture féministe matérialiste des rapports sociaux et des divisions sociales du travail. Kergoat (2001), qui reprend le concept de rapport social du cadre théorique marxien, définit le concept de rapport social comme :

> Une tension qui traverse la société. Ce n'est donc pas quelque chose de réifiable. Cette tension érige certains phénomènes sociaux en enjeux autour desquels se constituent des groupes aux intérêts antagoniques. [...] Ces groupes sont donc en tension permanente autour d'un enjeu (*Ibid.* : 40).

Elle explique dans un autre texte que « ce sont ces enjeux qui sont constitutifs des groupes sociaux [...] ils se créent autour de ces enjeux par la dynamique des rapports sociaux » (2012 : 62). Le concept de rapport social désigne un principe de division des formations sociales en groupes différenciés, hiérarchisés et engagés dans une lutte constante (Bihr, 2012, cité dans Juteau, 2015 : 222). Les groupes sociaux n'existent pas en dehors des rapports sociaux et ne les préexistent pas. Ce sont les rapports sociaux d'exploitation et de domination qui président à leur existence :

> « Il s'agit d'envisager les catégories d'hommes et de femmes comme les produits de rapports de force proprement historiques, c'est-à-dire toujours vivants, qui se reconfigurent, se jouent et se rejoue en permanence et qui se déplacent dans l'espace et dans le temps, en fonction des pratiques concrètes et en particulier en fonction de la division du travail concret (prescrit et réel ; visible et invisible ; payé et gratuit. » (Galerand et Kergoat, 2014 : 7).

Dans cette perspective, les rapports sociaux sont considérés comme étant, d'une part, « consubstantiels » en ce qu'« ils forment un nœud qui ne peut être séquencé au niveau des pratiques sociales, sinon dans une perspective analytique » (Kergoat, 2012 : 112) et d'autre part, comme « coextensifs », « en se déployant, les rapports sociaux de classe, de genre, de " race ", se reproduisent et se coproduisent mutuellement » (*Ibid.* : 112). Alors que le concept de consubstantialité permet de saisir l'entrecroisement dynamique et complexe de l'ensemble des rapports sociaux, le concept de coextensivité permet de saisir la co-construction réciproque, le fait qu'ils se modulent les uns les autres selon telle configuration ici et maintenant (*Ibid.*). Les propositions féministes matérialistes permettent donc de penser les différents rapports sociaux (sexe, race, classe) qui organisent simultanément l'organisation du travail et, dans cet ordre d'idées, elles permettent de saisir les divisions sexuelle, raciale et capitaliste du travail comme étant des processus non naturels et comme étant (re)produits dans le cadre des systèmes d'oppression systématiquement liés les uns aux autres et donc non-hiérarchisables et irréductibles.

Selon cette perspective, le travail, défini comme « les activités de production du vivre en société » (Hirata et Zarifian, 2000), et l'exploitation, constituent des éléments centraux dans l'appréhension des rapports sociaux. Ainsi, suivant cette grille de lecture, nous ne considérons pas que le travail de *care* est en lui-même sans valeur et invisible. Plutôt, c'est en raison de l'organisation simultanément sexuée, raciale et capitaliste du travail qu'il se trouve dévalorisé, mal payé et surexploité.

Plusieurs féministes matérialistes posent l'hypothèse selon laquelle la division sexuelle du travail constitue l'enjeu de rapports sociaux de sexe (Hirata et Kergoat, 2005 ; Galerand et Kergoat, 2013). Pour penser le travail des préposées aux bénéficiaires comme faisant partie des métiers « typiquement féminins » (Falquet, 2009), nous mobiliserons plus spécifiquement le concept de « division sexuelle du travail » telle que théorisé par Kergoat (2012). Elle le définit comme :

> La forme de division du travail social découlant des rapports sociaux de sexe; cette forme est modulée historiquement et sociétalement. Elle a pour caractéristique l'assignation prioritaire des hommes à la sphère productive et des femmes à la sphère reproductive ainsi que, simultanément, la captation par les hommes des fonctions à forte valeur sociale ajoutée (politique, religieuses, militaires, etc.) (Kergoat, 2012 : 214).

La division sexuelle du travail a deux principes organisateurs selon la sociologue :

> Le principe de séparation (il y a des travaux d'hommes et des travaux de femmes) et le principe hiérarchique (un travail d'homme " vaut " plus qu'un travail de femme ». Ils sont valables pour toutes les sociétés connues, dans le temps et dans l'espace [...]. Si ses principes organisateurs restent les mêmes, ses modalités (conception du travail reproductif, place des femmes dans le travail marchand, etc.) varient fortement dans le temps et l'espace (*Ibid.* : 214).

Cette grille de lecture orientera notre manière de penser le travail et les groupes qui composent l'organisation sociale du travail que nous prenons pour objet. Si la littérature expose l'assignation très disproportionnée des femmes à ce travail de *care*, elle met par surcroît en évidence la surreprésentation des femmes dans les métiers au bas de l'échelle. C'est pourquoi nous retenons, dans un second temps, les théorisations de la « division raciale du travail reproductif ». Nous reprendrons plus particulièrement leur analyse de la délégation et transfert du *dirty work* sur des groupes de travailleuses moins privilégiées en fonction de la classe et de la race (Nakano Glenn, 1992 ; Duffy, 2011). Les propositions théoriques sur la place de division entre le travail relationnel et non relationnel dans cette organisation raciale du travail nous ont également semblé pertinentes. Nous nous appuierons donc sur la définition des concepts de travail de *care nurturant* et *nonnurturant* telles que définit par Duffy :

> Nurturant care includes any labor that is inherently relational, that is, the core labor of nurturant care workers – nurses, child care workers, physicians, teachers, social worker – involves intimate and face-to-face relationship with the people they are caring for nonnurturant care is the labor that under girds nurturant care but may not be relational at all – the work of housekeeper, hospital laundry operatives, nursing home cafeteria workers, and health-care orderlies. These

> workers perform labor that is often out of sight or at least does not involve explicit relationship with those being cared for. » (2011 : 6).

1.3.2 L'analyse de l'activité concrète de travail et des rapports au travail

À la lumière de cette perspective théorique et afin d'analyser l'activité concrète de travail et les rapports au travail, nous mobiliserons différents concepts issus de la sociologie du travail et de la sociologie féministe du travail. Il s'agit tout d'abord de la distinction conceptuelle entre « travail prescrit » et « réel du travail » telle que théorisée par Christophe Dejours. Le concept de « travail prescrit » désigne les prescriptions, consignes, procédures et modes opératoires prescrits par l'organisation formelle du travail (les cadres, gestionnaires, etc.). Il concerne donc « les objectifs à atteindre et le chemin à parcourir pour atteindre ces objectifs que l'on désigne sous le nom de " mode opératoire prescrit " ou " tâches " » (Dejours, 2017 : 12). Le concept de « réel du travail » renvoie quant à lui à l'activité de travail concrètement réalisée par les travailleuses. Dans ses travaux, Dejours remarque qu'il est impossible pour les travailleuses d'exécuter strictement les prescriptions du travail. Il explique que :

> Jamais les travailleurs n'exécutent strictement les prescriptions. Ils les réaménagent et travaillent concrètement en utilisant des modes opératoires remaniés qu'on désigne sous le nom « d'activité », différente donc de la tâche. Pourquoi ? Parce que s'ils exécutaient strictement les ordres, le procès de travail serait constamment arrêté, en raison d'imprévus, d'incidents, de dysfonctionnements, de pannes, de « bugs », etc. qui grèvent inévitablement le bel ordonnancement des prédictions et des prévisions. Toutes ces anomalies constituent ce qu'on désigne sous le nom de « réel » du travail, c'est-à-dire ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance à la maîtrise technique du procès de travail (Dejours, 2013 : 12).

En s'intéressant à la question des souffrances au travail, Dejours a montré que les souffrances découlaient de l'impossibilité à effectuer le travail réel en raison des prescriptions. Il explique en effet que : « les difficultés du travail résultent d'un décalage inévitable, dans toutes les activités de production humaines, entre le travail prescrit et le travail effectif » (*Ibid.* : 12). Le réel du travail renvoie donc à l'écart entre

le travail prescrit et effectif. La pertinence d'étudier le réel du travail consiste à mettre la lumière sur les difficultés, obstacles et souffrances que vivent les travailleur.ses dans le travail.

Ensuite, afin de saisir ce « réel du travail », nous mobiliserons également certains concepts que nous avons abordés dans notre revue de la littérature issue de la sociologie féministe du travail. Le premier est celui de « disponibilité permanente » (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985) des travailleuses qui caractérise l'organisation temporelle du travail de *care*. De cette dernière, ces auteures ont montré qu'il découle un morcellement du temps de travail en fonction des besoins d'autrui et du degré d'urgence des situations et, par conséquent, implique une « présence nécessaire » (*Ibid.*) des travailleuses pour les bénéficiaires de leur travail.

Le deuxième concept rend compte de l'« engagement subjectif » (Dussuet, 2008) des travailleuses du *care* dans leur travail. Dussuet explique :

> Dans ces " emplois de femmes ", elles sont amenées à s'engager elles-mêmes, personnellement, au-delà de ce qui est exigé explicitement par le contrat de travail, pour mener à bien leur tâche. L'" humain " est au cœur du travail : au-delà des tâches matérielles prescrites, c'est toute leur intelligence qui est mobilisée pour maîtriser la situation, et plus encore le si féminin " souci d'autrui ", seul gage d'un service de qualité. Leur subjectivité est donc engagée de multiples façons et si le sens moral et l'attention aux autres sont indispensables, un véritable travail de gestion des émotions est aussi nécessaire pour permettre à ces salariées d'établir et de conserver la bonne distance, dans une relation de service où leur sexe tend à les infériorisier (2008 : 71).

Le concept d'engagement de la subjectivité des travailleuses renvoie alors un travail non prescrit et accompli pour surmonter une perte de maîtrise du processus de travail et, en ce sens, permet donc de saisir une part du « réel du travail ». Il rend également compte d'une implication subjective de ces travailleuses dans la réalisation de leur travail mobilisant à la fois leur corps et leur mental. Dans cet ordre d'idée, la notion de « charge mentale », telle que théorisée par Monique Haicault (1984), est également

pertinente pour saisir ce que le concept de « réel du travail » (Dejours, 2013) peut impliquer en termes de travail mental :

> L'enjeu consiste à organiser, donc faire tenir ensemble, les successions de charge de travail, de les imbriquer, de les superposer, ou, au contraire, de les désimbriquer, de fabriquer des continuités : sortes de fondus enchaînés, de jouer sans cesse sur ce qui marche ensemble et ce qui est incompatible (Haicault, 1984 : 272).

> La charge mentale est faite ainsi de ces perpétuels ajustements, de la viscosité du temps qui n'est que rarement rythme et beaucoup plus souvent immanence, où se perd de corps, où se tue la tête, à calculer l'incalculable, à rattraper sur du temps et avec du temps, le temps perdu, à faire, à gérer. Elle est lourde aussi de ces minuscules censures qui se disent dans un simple " je n'ai pas le temps ". (...) C'est dans la simultanéité que réside la spécificité de la charge mentale et non dans l'addition de types d'activités ou de services. (*Ibid.* : 275).

Les idées de superposition et de simultanéité sont centrales dans cette notion qui permet de saisir un travail de gestion du temps et de l'espace du travail de *care*. Cette notion rejoint également celle de « préoccupation » (Dussuet, 1997) qui renvoie à la réalisation de cette diversité de tâches invisibles, bien qu'essentielles :

> Il s'agit non seulement d'accomplir une tâche matérielle, mais aussi d'en envisager les implications, en particulier pour ses destinataires. Il faut donc opérer des choix, organiser, planifier les tâches matérielles, en s'inquiétant sans cesse des répercussions du travail accompli. (Dussuet, 2008 : 76).

De l'autre côté, pour étudier les rapports au travail de *care*, soit la manière dont les travailleuses font sens de leur travail, et plus spécifiquement leur investissement paradoxalement positif dans le travail malgré les conditions parfois très difficiles, nous mobiliserons la grille de lecture tel que déployé par Molinier (2004) et Dussuet (2005b). D'abord, celles-ci définissent l'« amour » comme l'expression du social et comme un lien au fondement social et institutionnel (Dussuet, 2005b). Dans cette perspective, nous ne concevrons pas l'amour comme un sentiment inné et naturel, mais plutôt comme un lien social caractérisé par une logique de don se construisant par et à

travers les relations sociales et plus particulièrement, dans l'expérience sociale du travail. Comme Molinier l'explique :

> L'amour n'est pas l'expression naturelle de la féminité (ou de l'humanité). Mais ce n'est pas non plus un leurre ou une construction idéologique. L'amour est vécu, éprouvé. Dans la mesure où l'amour n'existe pas en dehors du contexte de sa manifestation, on ne peut faire l'économie d'étudier, dans leur diversité, les situations du travail de *care* (2004 : 24).

Le discours de l'amour du métier mobilisé par les travailleuses, notamment à travers leur « engagement subjectif » (Dussuet, 2008), bien qu'il participe de l'invisibilisation du travail, permet en revanche de donner du sens au travail et de dépasser son contenu sale et difficile (Molinier, 2004 ; Dussuet, 2005b). Ainsi, l'idée de l'amour dans le travail et pour les personnes âgées, que nous nous attendons à retrouver sur notre terrain, sera envisagée comme lien social caractérisé par une logique de donc, d'une part, et comme stratégie de résistance dans le travail, d'autre part.

1.4 Questions de recherche, méthodologie et opérationnalisation

1.4.1 Questions de recherche

Rappelons d'abord que le travail de préposées aux bénéficiaires dans les ressources intermédiaires à Montréal n'a pas encore fait l'objet d'étude empirique. Notre objectif premier est donc de contribuer à la sociologie du métier de PAB en examinant le cas des ressources intermédiaires, et plus précisément les expériences des travailleuses concernées, expériences médiatisées par leur discours. Pour remplir cet objectif, nous avons adopté une démarche à la fois inductive et déductive. À partir d'une démarche compréhensive, nous avons cherché à saisir le sens que les actrices donnent à leurs actions et expériences de travail à la lumière des principales hypothèses relevées dans notre revue de la littérature. Nous voulions voir dans quelle mesure ces hypothèses et constats permettent d'éclairer les expériences de travail des PAB en RI.

Nos questions de recherche sont donc issues des principaux constats qui se dégagent de notre revue de la littérature et s'articulent autour de trois objectifs visant à documenter : 1) les conditions d'emploi des PAB ; 2) leur activité de travail et tâches quotidiennes ; 3) leur rapport au travail.

Sur le premier thème, nous avons vu que les travailleuses se trouvant au bas de l'échelle de l'organisation du travail de *care* ont des conditions d'emploi parmi les plus précaires du secteur. La première série de questions de recherche pourrait alors être formulée ainsi : *Quelles sont les conditions d'emploi qui caractérisent les expériences de travail des PAB en RI et en quoi sont-elles différentes de celles qui prévalent en CHSLD ?*

Ensuite, sur la question du travail de *care* et de ce qu'il implique, nous avons vu qu'il se caractérise par l'importance de la dimension relationnelle dans le travail qui s'incarne notamment à travers un « engagement subjectif » (Dussuet, 2008), une « charge mentale » (Haicault, 1984) et une « disponibilité permanente » (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985) des travailleuses. Nous avons également vu que l'étude du « réel du travail » permet de saisir certaines difficultés auxquels font face les travailleuses dans l'exercice de leur métier. Afin d'analyser leur activité de travail, nos questions pourraient alors se poser comme suit : *En quoi consiste le réel du travail des PAB ? Pose-t-il problème ? Si oui, en quoi pose-t-il problème par rapport au travail prescrit ?*

Finalement, il découle de la littérature que les travailleuses du *care*, y compris les plus déqualifiées, investissent positivement leur travail notamment en construisant un discours dans lequel elles revendiquent un amour du métier et un amour des personnes pour qui elles effectuent leur travail. Et nous avons vu que ce discours est sujet à interprétation dans la littérature puisque, d'un côté, il permet de tenir dans le travail, d'en donner du sens et de faire face aux difficultés du métier, et de l'autre, il tend à naturaliser et invisibiliser les compétences réellement mises en œuvre dans ce travail. La dernière série de questions pourrait se formuler ainsi : *Comment les PAB*

investissent-elles positivement et négativement leur travail ? Qu'est-ce que les PAB aiment de leur travail et, inversement, qu'est-ce qu'elles n'aiment pas de celui-ci et qu'est-ce qui le rend difficile? Enfin, *Comment résistent-elles aux difficultés au travail?* Nous chercherons à rendre compte de ce qu'elles disent de leur travail, la manière dont elles le qualifient, le valorisent ou le dévalorisent, l'aiment ou le détestent, ce qu'elles en aiment et ce qu'elles détestent, etc.

1.4.2 Méthodologie et opérationnalisation

L'objectif de cette section consiste à présenter la méthodologie que nous avons utilisée afin de réaliser cette recherche. Nous y exposons d'abord le choix de la démarche méthodologique, l'outil de production des données et le recrutement des participantes. Nous présentons ensuite la population à l'étude, les caractéristiques de nos participantes et les modalités de leur recrutement. Dans un troisième temps, nous expliquons la méthode utilisée pour l'analyse de notre matériau et terminons en discutant des limites de méthodologie.

a. Méthodologie qualitative : l'entretien semi-directif et le recrutement

Pour répondre à nos questions de recherche, nous avons choisi de mener une enquête de terrain auprès des PAB travaillant dans une RI. Afin de réaliser cette recherche, nous avons privilégié une démarche méthodologique qualitative à travers la réalisation d'entretiens guidés (Boutin, 2000 ; Grawitz, 2001). Nous avons donc cherché à saisir le sens que les actrices donnent à leurs actions et expériences de travail. Les informations recueillies à partir de ces entretiens semi-dirigés ont constitué notre matériau. Il s'agit alors d'un matériau vivant provoqué par la chercheuse. Enfin, pour mener à bien cette recherche, nous avons choisi comme outil de cueillette méthodologique les « entretiens guidés ». Ce type d'entretien fut très utile en regard de notre démarche compréhensive puisqu'il « vise à mettre en lumière un aspect d'une

situation donnée, il se centre sur un point précis et tend à en tracer les pourtours, à en dégager le sens et la portée et peut être mené auprès d'une personne ou d'un groupe de personnes » (Boutin, 2000 : 27).

Au niveau du recrutement, je ne connaissais pas de préposées dans le réseau des RI au moment d'entamer la recherche, il fallait donc d'abord trouver une entrée. J'ai alors choisi de contacter la Fédération professionnelle des préposées aux bénéficiaires du Québec (FPBQ) et l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ). Suite à une discussion avec le président de la FPBQ qui m'a fortement conseillé de contacter l'ARIHQ[20], j'ai écrit un courriel et obtenu un rendez-vous avec la présidente de l'ARIHQ, Johanne Pratte.

Lors ce rendez-vous d'une trentaine de minutes, nous avons tout d'abord discuté des objectifs de la recherche, de ses questions et de ses modalités. Mme Pratte a rapidement démontré son intérêt pour cette recherche en raison du peu de documentation externe à l'ARIHQ disponible sur les ressources intermédiaires et de l'absence de travaux donnant à voir les points de vue des PAB en RI. Elle m'a également expliqué que l'ARIHQ se préoccupait des conditions de travail de ces travailleuses en regard des enjeux de pénurie de main-d'œuvre qui sévissent dans le réseau et du fort taux de roulement de personnel. Bref, l'ARIHQ cherchait à comprendre davantage les expériences des PAB dans leur travail et souhaitait identifier ce qui pourrait favoriser leur maintien dans l'emploi[21].

---

[20] L'ARIHQ est une association qui regroupe les propriétaires-gestionnaires des ressources intermédiaires du Québec afin de les représenter lors de négociation avec le MSSS. Elle a pour objectif principal négocier les modalités de fonctionnement des ressources. L'association offre parallèlement des services d'accompagnement personnalisés, des lieux d'échanges, des formations, des outils de travail et aussi des documents d'information sur le réseau.

[21] Durant la rencontre, Mme Pratte donne plusieurs exemples de certains aspects positifs du travail en RI : les horaires flexibles, l'autonomie dans le travail, les relations plus cordiales et moins hiérarchiques entre les PAB et les propriétaires, les milieux de travail plus sains, ambiance de milieux de vie plus familiale plutôt qu'une ambiance d'hôpital dans les CHSLD, le travail à la chaine dans les CHSLD et

À l'issue de la rencontre, nous avons convenu qu'il serait pertinent d'interroger plusieurs préposées dans une même ressource afin de pouvoir rendre compte d'une certaine dynamique interne, et d'un autre côté, de rencontrer des PAB de différentes ressources puisque leurs modes de fonctionnement sont hétérogènes. En collaboration avec la responsable des communications, Mme Pratte a contacté différents propriétaires avec lesquels elle entretient des liens et qui, selon elle, pouvaient être potentiellement intéressé.es à participer à la recherche. Elle m'a dit que l'enjeu pour les employeurs était de libérer les employé.es 1h ou 2h pour qu'elles puissent participer à l'entretien et donc qu'il serait plus facile de les réaliser dans des ressources avec un plus gros volume d'employé.es. Elle m'a aussi expliqué qu'il serait plus efficace, et ce, tant pour les propriétaires que les préposées, d'effectuer les entretiens dans leur milieu de travail.

Le recrutement s'est donc fait par l'entremise des directions des ressources humaines des RI ayant accepté de participer à la recherche. À leur demande, j'ai réalisé une affiche invitant les PAB à participer à la recherche en exposant ses objectifs et thèmes abordés. Le choix des PAB s'est fait sur la base d'une participation volontaire. Au tout début, il était convenu que nous allions interroger 12 préposées réparties équitablement dans 3 ressources intermédiaires. Toutefois, les contraintes temporelles du mémoire nous ont poussés à revoir le nombre de PAB rencontrées. Nous avons au final interrogé 4 préposées dans une première ressource et 6 dans une deuxième, les deux étant situées à Montréal. Les entretiens se sont déroulés sur une période de trois semaines au cours du mois de mars 2018.

Dès l'entrée sur le terrain, nous avons été très bien accueillies par les directions des ressources humaines de la première RI. La personne responsable de nous accueillir nous a offert une visite de la ressource intermédiaire. Cette visite nous a permis de poser quelques questions et d'en apprendre davantage sur le mode de fonctionnement

---

un travail plus valorisé en RI, etc. Elle conclut que les RI font partie de la solution des prochaines années et dizaines d'années face au vieillissement de la population.

général de la RI et du milieu de travail en tant que tel. Les préposées ont été rencontrées sur leur lieu de travail, dans une pièce fermée qui servait de magasin ponctuel pour les personnes âgées qui résident dans la RI. En ce qui concerne la deuxième RI, nous avons également pu bénéficier d'un accueil appréciable ainsi que d'une petite visite du milieu. Toutefois, par manque d'espace, nous avons dû réaliser les entretiens dans un espace à air ouvert, sans porte fermée, qui consistait en un salon pour les résident.es. Pour la plupart des entretiens, j'étais seule avec les PAB, cependant il est arrivé à deux reprises qu'un résident soit venu s'assoir au salon. J'ai bien sûr demandé à ce résident de quitter la pièce temporairement.

Les entretiens ont été d'une durée entre 45 minutes à 1h15 et ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (voir l'annexe A) construit en fonction de thèmes précis nous permettant, potentiellement, de cerner les modalités d'organisation du travail. Au total, 6 thèmes ont été abordés : 1) la trajectoire socioprofessionnelle et l'entrée dans le métier ; 2) l'activité de travail et les tâches quotidiennes ; 3) les conditions de travail ; 4) la manière dont les tâches et le travail sont répartis entre les travailleuses ; 5) les relations de travail et ; 6) les inégalités et discriminations vécues. Puisque les entretiens guidés offrent une certaine flexibilité, les questions formulées étaient larges et ouvertes et étaient appuyées par des questions de relance dans le but d'alimenter la discussion.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise en sociologie et par conséquent est restreinte en termes de portée et de temps. Il s'agit donc d'une étude exploratoire menée auprès d'un échantillon restreint composé de préposées aux bénéficiaires travaillant dans des ressources intermédiaires à Montréal. De ce fait, notre recherche ne vise pas la saturation empirique ni la généralisation, mais consiste plutôt à questionner notre terrain à partir de nos pistes de recherche. Elle vise également à développer des connaissances sur l'activité de travail des préposées aux bénéficiaires en ressources intermédiaires à travers l'analyse des expériences singulières des participantes.

b. Population à l'étude et critère de sélection

La population à l'étude est composée de préposées aux bénéficiaires qui exercent leur métier dans une ressource intermédiaire à Montréal. Nous avons procédé à un échantillonnage par cas multiples des micro-unités sociales où nous voulions saisir les représentations sociales et les expériences de vie (Pires, 1997). Notre échantillon est donc constitué de 10 préposées et ont été sélectionné.es en fonction d'un critère : exercer le métier de préposée aux bénéficiaires dans une ressource intermédiaire à Montréal. Au total, nous avons interrogé 9 femmes et 1 homme. Parmi les femmes, 7 sont des femmes racisées et issues de l'immigration. L'homme que nous avons rencontré est un homme racisé[22]. La grande majorité des préposées rencontrées ont plusieurs années d'ancienneté : 3 ont entre 1 et 5 années d'ancienneté, 3 ont entre 5 et 10 années d'ancienneté et 4 ont plus de 10 années d'ancienneté. Enfin, en ce qui concerne l'âge des préposées, la majorité a plus 50 ans : 2 préposées ont moins de 25 ans, 3 ont entre 25 et 50 ans et 5 ont plus de 50 ans. Notons qu'afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des participantes, nous avons utilisé des prénoms fictifs et avons fait de même pour le nom des ressources intermédiaires. Bien qu'il aurait été intéressant de le faire, par souci de conserver l'anonymat, nous nous sommes abstenues de présenter un portrait socioprofessionnel et sociodémographique de nos participant.es. Enfin, nous avons également réalisé un entretien guidé avec un préposé aux bénéficiaires travaillant dans un CHSLD public. Par contre, compte tenu de notre objet, nous ne l'avons pas intégré de manière structurante à notre analyse.

[22] Considérant que notre échantillon était composé d'un seul homme et au regard de la présence très majoritaire des femmes dans ce métier, nous tenons à rappeler notre choix d'utiliser le genre féminin dans le cadre de ce mémoire.

c. Méthode utilisée pour l'analyse du matériau

L'analyse du matériau a débuté dès la fin des premiers entretiens au mois de mars 2018 et s'est achevée vers la fin juin 2018. À la suite des entretiens que nous avons enregistrés avec le consentement des participantes, nous les avons retranscrits sous la forme de verbatims. Au travers de cette première étape de l'analyse, nous avons pu nous familiariser avec notre matériau et ainsi nous imprégner de leur propos afin d'en dégager des thèmes potentiels.

Nous avons ensuite procédé par une analyse à l'aide de « catégories conceptualisantes » (Paillé et Mucchielli, 2012) via le logiciel Nvivo. Les « catégories conceptualisantes » sont des condensés de significations » (*Ibid.* : 321) et se situent « au-delà de la simple annotation descriptive ou de la rubrique dénominative (…), de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification » (2012 : 316). Dans le cadre d'une démarche itérative et à la fois inductive et déductive :

> La catégorie prend pied sur un discours dense, de premières mains, qu'elle hisse à un niveau synthétique de compréhension globale. Ce n'est pas tant la parole de l'acteur qui est consignée par la catégorie que son sens dans un ensemble en voie de compréhension, ou, plus encore, la pratique ou le phénomène que révèle cette parole, ce, à partir à la fois de ce qu'a voulu signifier l'acteur et de ce que le chercheur construit comme sens (*Ibid.* : 322).

Pour effectuer ce type d'analyse, nous avons tenté de suivre la démarche proposée par Paillé et Mucchielli qui expliquent qu' « après un examen empirique ou phénoménologique des données, le chercheur va aborder conceptuellement son matériau de recherche avec comme objectif de qualifier les expériences, les interactions et les logiques selon une perspective théorisante » (*Ibid.* : 315). À partir du logiciel NVivo, nous avons classé notre matériau à l'aide de catégories conceptualisantes issues d'un examen empirique des discours des PAB et de condensation des données, d'une part, et de l'examen de la littérature existante nous permettant de faire sens conceptuellement de ces catégories, d'autre part. Paillé et Mucchielli (*Ibid.*) souligne

effectivement que la construction des catégories nécessite « un travail progressif [passant] par un assemblage des catégories à partir d'annotations plus ou moins éparses en marge des documents analysés (…) concomitamment à une lecture conceptuelle en direct du matériau » (*Ibid.* : 343). L'avantage de ce type d'analyse en regard de notre démarche compréhensive est qu'elle évite à la fois le placage des concepts et la simple description du matériau.

d. Les limites de la méthodologie

En ce qui concerne les limites de notre recherche, la première et la plus significative est sans aucun doute le moyen par lequel nous avons procédé au recrutement, soit par l'entremise des propriétaires de RI. Ce sont les propriétaires-gestionnaires des RI, via les directions des ressources humaines, qui ont réalisé le recrutement à partir d'une affiche explicative que nous leur avions fournie. De ce fait, les discours des préposées sont potentiellement orientés et non représentatifs. L'une des préposées que nous étions censées interroger nous a justement questionnés sur nos liens avec l'ARIHQ. Elle a finalement refusé de participer à notre recherche à la suite de nos explications.

Pour chaque entretien, nous avons pris le temps nécessaire pour bien expliquer notre cheminement, nos objectifs de recherche et notre affiliation institutionnelle avant de présenter, lire et faire signer le formulaire de consentement, afin d'éviter tout malentendu sur notre démarche. Si la plupart des préposées que nous avons interrogées se montraient enthousiastes par rapport à notre recherche, il est possible de croire que certaines d'entre elles et d'autres se sont senties surveillées ou, dans une certaine mesure, obligées de participer à la recherche.

Enfin, les limites de la recherche renvoient à la portée de la recherche. Seulement 10 préposées ont été interrogées et par conséquent notre enquête ne nous permet d'établir des généralisations et se limite aux expériences singulières des participantes.

CHAPITRE II
LES CONDITIONS D'EMPLOI

Introduction

Ce premier chapitre d'analyse vise à rendre compte des conditions d'emploi dans les ressources intermédiaires telles qu'elles sont décrites par les préposées que nous avons rencontrées. Pour préciser ces conditions d'emploi, nous les comparerons tout d'abord à celles qui structurent le travail de préposée en CHSLD. Nous prendrons alors appui sur les travaux de François Aubry (2017a, 2017b, 2018) qui, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, s'est intéressé à l'activité de travail des préposées dans les CHSLD dans le cadre d'une enquête menée en 2012. Dans un second temps, nous présenterons nos résultats de recherche concernant les conditions d'emploi discutées par les préposées interrogées. Nous tenterons de faire ressortir leurs points de vue sur leurs conditions d'emploi et verrons que ces derniers se structurent souvent en rapport avec les conditions d'emploi de leurs homologues en CHSLD.

2.1 Les conditions d'emploi des PAB en CHSLD

Selon François Aubry, la pénurie de préposées aux bénéficiaires qui touche l'ensemble du réseau de santé et des services sociaux au Québec doit être attribuée aux conditions de travail très précaires de ces travailleuses. Dans les CHSLD publics, cette précarité de l'emploi s'exprime à plusieurs niveaux. En premier lieu, Aubry (2018) pointe la faiblesse du salaire (entre 19,47$ et 21,37$). Bien qu'il soit relativement élevé par rapport à celui des préposées dans les RI et résidences privées, ce salaire reste très en deçà de celui des autres professions (auxiliaires infirmier.ères, infirmier.ères, technicien.nes de loisirs, etc.) dans les CHSLD (*Ibid.*). Aubry insiste plus particulièrement sur la faible progression salariale des PAB, toujours en comparaison aux autres professions qui structurent l'organisation du travail en CHSLD : les PAB y

cumulent 5 échelons d'anciennetés, alors que les auxiliaires infirmier.ères et les infirmier.ères en cumuleront 12 à partir de 2018 (*Ibid.*).

Ensuite, la majorité des préposées nouvellement embauché.es en CHSLD occupent des postes à « temps partiel occasionnel », c'est-à-dire « sur appel ». Celles-ci doivent alors composer avec des changements de quarts de travail constants (de jour, de soir et de nuit) et donc une grande instabilité au niveau de l'horaire. L'emploi exige aussi une forte mobilité au niveau des milieux de travail, ce qui veut dire que les nouvelles préposées sont appelées à travailler dans différents CHSLD. De plus, au Québec, l'emploi de préposée aux bénéficiaires est de ceux qui comptent le plus de travailleur.ses à temps partiel[23] (Aubry, 2017a). Cela peut prendre jusqu'à 4 ou 5 ans avant de pouvoir obtenir un poste à temps plein (*Ibid.*). Pour Aubry (2017b ; 2018), ces deux éléments, le salaire et l'instabilité des horaires et des milieux de travail, contribuent directement au faible taux de rétention des employé.es dans le secteur. Il note que près de 62% des PAB quitteront leur emploi avant 5 ans d'exercice, et plusieurs d'entre elles deviennent infirmier.ères auxiliaires ou infirmier.ères (*Ibid.*).

Toujours concernant les conditions de travail, Aubry relève que les PAB sont les employées du réseau de la santé et des services sociaux qui subissent le plus de blessures au travail (Aubry, 2018). Ces blessures sont notamment liées à la nature très physique du travail qui exige fréquemment de lever et de déplacer des résident.es qui sont parfois lourds. L'intensité des rythmes de travail, en particulier pour les quarts de jour et de soir, est également à l'origine des risques de blessures physiques et de risques psychologiques (épuisement, burnout, fatigue intense, etc.) selon le chercheur.

Les situations d'agressions et de violences de la part de certain.es résident.es, dont certain.es souffrent de problèmes cognitifs, augmentent aussi la pénibilité du travail et

[23] Plus de 65% des préposées en CHSLD occupent un emploi à temps plein et 35% à temps partiel (contre 18% pour l'ensemble des professions au Québec) (Aubry, 2017b).

les risques de blessures. Il est fréquent que les PAB en CHSLD soient victimes de coups de poing, de crachats ou d'insultes de la part de certains résident.es (*Ibid.*). Enfin, selon les résultats constatés par Aubry (*Ibid.*), les ratios résident.es / préposées dans ces milieux de travail participent de la précarité de ces travailleur.ses et de l'intensification des rythmes de travail.

Afin de pallier à ce problème urgent qu'est la pénurie de préposées aux bénéficiaires dans le système de santé au Québec, deux conditions d'emploi doivent prioritairement être améliorées selon le chercheur. Il faudrait, d'une part, rééquilibrer le ratio préposées/résident.es en augmentant le nombre de préposées dans les CHSLD et, d'autre part, améliorer la progression salariale de cette catégorie de travailleur.ses.

2.2 Les conditions d'emploi en RI

Dans le cadre d'une autre étude en cours sur le maintien en emploi des PAB dans différents contextes de travail au Québec, Aubry (2017a) identifie les problématiques qui affectent plus spécifiquement les préposées employées dans les ressources intermédiaires. Tout comme en CHSLD publics, il relève que l'intensification de la charge de travail ainsi que la fatigue physique et psychologique constituent des enjeux manifestes qui participent du faible taux de rétention des PAB dans les RI. Son étude préliminaire fait en revanche apparaître certains éléments spécifiques aux conditions d'emploi des préposées dans les RI. Dans les paragraphes qui suivent, nous allons appuyer et compléter les résultats de l'étude d'Aubry à l'aide d'une seconde étude publiée en 2016 par l'ARIHQ et effectuée en collaboration d'Emploi-Québec.

Tout d'abord, sur le plan de la charge de travail, le ratio préposée / résident.es est plus problématique dans les RI que dans les CHSLD notamment parce qu'il ne s'ajuste pas aux nouvelles réalités qui découlent de l'accentuation progressive des cas des résident.es en perte d'autonomie (Aubry, 2017a). Dans son étude, Germain et *al.* notent

effectivement que : « depuis 5 ans, plusieurs propriétaires et gestionnaires voient le profil de leurs résidents se transformer. Par exemple, dans les RI qui hébergent des personnes aînées, il est de moins en moins rare d'accompagner les résidents jusqu'à la fin de leur vie » (2016 : 12).

Dans ce contexte d'accentuation des cas des résident.es vieillissant.es et en perte d'autonomie, Aubry (2017a) constate que la charge de travail dans les RI est accentuée par la loi 90 qui délègue les tâches associées à l'administration des médicaments et des soins invasifs d'assistance à la vie quotidienne aux préposées. Selon Aubry (2017a) et Germain et *al.* (2016), ces tâches augmentent significativement la charge de travail ainsi que le niveau de responsabilités des PAB.

> Il faut également souligner l'importance des soins physiques dans le contexte d'une perte d'autonomie sévère de certains résidents. La loi 90, qui permet à des non professionnels d'accomplir certains actes délégués par des professionnels, fait en sorte que les résidents peuvent demeurer plus longtemps en ressource intermédiaire sans manquer de soins. Les employés sont pour leur part appelés à œuvrer dans des organisations dont la mission va au-delà de l'hébergement, du soutien et de l'assistance, et dans lesquelles la dimension « soins » prend de plus en plus de place. Il n'est pas rare qu'ils doivent donner des soins de stomies de cathéter, de sondes, etc., actes qui exigent d'eux des habiletés techniques particulières, mais également un grand sens des responsabilités quant à la sécurité des personnes hébergées (Germain et *al.*, 2016 : 12).

Germain et *al.* (2016) associent également l'accroissement du nombre de résident.es présentant des troubles cognitifs ou/et de comportement à une augmentation des situations de violence vécues par les préposées en RI. Ils expliquent :

> Certains gestionnaires ont mentionné que des employés quittent leur emploi après quelques jours de travail parce qu'ils ont l'impression de ne pas être en mesure de répondre aux besoins des résidents. Certains s'absentent suite à des accidents après avoir été victimes d'agressions ou de conduites dérangeantes de la part de résidents ayant un trouble du comportement (*Ibid.* : 12).

À cela, s'ajoute le fait que les professionnel.les de la santé, par exemple les infirmier.ères, les infirmier.ères auxiliaires, les physiothérapeutes, les médecins, ne sont que ponctuellement présent.es dans les RI (*Ibid.*). Autrement dit, ces professionnel.les ne sont pas embauché.es de manière permanente par ces établissements. Ce sont les ressources elles-mêmes qui décident du nombre d'heures alloué aux « services professionnels » offerts par les CLSC en fonction des besoins de leur clientèle. Il s'ensuit que « ce sont les préposé.es qui assurent au quotidien, le soutien, l'assistance et les actes délégués selon les besoins de chaque résident. » (*Ibid.* : 13).

En RI, Aubry observe une instabilité accrue au niveau des horaires et des lieux de travail ainsi qu'une fluctuation dans le nombre d'heures hebdomadairement travaillé chez les nouvelles recrues (Aubry, 2017a). Il explique également que l'enjeu de la rétention très faible des PAB vers les RI concerne davantage les nouvelles préposées qui ont des conditions de travail plus précaires, notamment en ce qui a trait à l'instabilité des horaires et des lieux de travail. Aubry note par surcroit que les préposées en RI sont celles qui occupent le plus de postes à temps partiel : en moyenne, 55% de ces travailleuses occupent des postes à temps plein et 45% à temps partiel (*Ibid.*). Germain et *al.* (2016) constatent que la proportion des employé.es travaillant à temps partiel atteint 54% dans la région de Montréal.

Enfin, au niveau des conditions salariales, les préposées qui travaillent dans les RI sont celles qui reçoivent les salaires les plus faibles : le salaire moyen se situe entre 11,25$ et 13$ de l'heure (*Ibid.*). Selon Aubry, ces travailleuses sont également affectées par une très faible progression salariale et bénéficient de très peu d'avantages sociaux (vacances, assurances collectives, primes, etc.). Parmi les gestionnaires-propriétaires de RI qui ont participé à la recherche de Germain et *al.*:

> 46,9% des répondants n'offraient pas de prime supplémentaire pour les employés qui travaillent de soir, de nuit ou la fin de semaine. [...] 65% des répondants au sondage offrent 2 semaines de vacances. Les jours fériés ou autres congés sont conformes aux normes de travail dans 85,5% des cas. La grande majorité, soit 90% des répondants, n'offre aucune assurance ou participation à un régime de retraite (2016 : 10).

Selon Aubry, ces conditions salariales significativement moins avantageuses que celles de leurs homologues dans les CHSLD et la charge de travail intensifiée notamment par la loi 90 participeraient à expliquer le sentiment d'injustice ressenti par les préposées qu'il a interrogées et la faible rétention des PAB en RI. Il constate en effet qu'un nombre important de PAB ayant reçu une formation professionnelle quitte rapidement les RI afin de se rediriger vers les CHSLD publics où les conditions de travail sont moins précaires (*Ibid.*).

2.3 Les conditions d'emploi des préposées interrogées

Cette section présente les conditions d'emploi des préposées rencontrées durant notre enquête. Nous y exposerons les éléments ayant été les plus discutés par ces dernières et tenterons de faire ressortir leurs points de vue. Notre objectif consiste à mettre en évidence les conditions d'emplois qui posent le plus de problèmes selon ces travailleuses dans leur travail au quotidien et de saisir comment elles envisagent l'amélioration de leur condition de travail.

2.3.1 Le salaire

Pour commencer, le salaire des préposées que nous rencontrées se situe entre 11h85$ et 13,05$ de l'heure et, dans les ressources intermédiaires contactées, ce salaire est gelé depuis maintenant 4 ans. Nous avons constaté, lors des entretiens, que lorsqu'elles parlent de leur salaire, un sentiment d'injustice est tangible : elles parlent d'« abus », d'« exploitation », de « salaire de misère », de travail « mal payé », de salaire « pas équitable », « pas abordable » :

(Mélissa, Maison St-Aimé) :

> On fait tout pour un salaire de misère. Je peux le dire moi c'est 12,36$. Je trouve que ça n'a aucun sens. C'est rire de nous. Le salaire minimum va augmenter dans pas long à 12$. On va être au bas de l'échelle!

Ce discours sur l'injustice du salaire s'articule à trois facteurs dans les entretiens. Tout d'abord, plusieurs PAB critiquent l'insuffisance de leur salaire en regard de l'accentuation progressive des cas des résident.es avec qui elles travaillent :

(Edith, Maison St-Aimé) :

> Avant, nous on était un milieu de vie et on veut continuer comme un milieu de vie où les capacités des résidents soient semi-autonomes, autonomes. Mais maintenant tu vas avoir beaucoup de personnes en chaise roulante. (…) Maintenant on a des clients plus lourds qui n'entrent pas dans le profil d'une ressource intermédiaire ou dans un milieu de vie. C'est ça…et mon salaire n'est pas équitable pour ça. (...) parfois, tu dois laver les personnes au complet parce qu'il n'est pas capable de se laver parfois. Même pour les transferts, tu dois être exposé à faire ton PDSB bien pour ne pas te blesser toi-même ni blesser les clients. Mais il y a des clients que leur capacité motrice est nulle. C'est ça que je dis, c'est pas équitable avec qu'est-ce que je fais ici.

Au travers de cet extrait, on peut remarquer que l'accentuation des cas des résident.es semble justifier en soi une hausse du salaire des préposées.

Ensuite, tout comme l'a remarqué François Aubry (2017a), les travailleuses comparent systématiquement leur salaire à celui des PAB dans les CHSLD (débutant à 19$) pour dire à quel point il est injuste et insuffisant. Elles insistent alors sur deux éléments : en CHSLD publics le salaire horaire est significativement plus élevé (le travail des PAB coûte plus cher aux établissements) alors même que la charge de travail et des responsabilités sont moins importantes:

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Quand tu vois combien un préposé au CHSLD ça coûte, moi j'ai un ami qui est rendu à 26$ de l'heure au CHSLD! Il a comme 8 personnes à faire, ils sont 2 à faire ces 8 personnes-là, elle n'est pas seule. Et elle est assise dans une salle d'attente, elle attend que la cloche sonne, et avec nous en ressource intermédiaire qui fait tout, il n'y a pas ça aussi. On fait les lits après les douches, on change les lits, on fait le lavage, on plie le lavage, on les classe dans les tiroirs…

(Patricia, Maison St-Aimé) :

> Le salaire dans les RI n'est pas un salaire abordable, on travaille et c'est juste une moitié de pain qu'on met sur la table. (…) dans les RI je vois qu'on travaille plus que dans les CHSLD. Ici on fait tout. On fait ménage, tout en global et puis le salaire est, on mange, on mange un pain, mais on mange pas un gros steak, un bon filet mignon.

Enfin, ce discours de dénonciation de la faible rémunération des PAB prend appui sur une autre comparaison avec les autres catégories professionnel.les qui se trouvent en RI, c'est-à-dire le personnel d'entretien, les intervenants 1 et 2 et les cadres administratifs. Selon les préposées, ces employé.es ont moins de responsabilités et moins de tâches à effectuer dans une journée et bénéficient d'un salaire plus élevé que le leur. Les extraits qui suivent témoignent ainsi des effets de la segmentation hiérarchique du travail en RI et d'une certaine mise en concurrence de fait.

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Imagine-toi, j'ai 13 $ de l'heure.... 13$ de l'heure. 13 $... de l'heure. À tel point, tellement, pour montrer que c'est de l'exploitation, c'est de la méchanceté qu'ils font, les gens de l'entretien ont 20$ de l'heure. Qu'est-ce que qu'ils font? Ils parlent au téléphone. (...) s'il y a un dégât dans la chambre c'est à toi de nettoyer, il dit " moi je vais juste passer pour désinfecter ". Des fois ça fait 2-3 jours qu'ils n'ont pas passés pour désinfecter... (…) Peut-être que nous on a comme un cœur de mère de si de ça, on reste, mais eux [les intervenants 1] ne restent pas. Même s'ils ont 17$, ils font rien. Ils font pas de toilettes. Il y a juste une Africaine intervenante qui va t'aider. Ça dépend des personnes. (...) les intervenants

> on 16 à 17$ et qu'est-ce qui font ici, rien. Les chefs services et adjoints, qu'est-ce qu'ils font ? Ils se promènent, la fin de semaine ils entrent à l'heure qu'ils veulent, ils ont 6 semaines de vacances. (...) Le travail est fait de toute façon, on est des esclaves qui travaillent qui font tout, qui font tout.

(Patricia, Maison St-Aimé) :

> (…) il paye un adjoint 20-22$ de l'heure et nous on nous paye pas…parce que c'est nous qui fait tout le sale boulot. Les adjoints sont là, ils font 20-22$ à prendre leur café.

De ce fait, lorsque nous discutions des éléments pouvant potentiellement améliorer leurs conditions de travail, toutes les préposées que nous avons interrogées ont systématiquement demandé.es un meilleur salaire :

(Mélissa, Maison St-Aimé) :

> Moi c'est le salaire (rires). Moi c'est juste ça que je veux. Moi c'est juste ça. Qu'ils montent le salaire et on va être heureux.

(Marjolaine, Maison St-Aimé) :

> Q : Pouvez-vous me donner un ou deux éléments qui pourraient rendre vos conditions de travail plus agréables ?
>
> R : Salaire, salaire, salaire (rires). C'est vrai que tu aimes, mais le besoin de vie c'est plus cher. (…) C'est ça. Le salaire, salaire, salaire, salaire, salaire. Je peux pas... peut-être ça peut diminuer nos stress. Parce qu'on a beaucoup de facteurs stressants.

Certaines d'entre elles ont également revendiqué à la fois une augmentation de leur salaire, une diminution de leurs tâches ainsi qu'un frein à la délégation des tâches en provenance des emplois mieux payés :

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> On veut le salaire, le salaire et une diminution des tâches des infirmières qu'on nous a déléguées. Ça, c'est inacceptable. Même si on augmente le salaire. Ça n'a pas d'allure. C'est juste les ressources intermédiaires. C'est pour ça que je dis il y a de la méchanceté quelque part, pourquoi nous on doit subir ça. Pourquoi?

(Gavin, Maison-Pauline-Julien)

> Qu'ils augmentent notre paye. La paye c'est tout. S'ils augmentent la paye, et puis diminuer les taches aussi parce qu'ils peuvent pas nous prendre des tâches des entretiens et les mettre sur notre tête. Là ils nous ont dit qu'on doit nettoyer le fumoir, j'ai dit " moi je suis pas fumeur, oublie ça. Je veux pas rentrer là-bas ". C'est la tâche des entretiens, ils ont mis ça sur notre tête. il y a des personnes qui le font, moi j'ai dit non oublie ça. Moi je veux pas le faire. J'ai envie de toute façon qu'ils me confrontent, là ils vont savoir. Avec le coût de la vie là de toute façon c'est notre paye. S'ils augmentent nos salaires, la qualité du travail va augmenter, je pense.

De l'ensemble des entretiens, il ressort que l'amélioration des conditions salariales se trouve au centre des revendications pour de meilleures conditions d'emplois. Celle-ci s'arrime à une critique de l'intensification de la charge de travail découlant d'une indéfinition du travail des préposées qui semble rendre possible une délégation des tâches qui ne leur appartiennent pas.

Enfin, elles ont été nombreuses à imputé le manque d'effectif très problématique dans les RI à la faiblesse du salaire :

(Edith, Maison St-Aimé) :

> Ils ont coupé les salaires, on est déjà à 3 ou 4 ans sans augmentation. Les coûts de la vie augmentent, et c'est ça que j'aimerais dire OK, si on veut des personnes pour être préposés, franchement, on doit avoir de meilleurs avantages, dont le salaire, pour stimuler la personne.

(Mélissa, Maison St-Aimé) :

> Il manque de personnel c'est parce que le salaire est pas là non plus. Tu sais, si le salaire serait plus élevé, t'aurais plus de préposés. Moi je le dis, je le dis même à mes collègues, si nous, qui sont des personnes permanentes ici, on s'en va toutes ailleurs, ici ça marcherait plus. Les nouveaux qui viennent ici, ben il repart tout de suite. (...) Ils ont bien beau qui manque du monde en CHSLD et à l'hôpital, mais ici en ressource intermédiaire, ils ont besoin aussi de nous, donc qu'il monte le salaire pour que nous on reste ici.

2.3.2 Le manque de préposées

De notre enquête, il ressort que le manque de préposées dans les RI a des conséquences directes sur les autres conditions de travail. Tout d'abord, lorsqu'il manque de personnel, il est fréquent que les préposées prolongent leur journée de travail ou fassent des doubles quarts de travail : « Des fois on fait des doubles. Ah c'est l'enfer dans ce temps-là. On fait des doubles, on travaille 12 heures. C'est beaucoup. » (Marjolaine, Maison, St-Aimé). De plus, s'il est impossible de remplacer la personne manquante, la charge de travail se trouve redistribuée entre les préposées.

(Marjolaine, Maison, St-Aimé) :

> Quand il manque quelqu'un, il faut que tu prennes (des tâches) de certains, et après je rentre à 13h et il faut que je reprenne les tâches... c'est arrivé pour moi un jour, et honnêtement j'avais des larmes dans mes yeux. Autant que c'était trop, je donnais la médication à 16h, je donne la collation, je vais mettre les tables, je faisais trois tâches en même, c'était trop. Il manque de personnel. Là j'ai dit, assez c'est assez, j'étais comme ça.

Une préposée nous a également raconté que c'est l'épuisement qu'elle vit dans son travail et les difficultés du métier qui l'amène à manquer des journées de travail :

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Donc, arriver à la maison qu'est-ce que tu peux faire, rien. Donc quand tu tombes en maladie, écoute, si on dit qu'en RI on devrait tomber en maladie, je pense qu'il y aurait personne qui travaillerait. Il y aurait personne, personne qui travaille. Donc c'est vraiment difficile, ça arrive vraiment souvent qu'on est tout seule sur le plancher, il y a personne, les gens ne rentrent pas, et je les comprends. Regarde-moi j'ai 3 enfants, lundi je regardais par la fenêtre, je suis réveillée à 5h30 am, je regarde par la fenêtre et je me dis " non c'est pas vrai que je vais rentrer ". J'ai appelé et j'ai dit que je ne rentre pas. Tu penses que j'ai les moyens pour rester chez moi. Mais c'est parce que c'est pas la vie ça...(silence) je suis désolée (elle pleure). C'est quelque chose, c'est quelque chose.

La pénurie de main-d'œuvre fonctionne ainsi comme un cercle vicieux qui touche sévèrement le réseau des RI. Elle participe à expliquer l'épuisement professionnel et l'absentéisme. On comprend alors que les nouvelles préposées quittent, lorsqu'elles le peuvent, leur emploi peu de temps après leur embauche. L'insuffisance des ressources et le taux de roulement assez important dans les RI paraissent étroitement liés. Ce roulement implique à son tour un surcroît de travail à l'arrivée des nouvelles qu'il faut accueillir et former.

Plusieurs répondantes ont insisté sur ces tâches supplémentaires liées à la formation des nouvelles préposées. Elles soulignent l'effet déstabilisant que ces formations ont sur l'organisation du travail et des tâches. Leur présence dans leur milieu du travail et leur formation sont en effet associées à un ralentissement du travail : « Quand il y a des nouveaux, c'est plus au ralenti dans le fond » (Mélissa, Maison St-Aimé). De plus, en raison de l'intensité de leur charge de travail, les préposées expliquent qu'elles n'ont tout simplement pas le temps de les former : « C'est un cercle vicieux. Moi je ralentis dans mon travail et elles, bien, elles ne sont pas plus avancées… » (Audrey, Maison Pauline-Julien). De plus, il est très fréquent que les nouvelles préposées n'ayant pas suivi la formation de la Loi 90 ne soient pas en mesure d'administrer la médication.

Cela engendre parfois une réorganisation majeure de l'organisation des tâches et donc un surplus de travail important pour les plus anciennes.

2.3.3 Conditions d'emploi particulières pour les nouvelles préposées

Si les préposées « régulières » critiquent les effets de ralentissement des nouvelles arrivées sur l'organisation du travail, la plupart tiennent cependant à décrire les difficultés particulières auxquelles elles ont été confrontées à leur arrivée. En plus de devoir gérer des horaires de travail très variables (de jour, de soir, de nuit), leurs horaires de travail et hors travail sont très instables parce qu'elles sont « sur appel » :

(Audrey, Maison Pauline-Julien) :

> Moi ce qui m'énerve un peu, c'est le fait que je sois sur appel, maintenant je le suis moins parce que je fais des 40 heures et je le sais d'avance. Mais avant je pouvais pas dire bon mon mercredi je l'ai *off*, je peux faire quelque chose, parce que je suis sur appel et je sais pas quand ils vont m'appeler.

Ensuite, les nouvelles préposées, étant donné que la majorité d'entre elles est « sur appel » et effectue des remplacements, doivent constamment changer leurs lieux de travail. Le changement fréquent des ressources où elles sont appelées à travailler rend leur travail plus difficile de différentes manières. Tout d'abord, les règles de fonctionnement des ressources et de l'organisation du travail varient selon les ressources. Les nouvelles doivent donc constamment s'adapter à différents modes de fonctionnement, que ce soit au niveau des équipes de travail ou de l'organisation des tâches et des outils de travail. Plus significatif encore, c'est le déficit de connaissances des résident.es qui pose problème pour les nouvelles préposées. En effet, connaître les résident.es, leurs conditions médicales (partielles[24]), leurs préférences et besoins plus

[24] Les préposé.es n'ont qu'une connaissance partielle des diagnostics médicaux des résident.es. Puisque ce sont des informations sur leur vie privée, seul.e les infirmiers et les médecins ont accès à ces informations.

spécifiques, leurs manières d'exprimer leurs besoins et leurs habitudes est très important dans la réalisation du travail des préposées. Pour développer ce savoir, il est nécessaire de créer un lien dans la durée avec les résident.es. L'instabilité des lieux de travail est donc très problématique du point de vue des préposées et de la manière dont elles envisagent leur travail :

(Edith, Maison St-Aimé) :

> Non surtout quand tu arrives à une ressource et que tu ne connais pas les résidents, tu ne connais tes collègues de travail et tu dis " Oh my god ". Et si il y a une personne, parce que les personnes de déficience intellectuelle sont des personnes bien encadrées ça veut dire que si on voit une nouvelle personne on peut avoir une crise, on peut se désorganiser. C'est pas ta faute ni la faute, mais ce sont des personnes qui de petites choses, supposons la cuillère elle l'a mise de ce côté et elle l'a trouvée de l'autre, et tu ne savais pas que lui, il y a des cas comme ça. Il y avait un monsieur que tu ne peux pas toucher son assiette et quand tu servais, la nourriture, tu ne dois pas toucher son assiette. Tu ne peux pas t'approcher, tu ne peux pas rentrer dans sa chambre, si l'autorisation de lui. Tu as envie de lui dire " vient, vient voir ". Tout ça te donne un stress comme intervenant. Et si un collègue de travail veut t'expliquer comment ça fonctionne cette maison-là, comment ça fonctionne les tâches c'est correct, mais si il y une de tes collègues qui ne veut pas...

2.3.4 Le manque de personnel « professionnel » le soir et la fin de semaine

Les préposées qui travaillent le soir et durant la fin de semaine nous ont dit vivre des difficultés supplémentaires en raison de l'absence des autres professionnel.les (par exemple les infimier.res, le personnel d'entretien, les adjoints administratifs, et les médecins) normalement présent.es pour les quarts de jour en semaine. Elles ont été nombreuses à dire que le soir et la fin de semaine, elles souffrent de l'absence de collègues, de soutien et d'équipe de travail. L'isolement et l'individualisation du travail sont surtout mal vécus lorsque des évènements imprévisibles plus ou moins urgents surviennent, tels que des chutes, des hospitalisations, des bagarres entre résident.es, des

décès, l'arrivée de nouveaux résidents ou des nouveaux employé.es à former[25]. Par exemple, les bagarres entre résident.es, qui sont des situations très courantes dans ces milieux de travail, sont généralement prises en charge par les préposées qui reçoivent souvent l'aide de leur supérieur.es. Le soir, la nuit et la fin de semaine, les préposées sont seules pour gérer ces bagarres qui peuvent facilement aboutir à de l'agressivité physique et psychologique envers elles.

(Audrey, Maison Paulin-Julien) :

> Effectivement on a pas vraiment de support le soir, si par exemple il arrive quelque chose. Par exemple dans la journée t'as tout. Le boss est là, il y a des fois des moments, les adjoints sont là, t'as du personnel ici. Mais le soir normalement, si quelque chose arrive tu dois être organisé. Si t'as pas une bonne équipe de toute façon, parce que tu dois travailler en équipe, là t'es foutu. Ça dépend des journées.

2.3.5 Les pauses

Toutes les préposées que nous avons interrogées nous ont dit n'avoir aucune pause fixe et définie prévue dans leur journée de travail. Bien qu'elles aient le droit à des pauses, selon leurs employeurs, elles ont l'autonomie et la liberté de choisir les moments auxquels elles veulent aller en pause. Toutefois, comme le montrent les prochains extraits, il est assez fréquent qu'elles n'aient tout simplement pas le temps d'arrêter leur travail pour prendre une pause :

---

[25] Par exemple, lorsqu'un dégât de selles a lieu dans la chambre d'un.e résident.e et que le plancher est sali, normalement (c'est-à-dire le jour) c'est au personnel d'entretien de faire le nettoyage et de s'occuper de la désinfection du dégât sur le plancher et les murs. La tâche de nettoyage du dégât est donc normalement partagée et divisée entre deux catégories de travailleuses, la préposée et le personnel d'entretien. Cependant, le soir et la fin de semaine cette tâche est entièrement sous la responsabilité des préposées.

(Edith, Maison St-Aimé) :

> Au final, nous on mange ici, mais on va dire qu'on est dans le service quand même, parce que s'il y a quelque chose, on doit laisser notre manger pour aller vérifier. Ça veut dire que c'est pas tous les jours que tu vas avoir des choses graves ou grandes, mais quand même nous est là pour ça. C'est pour ça que c'est pas comme un CHSLD que je sais que les personnes (préposés) vont manger à l'extérieur, on prend une demi-heure pour manger pour faire un téléphone. (...). Pas parce que c'est interdit, mais tes tâches, ton travail, on doit finir ton travail. Quand tu es satisfait et que tu as fini ton travail, tu vas dire OK. (...) C'est ça. Après on prend notre, on va dire pause dîner pour nous, ici à la [Maison St-Aimé], on dîne ici dedans, nous on ne prend pas une pause pour dîner à l'extérieur. Pourquoi? Parce que c'est un travail que si on a besoin d'une urgence, tu es sur place, si il y quelque chose de grave ou une madame qui ne se sent pas bien on doit appeler le 911, pour une ambulance, ou s'il y a une chute, on doit être prête pour y aller. Tu comprends.

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Tu es en train de manger à la table, pendant que tu manges, par exemple, il y a un dégât, tu vas laisser ton assiette. Ça arrive plein de fois, je sais pas combien des milliers de fois ça arrive. Tu t'assois, et madame arrive, elle a enlevé sa couche, pendant que tu manges, tu n'as pas de pause c'est ça ta job, donc tu lâches tout parce qu'on prétend qu'on ne retire pas ta pause, on te paye, le 8h de temps. On te paye 8h alors toi tu dois travailler pour 8h de temps.

Et lorsqu'elles réussissent à trouver du temps pour prendre une pause, elles soutiennent qu'elles sont toujours « dans le travail » ou « dans le service ». Autrement dit, elles doivent être disponibles et alertes, attentives aux résident.es et à leurs besoins. Cela implique également qu'elles ne peuvent pas sortir des établissements pendant leurs « pauses ».

Alors que certaines se disent satisfaites de ce mode de fonctionnement qui leur permet d'avoir une certaine autonomie dans l'organisation générale de la journée de travail, d'autres aimeraient au contraire avoir des pauses définies, fixées:

(Mélissa, Maison St-Aimé)

> En CHSLD, c'est ça tu as des pauses, t'sais tu peux aller à l'extérieur pour aller te chercher de quoi à manger, tu peux te reposer dans le parc...tu peux te promener un petit peu, l'été tu peux marcher, prendre un peu d'air à 15h de l'après, te reposer un peu, aller un Tim Horton te prendre un petit cappucino. Mais là je peux pas. Je peux pas sortir, je suis comme prisonnière. Je suis comme prisonnière ici jusqu'à la fin de mon shift. Je peux pas sortir, à part les fumeurs qui vont juste fumer leur cigarette et rentrer vite vite. C'est vraiment dur. (…) Oui j'aimerais ça au moins tu sais de partir de l'étage pis tu sais me reposer un peu, oui il y a du mouvement, mais t'sais au moins je pourrais descendre et un de mes collègues prenne la place et moi me reposer un petit peu et revenir sur l'étage. Et sur l'heure du dîner, avoir le temps de manger, avoir un petit peu l'esprit tranquille et retourner sur l'étage après avoir fini de manger.

2.3.6 Violences et agressions physiques et psychologiques

Toutes les préposées nous ont raconté avoir été victimes d'agressions physiques ou psychologiques de la part des résident.es. Si les insultes et les agressions psychologiques sont les violences qui ont été les plus évoquées par les préposées, les agressions physiques sont également des réalités qu'elles ont pour la plupart vécues (claques, coups de poing, coups de canne, égratignures, etc.) :

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Le monde qui te dise toutes sortes de choses, des insultes, des fois tu viens pour laver la madame et elle te " Vas te laver toi-même", " va chier ", " gang de fous " et tu vois cette madame-là, elle est en nécessité, elle doit se laver cette journée, mais tu n'as pas le choix de boire les insultes et puis de rentrer dans le travail. Elle te donne des insultes elle te dit " grosse vache "," va chier " tu vas le faire parce que tu as une conscience. Elle n'est pas capable d'aller manger avec les autres elle sent pas bonne, elle doit se laver. Qu'est-ce que tu dois faire? Tu peux pas dire que tu ne veux rien savoir d'elle. Tu es là pour l'aider. Tu es là pour l'aider. Des fois tu vas même, si tu fais pas attention, tu vas manger une claque...facilement. Donc la maladie de cette madame-là, après je lui dit " vous m'avez frappé " et elle me dit " ben non je vous ai pas frappée, c'est mes mains qui vont ont frappée ". C'est comme les enfants là. Qu'est-ce que tu peux faire, tu vis tout ça, au jour le jour.

Comme nous l'avons vu (Chapitre 1. Échantillon) la majorité des préposées

rencontrées sont des femmes racisées et/ou migrantes et toutes ont subi des violences racistes de la part des résident.es :

(Edith, Maison St-Aimé) :

> Mais surtout de la part des résidents, les commentaires racistes peuvent arriver : " Qu'est-ce que tu fais ici", " va-t'en dans ton pays". Mais si c'est une personne malade tu le prends... moi qu'est-ce que je dis quand on dit ça, "ferme ta bouche, reviens après et laisse la personne". Mais si tu embarques... elle va monter la crise, elle va monter la crise, l'irrespect va monter aussi. (…) On parle de la maltraitance envers les résidents, mais on ne parle pas de la maltraitance aux travailleurs.

À plusieurs reprises, les préposées ont évoqué le stress généré par les violences (physiques ou psychologiques) qui surviennent la grande majorité du temps de manière imprévisible :

(Marjolaine, Maison St-Aimé) :

> C'est ça. Tu marches et si tu ne regardes pas en arrière de toi, peut-être tu auras une claque. Combien de fois mes collègues m'ont dit " fais attention " combien de fois j'ai dit à mes collègues « fais attention il s'en vient vers toi ». Il faut être les yeux pour tout le monde. Parce qu'on est 3 seulement.

(Mélissa, Maison St-Aimé) :

> Puis il y a aussi ce qui n'est pas facile, c'est les résidents qui refusent de faire la toilette partielle et deviennent agressifs, il faut reculer de beaucoup de pas, parce que des fois, j'ai manqué d'avoir une canne au front, c'est vraiment difficile, c'est *top shape*. Ce n'est pas un cadeau, mais c'est correct

Le manque de connaissance des résident.es, de leurs habitudes et de leurs conditions médicales qui augmente les risques d'agression au travail affecte davantage les nouvelles préposées. Notons également que les diagnostics des résidents ne sont pas

communiqués aux PAB en raison leur droit à la vie privée. Une autre des conséquences de ces agressions qui est ressortie de leur discours sont bien évidemment les blessures physiques et psychologiques :

(Johanne, Maison Pauline-Julien) :

> Moi j'ai été poussé par un résident dernièrement parce qu'il a tapé sur l'autre, il faut que tu te mettes entre les deux. Je mets ma vie en danger par rapport à ça. Mais faut que tu enlèves la personne, tu sais jamais quand est-ce qu'ils sont agressifs parce que là maintenant ils mélangent Alzheimer et santé mentale ensemble. Ils ne sont pas diagnostiqués, mais ils les mélangent. On peut pas gérer tout... c'est de même que ça fonctionne.

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> On a un peu de tout. Santé mentale, des sautes d'humeur qui peuvent exploser. On a un peu de tout. Il y a du monde, j'ai deux messieurs ici, tu peux pas te tourner le dos, parce que tu sais pas quand ils vont te frapper. Moi j'ai une madame qui m'a pris, elle voulait fuguer et j'ai passé en avant pour barrer la porte, elle m'a pris, elle m'a lancé. Je pouvais me défendre, mais je regarde la pauvre madame, si je la pousse, je vois c'est fini (rires). Donc j'étais obligé de prendre le choc. J'ai passé comme 6 mois en physio et ergo (couvert par la CSST). Mais c'est pas fini, ça reste là. Et ils te donnent la pression pour rentrer, ils t'appellent, peux-tu rentrer en travaux légers, qui prétend travaux légers, mais il n'y a pas de travaux légers ici là.

(Gavin, Maison Pauline-Julien) :

> OK, le fait que...(rires) OK t'en as des personnes vraiment agressives, comme moi, un homme, normalement et je ne suis pas petit non plus...écoute ça arrive les personnes agressives, mais agressives à deux niveaux. Sentimentale t'en as plus agressivité et même aussi verbale là on a. Il y a une personne vraiment. Tu dois avoir des barrières. Tu me respectes, je te respecte. Tu mets des barrières parce que si tu laisses les personnes faire, ils vont continuer à abuser. Par exemple, si tu as des personnes qui font de la démence, la démence il y a plusieurs types de démences, OK il y a des démences qui sont agressives, eux ils te frappent, il faut que tu sois vigilant. On a des cas comme, mais pas vraiment agressifs à ce point que moi j'ai connus. On a, mais tu dois être en garde.

> Si tu connais la personne par exemple si les nouveaux ou nouvelles ne connaissent pas la personne là c'est difficile. Moi nous les anciens, on connait le résident, c'est nous qui intervenons.

On voit bien à la lumière de ces extraits combien la connaissance par expérience des problématiques de santé physique et psychologique des résident.es est requise pour gérer l'agressivité, éviter de se blesser et pouvoir faire son travail : aider mais aussi soigner. Dans une étude portant sur les risques de maltraitance en unités de soins de longues durées, Ancessi (2010) observe que les réactions des PAB peuvent prendre plusieurs formes et s'orienter vers les personnes âgées ou envers eux-mêmes, soit en acceptant les gestes agressifs commis à leur endroit qui peuvent engendrer des lésions professionnelles, de l'absentéisme, de l'épuisement professionnel, etc.

Pour certaines, la maltraitance fait partie des réalités les plus difficiles à surmonter du métier de préposée aux bénéficiaires. De plus, comme on peut le lire dans les extraits ci-haut, la diversité des cas et des maladies auxquels doivent faire face les préposées contribue à exacerber la violence entre résident.es et auprès du personnel des ressources intermédiaires. Si la violence est vécue par les préposées en RI, cette réalité du métier n'est pas propre à ces contextes de travail. En effet, ce sont des réalités qui ont été abordées par le préposé en CHSLD que nous avons interrogé :

(Marley, CHSLD à Montréal)

> Oui, j'ai été victime de discrimination dirais-je raciale. Des insultes directes, " fuck you nigger ", " sale nègre ", " sale noir " et tout ça. Je veux pas que tu me touches. (…) Oui, de la part des personnes âgées, parfois des personnes moyennement âgées, mais qui sont mentalement malades. Choses que moi je considère être normal. Et même si leur personnalité les prédispose à cela je considère quand même que s'ils sont dans cette place et bien ils sont malades.

> En tant qu'humain, c'est sûr qu'à première écoute ça me *boost* un peu le cœur. Parce que dans ma vie quotidienne je suis pas obligé d'y entrer,

> j'écoute souvent ça ou mes proches, ou mes amis. Donc, j'ai décidé de travailler dans un milieu que je considère être un milieu de personnes âgées que j'associe un peu à mes vieux parents, parce que je les ai pas vus parce que j'ai pas pu les aider, et l'amour, l'éducation que j'ai eus m'ont permis de dire je vais m'occuper d'eux parce que ce sont des personnes qui en ont besoin sans discrimination de couleur et surtout à ce niveau il n'a pas besoin de couleur et qu'on me dise ça, ma première réaction c'est un choc. Un choc, d'abord au niveau racial quoi. Par rapport à d'autres situations tu vois de mon histoire et tout, mais en même temps j'ai la capacité de réflexion rapide et de relativiser et puis de diluer rapidement la douleur ou bien tu vois tout ça.

2.3.7 Après une journée de travail : fatigue et épuisement

« Épuisée », « craquée », « écrasée », « brûlée ben raide », « fatiguée », tels sont les termes mobilisés par les préposées pour décrire leur état après une journée de travail. La fatigue physique et psychique revient de manière récurrente dans nos entretiens :

(Mélissa, Maison St-Aimé)

> Des fois j'arrive chez moi et j'en braille, je pleure chez nous des fois là je trouve que ma journée est vraiment fatigante.

(Gavin, Maison Pauline-Julien)

> Comme moi homme, oui c'est vrai j'aime mon travail, je travaille très bien, j'ai une bonne entente avec mes collègues, mais il y a vraiment des fois là OK. Je suis brûlé, je suis fatigué, je suis vraiment vraiment fatigué. Quand je te dis fatigué, c'est fatigué. Et puis quand tu rentres à la maison écoute tu manges, etc. pour aller te reposer là, tu peux pas dormir. T'es tellement fatigué OK ben c'est ça.

De plus, la plupart nous ont dit avoir des enfants et témoignent de leur épuisement à compléter leur « deuxième journée de travail ». Par exemple, une préposée ayant 3 enfants nous a raconté :

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Q: Et comment vous vous sentez après une journée de travail ?
>
> R: Bin t'es écrasée, t'es épuisée, tout l'énervement tu vas le passer sur les enfants des fois. Tu t'as pas un self contrôle la qu'est-ce que tu vas faire. Une chance que dieu m'a donné le contrôle, pas toujours, mais, tu vas respirer, tu vas dire OK c'est moi qui se fâche pour rien. Si tu prends le pas comme ça, tu vas virer folle, parce que la job n'est pas fini, tu dois recommencer à la maison encore, fait à manger, fait tout, fait tout, tout.

Ces derniers extraits montrent bien les effets et les risques de ces conditions de travail très difficiles sur la santé physique et psychique des préposées. Une fois arrivée à la maison, elles sont nombreuses à se sentir épuisées et certaines racontent même vivre des souffrances psychologiques dues à cet épuisement.

Conclusion

Les préposées en CHSLD publics et en RI vivent des réalités similaires quant à leurs conditions d'emplois : une faible progression salariale, des horaires de travail instables, à temps partiel et sur appel, des risques de blessures élevés, les situations de violence et d'agression fréquentes, l'intensification de charge de travail, un taux de roulement de personnel élevé, etc. Toutefois, comme l'a montré Aubry (2017b) tous ces éléments sont exacerbés en RI si bien que les conditions salariales plus favorables des préposées en CHSLD sont l'étalon à partir duquel les PAB en RI évaluent leurs conditions de travail. Les conditions de travail des infirmier.ères auxiliaires, intervenant.es, etc., qui travaillent aussi en RI remplissent la même fonction.

C'est donc en comparaison à d'autres conditions d'emplois, charge de travail et niveaux de rémunération que les préposées se perçoivent, apprécient les exigences de leur travail et mesurent le sort qui leur est réservé en exprimant qu'elles sont sous-payées.

D'autres éléments se dégagent des entretiens que nous avons réalisés. Les préposées rencontrées ne se contentent pas de dénoncer la faiblesse et l'injustice du salaire : elles pointent le manque de personnel et décrivent ses effets : surcharge de travail, impossibilité de former correctement les nouvelles recrues, manque de temps pour se familiariser avec les résidents et nouer les liens nécessaires pour bien faire son métier lorsqu'on est nouvelle et sur appel, impossibilité de prendre réellement des pauses. Au regard de nos entretiens, il nous semble que la question des agressions physiques, des violences verbales et psychologiques de la part des résident.es est par ailleurs sous documentée dans la littérature existante tant elle semble faire partie des conditions de travail. Le racisme constitue un autre élément qui mériterait d'être davantage étudié. Toutes les préposées racisées rencontrées en entrenvue ont été confrontées à des pratiques ouvertement racistes de la part des résident.es qu'elles doivent et veulent « aider ». Enfin, elles ont insisté sur l'importance de connaître les résident.es, leurs maladies, personnalités, préférences et besoins, pour faire leur travail.

CHAPITRE III
L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL : À QUOI RÉFÈRE LE « TOUT »?

Introduction

Le premier chapitre se proposait d'éclairer les conditions de travail des préposées en RI. Dans ce deuxième chapitre, nous souhaitons rendre compte de l'activité de travail de préposées en répondant aux questions suivantes : En quoi consiste ce travail? Quelles sont les tâches qui le composent au quotidien? C'est donc l'activité de travail concrète et ce qu'elle exige, soit la manière dont les PAB effectuent ce travail qui fera l'objet de ce chapitre. L'objectif est de mettre en évidence certaines modalités d'organisation de leur travail qui participent de leur exploitation en tant que travailleuses du *care*. Pour ce faire, nous allons mettre en perspective cette analyse à la lumière des théorisations sur le travail de « *care* » en termes de divisions sociales du travail. Nous verrons que bien que ce travail de femmes soit réalisé dans le cadre d'un rapport salarial, des continuités persistent avec les modalités de la division sexuelle du travail domestique non rémunéré.

À travers notre analyse, plusieurs éléments seront mis en parallèle avec le travail des PAB travaillant dans les CHSLD publics. Ce point de repère est utile sur le plan analytique puisqu'il nous permet de dégager les spécificités du travail tel qu'il est organisé dans les RI. Plus encore, il semble participer à marquer le rapport au travail des préposées interrogées dans la mesure où cette mise en parallèle est récurrente dans leur discours. La plupart des répondantes ont déjà eu une expérience de travail, plus ou moins longue selon les cas, en CHSLD.

2.1 Deux distinctions conceptuelles

2.1.1 Le travail prescrit et le réel du travail

Afin de répertorier les tâches qui composent le travail décrit par les PAB interrogées, nous faisons appel à deux distinctions principales. Dans un premier temps, afin de distinguer les tâches qui relèvent de l'organisation du travail telle qu'elle est prescrite de celles qui sont nécessaires, mais qui ne font pas l'objet de prescriptions formelles, nous avons choisi de mobiliser les concepts de « travail prescrit » et de « réel du travail » théorisés par Christophe Dejours dans son livre *Travail : usure mentale* (2008 [1980]).

Rappelons que le concept de « travail prescrit » désigne les prescriptions, consignes, procédures et modes opératoires prescrits par l'organisation formelle du travail (les cadres, gestionnaires, etc.). Il concerne donc « les objectifs à atteindre et le chemin à parcourir pour atteindre ces objectifs que l'on désigne sous le nom de " mode opératoire prescrit " ou " tâches " » (Dejours, 2017 : 12). À partir des entretiens que nous avons réalisés, il a été possible d'analyser ce travail prescrit et d'en dégager les tâches que les préposées « doivent » accomplir dans une journée de travail ainsi que les manières de les effectuer.

Le concept de « réel du travail » renvoie quant à lui à l'activité de travail concrètement réalisée par les travailleuses. Dans ses travaux, Dejours remarque qu'il est impossible pour les travailleuses d'exécuter strictement les prescriptions du travail. Il explique que :

> Jamais les travailleurs n'exécutent strictement les prescriptions. Ils les réaménagent et travaillent concrètement en utilisant des modes opératoires remaniés qu'on désigne sous le nom « d'activité », différente donc de la tâche. Pourquoi ? Parce que s'ils exécutaient strictement les ordres, le procès de travail serait constamment arrêté, en raison d'imprévus, d'incidents, de dysfonctionnements, de pannes, de « bugs », etc. qui grèvent inévitablement le bel

> ordonnancement des prédictions et des prévisions. Toutes ces anomalies constituent ce qu'on désigne sous le nom de « réel » du travail, c'est-à-dire ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance à la maîtrise technique du procès de travail (Dejours, 2013 : 12).

Cette distinction conceptuelle nous permettra de mettre en évidence les tâches et pratiques du travail qui ne sont pas officialisées dans un cadre institutionnel, mais qui sont toutefois nécessaires au bon déroulement d'une journée de travail. Nous verrons au cours de ce chapitre que la distinction entre les tâches qui découlent de prescriptions et de contraintes institutionnelles formelles et celles non prescrites et informelles permet de jeter la lumière sur un enjeu important déjà bien documenté dans la littérature. En effet, le caractère non prescrit des tâches rend la reconnaissance de ce travail et des compétences nécessaires pour les réaliser souvent difficile et tend à leur invisibilisation.

2.1.2 Le travail prescrit et réel pouvant être prévisible et imprévisible

La deuxième distinction mobilisée renvoie à des catégories d'analyse que nous avons créées à partir de notre matériau et qui distinguent les tâches à caractère prévisible et imprévisible. Cette distinction permet de saisir deux types de tâches réalisées par les préposées. D'un côté, les tâches à caractère prévisible sont organisées selon un horaire fixe, rythmées par les périodes de repas et leur succession est prévue par l'organisation quotidienne et formelle des tâches.

De l'autre côté, d'autres tâches viennent s'ajouter à cette « liste » de tâches prescrites et s'en distinguent par leur caractère imprévisible. Bien qu'elles puissent être prescrites par l'institution, elles ont pour particularité de survenir de manière inattendue et de s'imposer aux travailleuses à tout moment de la journée. Ces tâches renvoient donc à ce que Cresson et Gadrey (2004) nomment la « gestion des évènements imprévus ». Nous verrons que ces tâches impliquent en retour une présence nécessaire et permanente (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985) des préposées pour les personnes âgées

qui, elle, rend compte d'un rapport au temps de travail particulier caractérisé par « une structure temporelle dépendant des personnes pour qui [ce travail] est effectué » (*Ibid.*).

Nous verrons que, dans le discours des préposées, ces tâches imprévisibles engendrent une déstabilisation de l'organisation des tâches et provoquent ainsi une surcharge de travail. Comme l'ont montré les travaux de Chabaud-Rychter et *al.* (*Ibid.*), cette structure temporelle dépendante génère une superposition et un cumul des tâches à effectuer qui se renforcent par la présence des personnes pour qui le travail est réalisé, d'une part, et la gestion des situations d'urgence (imprévisibles) qui peuvent survenir à tout moment, d'autre part. Les tâches imprévisibles ont donc des impacts importants sur l'organisation du travail : comme les préposées le disent, ces tâches créent des « débalancements », « décalages », « retards », « débarquements » et « surcharges » dans les rythmes du travail dits « prévisibles ».

Malgré qu'elle soit très présente dans la littérature actuelle sur le travail de *care*, nous avons choisi de ne pas mobiliser la distinction entre le travail « relationnel » et « non relationnel » ou « manuel » [26] pour catégoriser les tâches. Dans un premier temps, puisque les PAB composent plus de 90% de la main d'œuvre, peu de catégories professionnelles se « partagent » l'ensemble des tâches à accomplir dans les ressources intermédiaires. Autrement dit, ce sont les préposées qui réalisent en très grande partie l'ensemble des tâches (relationnelles ou non) qui le constitue. C'est d'ailleurs ce que les préposées interrogées semblent vouloir nous représenter lorsqu'elles disent : « En RI, on fait tout, on touche à tout ». De ce fait, il ne semble pas y avoir, sur notre terrain, une division socioprofessionnelle hiérarchique structurante organisée autour de cette

[26] Pour définir ces concepts, nous reprenons la définition de Mignon Duffy (2011) qui définit les concepts de travail « *nurturant* » (relationnel) et « nonnurturant » (non-relationnel) comme suit : Nurturant care includes any labor that is inherently relational, that is, the core labor of nurturant care workers – nurses, child care workers, physicians, teachers, social worker – involves intimate and face-to-face relationship with the people they are caring for nonnurturant care is the labor that under girds nurturant care but may not be relational at all – the work of housekeeper, hospital laundry operatives, nursing home cafeteria workers, and health-care orderlies. These workers perform labor that is often out of sight or at least does not involve explicit relationship with those being cared for. » (Duffy, 2011 : 6).

distinction entre ce qui relève du relationnel ou non. De plus, tout comme dans les travaux de Dussuet (1997) sur le travail domestique non rémunéré des femmes, il nous est impossible, et voire même inutile, de distinguer les tâches « relationnelles » des tâches « ménagères » dans la mesure où à travers les discours des travailleuses ces deux types de tâches renvoient de façon concomitante au « prendre soin » d'autrui et se réfèrent à un cadre relationnel.

En effet, les préposées interrogées effectuent tant les tâches quotidiennes relationnelles, c'est-à-dire celles impliquant un face-à-face et une interaction directe avec les personnes âgées, que le travail ménager, le « sale boulot », supposément non relationnel (par exemple, le lavage de vêtement, changement des poubelles, lavage de vaisselle, etc.). Plus encore, dans leurs discours les préposées mettent en évidence que l'ensemble de leurs tâches, sans distinction, est de manière inhérente, liée aux demandes et besoins des bénéficiaires. En ce sens, elles sont toutes « relationnelles ».

Pour donner un exemple, lorsqu'elles font le lavage des vêtements (tâche qui à priori serait considérée comme étant non relationnelle puisqu'elle n'implique pas d'interaction directe ou de face à face avec les résidents), les préposées réalisent cette tâche en fonction des besoins et des préférences de la personne pour qui il est fait :

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Moi j'ai un client là, je suis rendue à faire le lavage 3 fois par semaine, parce qu'à chaque fois qu'elle boit de l'eau, c'est son problème, mais chaque seconde elle va boire, donc il faut l'humecter, on n'est pas capable de le faire, qu'est-ce qu'elle fait? Elle te surveille pour aller chercher l'eau pis elle l'échappe sur elle. Qu'est-ce qu'elle fait? Elle arrive dans sa chambre, elle change de vêtements. (…) Alors que les vêtements ne sont pas sales, elle n'est pas incontinente, c'est juste l'eau qui est tombée, mais elle n'a pas conscience que c'est l'eau et dire je vais le laisser sécher parce que ce n'est pas beaucoup d'eau. Elle va se changer. Donc elle met le linge dans le panier, et quand c'est dans le panier, mélanger avec le linge sale, je suis pas capable de le sortir, il faut le laver. Je suis rendue à 3 - 4 lavages par semaines pour cette madame-là.

On voit bien dans cet extrait que la tâche qui consiste à laver le linge ne peut s'extraire de la relation entre la préposée et le ou la bénéficiaire dans laquelle elle s'inscrit et qui la précède. Enfin, cette distinction nous semble être problématique puisqu'elle part du postulat selon lequel les tâches telles que le lavage de vêtement ou le changement de poubelles ne s'inscrivent pas dans un cadre « relationnel » et en seraient exclues. Or, notre terrain nous démontre le contraire.

2.2 « On touche à tout, on fait tout » : en quoi consiste ce « tout »?

Dans la section qui suit, nous allons, à partir de ces catégories d'analyse et des entretiens, présenter les tâches quotidiennement réalisées par les préposées interrogées. Certaines sous-sections sont précédées d'un encadré dans lequel nous citons un entretien que nous avons trouvé significatif pour la description des tâches faisant l'objet d'une présentation.

2.2.1 Les tâches prescrites et prévisibles

Pour commencer, nous abordons les tâches qui ont été discutées par les préposées en réponse à la question : « Pouvez-vous me décrire une journée typique de travail ? ». Il s'agit du travail prescrit et prévisible devant être accompli dans une journée de travail. La prévisibilité de la fréquence et du niveau de difficulté des tâches varie en fonction de plusieurs facteurs, par exemple l'état physique et psychologique des résident.es, le manque de personnel, l'ampleur des tâches imprévisibles à réaliser, etc.

a. La communication

(Edith, Maison St-Aimé) :

Mon quart de travail va terminer maintenant. Avant il y a avait un cahier de communication et on communiquait à l'autre shift de travail de soir qu'est-ce qui est arrivé pendant le matin, par exemple s'il y a eu une chute, si quelqu'un est sorti, si quelqu'un de la famille est venu pour une personne, si quelqu'un a un rendez-vous médical. C'est pour communiquer. Maintenant, on a changé le cahier de communication pour un programme [à l'ordinateur] qui s'appelle Fabrillia. Et c'est comme un ordinateur, on essaie d'envoyer tous les messages, autant à notre boss, autant à l'infirmière quand on se communique pour une chute, un malaise, quelque chose que tu as trouvé chez un résident, s'il avait un bobo, un bleu ou si tu as vu qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans ses parties génitales, rougeurs, plaies, tout ça tu vas communiquer une note à l'infirmière et tu vas laisser la note, c'est qui le résident, à quelle heure tu as vu ça. Pour avoir un suivi médical. Ça c'est une chose et l'autre chose, nous on avait un cahier de...chaque jour de la toilette qu'on fait, des douches, on doit initialiser tout ça, pour que les adjoints ou mon boss regardent comment on fait notre travail. Ça, c'est à jour. Les douches la même chose, tu signes, qu'est-ce que tu as fait pour les personnes.

Pour débuter et clore leur journée de travail, les préposées doivent se référer au cahier de communication informatisé pour vérifier ou communiquer les messages au sujet des résident.es. Par exemple, il pourrait être indiqué qu'une résidente a un rendez-vous médical la journée même, ou encore qu'un autre résident a été malade et a été traité de telle façon. En terminant le quart de travail, les préposées doivent à leur tour communiquer les informations qu'elles jugent pertinentes et nécessaires pour assurer le suivi des résident.es. Si le cahier de communication constitue une tâche prescrite du travail, la communication verbale (soient entre les préposées, entre les préposées et les résident.es, entre les préposées et les familles des résident.es ou entre les préposées et les autres professionnel.les de la santé, en particulier les infirmier.ères) constitue plutôt un travail plus ou moins prescrit. Elle découle des contraintes de l'organisation du travail plutôt que de prescriptions formelles. Il ressort des entrevues que la communication, surtout entre préposées, est incontournable pour le bon déroulement d'une journée de travail.

b. Les tâches d'hygiène corporelle

(Edith, Maison St-Aimé) :

Ici, mon travail commence à 7h, de 7h à 15h. Quand je commence j'essaie de venir une demi-heure avant pour manger un petit peu mon déjeuner (...) mon travail c'est faire les toilettes partiales le matin. Une toilette partiale consiste en laver le visage, nettoyer les corps et les parties génitales, habiller la personne, mettre odorat, parfum, crème, son dentier, ses lunettes, vérifier que les personnes quand ils vont manger, ils vont y aller déjà bien propres pour prendre leur déjeuner. Après ça, en même temps, je dois vérifier que les lits soient propres sinon je dois changer les draps du lit, je dois les mettre à la buanderie, on a des machines pour faire le lavage. Les serviettes qu'on utilise, les débarbouillettes, on doit les laver aussi. En même temps, on vient avec notre chariot, on se promène dans les couloirs pour visiter les personnes qui sont déjà debout ou on réveille les personnes qui restent un petit peu dans les lits pour qu'elles finissent de prendre leur déjeuner. Le déjeuner commence de 6h à 9h30, tu sais, il y a un temps pour tout, on doit se dépêcher pour attraper cet horaire de la salle à manger. Parce qu'à 10h vient une collation. Tu sais, ça veut dire que la personne âgée doit être prête. Après ça, quand je finis de faire mes toilettes, si j'avais des douches à donner, moi j'ai 4 personnes en suivi, ça veut dire que c'est moi qui fait le suivi et je dois une fois par semaine donner une douche ou un bain et je dois vérifier que la personne prend sa douche. Je le fais avec elles, pour les personnes qui ont besoin de moi, de l'aide et du support pour se mettre debout pour laver ses cheveux, tout ça.

S'en suivent les tâches d'hygiène corporelle dont les principales consistent à faire les toilettes partielles, donner les douches et les bains et effectuer « les changements de culottes ». Les toilettes partielles sont effectuées auprès de tous.tes les résident.es, le matin et le soir. Elles consistent plus concrètement à : « laver le visage, nettoyer le corps et les parties génitales, habiller la personne, mettre de l'odorat, parfum, crème, son dentier, ses lunettes, vérifier que les personnes quand elles vont manger, elles y vont déjà bien propres pour prendre leur déjeuner » (Edith, Maison St-Aimé).

Ensuite, les douches et les bains sont offerts au moins une fois par semaine aux résident.es qui ont besoin d'aide. Chaque préposée a des « résident.es de suivis » à qui elles doivent s'assurer de donner une ou des douches/bains chaque semaine. Pour ce faire, les préposées assistent les résident.es durant tout le processus en leur offrant un support physique pour l'entrée et la sortie du bain et leur aide pour le lavage du corps et des cheveux.

De plus, les préposées effectuent régulièrement des « tournées de chambres » afin de vérifier la présence physique des résident.es et pour répondre à leurs différents besoins, dont l'aide à l'hygiène corporelle. Si ces tâches sont la plupart du temps prévisibles dans l'organisation du travail, certaines tâches d'hygiène corporelle, et particulièrement les « changements de culotte », peuvent également être imprévisibles puisqu'elles peuvent survenir à tout moment de la journée.

Lorsqu'elles discutaient de ces tâches, les préposées ont été nombreuses à dire les toilettes partielles et les tâches d'hygiènes en général étaient parmi les tâches plus difficiles à réaliser :

(Patricia, Maison St-Aimé) :

> Mais pour faire les toilettes partielles, c'est une tâche qui est dure. Ça dépend parce que quand tu fais la toilette partielle tu fais une hygiène corporelle quelconque, il faut prendre le temps avec la personne pour faire sa toilette parce que si par exemple tu prends 5 minutes la toilette n'est pas faite. Faut prendre le temps, pendant que vous faites la toilette vous parler avec la personne et il y a certaines personnes qui ont besoin qu'on leur communique pour les rassurer et tout. C'est là qui est dur pour les filles qui font les toilettes.

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Q: Et c'est quoi les tâches pour toi qui sont les plus difficiles à faire?

> R: C'est les toilettes partielles le matin, les 14 personnes le matin. Parce que quand il y a une gastro, et même si il n'y a pas ça, on a toute sorte. Parce qu'on dit ici, on devrait avoir juste les gens semi-autonomes en RI, non c'est pas le cas. On a du monde qu'on se force avec.... il y a du monde complètement perdu, perdu perdu, tu es obligé de faire tout, tout, tout, tout. Il y a du monde qui ne connait même pas leur nom. Donc ça, c'est pas une ressource intermédiaire. On est rendu un CHLSD, on a des cas actuellement on en a pas, je sais pas sur l'autre étage, on a des gens qu'on est obligé de faire à deux, donc je suis obligé de traîner 1h30 minutes d'attendre l'autre collègue pour venir m'aider parce qu'on ne peut pas tourner cette madame-là.

Au contraire, une préposée nous a dit, quant à elle, apprécier tout particulièrement les tâches qui consistent à donner les douches et les bains aux résident.es :

(Mélissa, Maison St-Aimé) :

> Q: Et les tâches plus agréables à faire ?
>
> Heu ouais... il y a des choses, j'aime ça donner des douches, ouin. J'aime ça donner des douches à des résidents parce qu'une fois par semaine c'est pas un cadeau pour eux. Alors moi j'aime ça les rafraîchir un peu, ça fait du bien.

Lors de la réalisation des tâches d'hygiènes corporelles, nous avons pu constater à partir des entretiens qu'il soit fréquent que les résident.es aient des réactions agressives envers les préposées. En effet, plusieurs nous ont dit vivre des expériences de violences, physiques et psychologiques, durant l'accomplissement de ces tâches. Afin de réduire les risques potentiels d'agression, nous nous sommes aperçues qu'un travail de connaissance des résident.es, de leur personnalité, préférences et besoins ainsi qu'un travail de « gestion des émotions » étaient nécessaires :

(Patricia, Maison St-Aimé) :

> Après ça les changements de culottes, ceux que tu fais à deux [c'est plus difficile]. Tu le fais avec amour, mais ça rentre pas. C'est juste les toilettes partielles et puis les douches, tu sais des fois, vous rencontrez des résidents qui sont très agressifs, même si vous parlez doucement et que vous vous mettez dans leur peau, ça n'arrive pas. Des fois vous ne pouvez pas forcer une personne qui ne veut pas. Il faut le stimuler, la stimulation, s'il veut pas puis on le laisse. C'est ça, c'est les toilettes partielles qui sont plus difficiles. Les soins d'hygiène corporelle.

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Le monde qui te dise toute sorte de choses, des insultes, des fois tu viens pour laver la madame et elle te dit " va te laver toi-même", " va chier ", " gang de fous " et tu vois cette madame-là, elle est en nécessité, elle doit se laver cette journée-là, mais tu n'as pas le choix de boire les insultes et puis de rentrer dans le travail. Elle

> te donne des insultes elle te dit " grosse vache " " va chier " tu vas le faire parce que tu as une conscience. Elle n'est pas capable d'aller manger avec les autres elle sent pas bonne, elle doit se laver. Qu'est-ce que tu dois faire? Tu peux pas dire que tu ne veux rien savoir d'elle. Tu es là pour l'aider. Tu es là pour l'aider. Des fois tu vas même, si tu fais pas attention, tu vas manger une claque...facilement. Donc la maladie de cette madame-là, après je lui dis " vous m'avez frappée " et elle me dit " ben non je vous ai pas frappée, c'est mes mains qui vont ont frappée ". C'est comme les enfants là. Qu'est-ce que tu peux faire? Tu vis tout ça, au jour le jour.

c. Le ménage, le lavage et les changements de lit.

(Edith, Maison St-Aimé) :

Après, je regarde si elles ont des vêtements sales, je les apporte à la buanderie, je défais son lit, je mets des nouveaux draps de lit, pour que son lit soit fait et j'époussète son contour, comme son tableau, table chevet de nuit, tout ça. Après ça, environ, si j'ai fini 9h30 ou 10h, je prends les douches.

Outre les tâches d'hygiène corporelle, les préposées en RI doivent également s'occuper du ménage des chambres et du lavage des lits et des vêtements. Elles époussètent, rangent, nettoient les surfaces des meubles dans la chambre. Elles vérifient si les draps, les serviettes et débarbouillettes et les vêtements sont sales, elles les amènent à la buanderie, s'occupent de la lessive, plient les draps et les vêtements et classent ces derniers dans les tiroirs des résident.es. Elles effectuent également les changements de draps et des taies d'oreiller. Bien que ces tâches n'impliquent pas nécessairement une interaction avec les résident.es, elles n'en sont pas moins exclues d'un cadre relationnel. En effet, comme nous en avons discuté plus haut, ces tâches sont orientées en fonction des besoins et des habitudes de vie des résident.es, leurs préférences personnelles, personnalité, etc.

d. La préparation des repas

(Edith, Maison St-Aimé) :

Après, à 11h30, on commence à appeler les personnes pour aller manger le dîner. Mais avant ça, on doit vérifier que tout est préparé, les assiettes mises et les tables. Ça, c'est une autre collègue qui s'occupe de ça, ce n'est pas moi, mais quand même, quand on va donner le dîner, c'est un rôle d'équipe. Ça veut dire qu'on a 4 postes qu'on doit faire, soit donner à manger aux personnes, soit donner les cafés et les boissons ou soit faire la vaisselle, les assiettes sales qui sont sorties tout ça. C'est trois postes, mais en même temps, la personne qui va donner à manger, il y a une autre personne qui aide pour mettre les assiettes à tel monsieur ou à telle madame. (…) On doit être très préparé et de bonne heure pour quand on appelle les personnes. Les bavoirs doivent être placés sur les tables pour les personnes qui prennent des bavoirs. Et la salade, les biscuits, les pains, parce qu'on commence avec une soupe, elle doit être accompagnée avec un pain ou un biscuit. On doit arranger tout ça pour que tout soit prêt, les charriots pour les boissons on doit préparer café, l'eau pour le thé, le thé, les petits laits et crèmes et après les jus, on a toute sorte de jus, jus d'orange, jus de raisin, jus de pommes et tout doit être dans un charriot avec les tasses les verres, préparé.es. (…).

Les repas (déjeuner, dîner, souper) occupent une grande partie des tâches et participent au rythme temporel de la journée de travail. Une préposée explique : « Le déjeuner commence de 6h à 9h30, tu sais, il y a un temps pour, on doit se dépêcher pour attraper cet horaire de la salle à manger. Parce qu'à 10h vient une collation, tu sais, ça veut dire que la personne doit être prête » (Edith, Maison St-Aimé). Pour les périodes des repas du dîner et du souper, les préposées s'occupent de tout, sauf de la préparation de la nourriture en question. Elles préparent la salle à manger à l'arrivée des résidents, c'est-à-dire mettre les couverts sur les tables, placer les bavoirs sur les chaises, placer biscuits et pains pour la soupe sur les tables, etc. Elles aident ensuite les résident.es à se déplacer à la salle à manger avant de distribuer la nourriture dans les assiettes et de servir. Elles aident ceux et celles qui en ont besoin à manger soit en les stimulants ou/et en coupant la nourriture. Elles préparent et donnent également les boissons (jus, eau, café, thés, etc.).

Après les repas, elles débarrassent, lavent les tables et la vaisselle, nettoient l'espace de la cuisine, changent les poubelles et passent le balai. Tout cela en interagissant avec les résident.es et en répondant à leurs besoins plus spécifiques, par exemple, les

stimuler à manger, couper la nourriture, gérer les interactions conflictuelles entre les résident.es, alimenter les discussions en cours, etc. Outre les repas, elles offrent également aux résident.es de 2 à 3 collations par jour. Pour ce faire, elles procèdent à la préparation du chariot, la distribution de la collation, le rangement, etc. Dans les CHSLD publics, les préposées ne s'occupent pas de la préparation des repas, elles se concentrent davantage sur les tâches d'assistance et d'aide :

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> La nourriture n'est pas déjà dans les plateaux comme on fait dans les CHSLD, c'est à nous de le partager cette nourriture-là, c'est de l'ouvrage aussi. Le réchaud qui est chaud, l'eau chaude qui est dedans, donc tu passes la soupe, après tu dois faire la vaisselle, certes on est pas toutes seules, on est 3 intervenantes dans la cuisine, on s'entend, deux 7-15, parce qu'on a de l'aide on divise 28 résidents, mais l'autre qui est dans la cuisine qui reste pour le déjeuner, elle elle est là pour finir la médication le matin quand on envoie les personnes, elle donne le déjeuner, mais nous le 7-15 on est dans la cuisine, il y en a une qui passe la médication à 11h, on fait une rotation aussi, donc quand on a fini, imaginer on a 28 résidents on a à peu près 22 médicaments à passer, alors qu'on a une infirmière sur place.

e. Les activités de loisir

(Edith, Maison St-Aimé) :

Après ça, il vient une autre personne [un.e préposé.e] qui commence à 13h. C'est la personne qui va s'occuper des activités, mais quand même nous on doit être là pour la supporter. Si par exemple, c'est la journée du bingo, on va aider les personnes, on va s'assoir avec les résidents et aider les personnes qui ne trouvent pas les numéros facilement et on essaie d'aider, dès que la personne ne trouve pas elle-même et si elle est un peu petit peu perdue ou si elle n'entend pas bien, tu lui répètes le chiffre, et tu dis " ah madame, on marque ici". Ça fait partie de notre participation pour supporter la personne qui fait les activités, parce que la personne qui fait les activités c'est elle qui va commencer à dire les numéros et elle contrôle. (…) Mais nous les intervenants, quand même, on participe dans ces activités. Tu comprends…

Durant l'après-midi, la préposée responsable de « faire l'activité », c'est-à-dire de planifier les activités de loisir à proposer aux résident.es (bingo, marche, baignade, chants, etc.), préparer l'espace et le matériel nécessaire, invite et conduit les résident.es à l'activité qu'elle anime, puis, range et nettoie l'espace, etc. Les autres préposées participent également à aux activités organisées afin d'assister les résident.es. Dans les CHSLD publics, ce sont les « intervenant.es de loisir » qui s'occupent de ces tâches reliées à la conception et la préparation des activités de loisir. À noter que dans les RI, il s'agit d'une nouvelle responsabilité pour les préposées qui était déléguée à d'autres professionnel.les jusque-là :

(Johanne, Maison Pauline-Julien) :

> Là ils ont enlevé les intervenants 1, je sais pas pourquoi, il en a pu. Il y en a une en haut. Pis ils nous ont refilé les activités.
>
> Q: Sans vous déchargez d'autres tâches?
>
> R : Non. C'est en surplus. Là j'ai regardé sur la convention cette semaine et tout ça, pis c'est encore bel et bien écrit, intervenant 1 ou 2, et là, ils ont rajouté une petite ligne est c'est nous autres. La bull shit c'est nous autres. C'est comme " aweille tu fais les activités ". Tu comprends tu qu'ils nous demandent pas à nous autres si ça nous tente.

f. L'administration des médicaments et des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne telle que prévu par la loi 90

Comme nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre I, l'une des spécificités du travail des préposées en RI renvoie aux tâches de soins qui leur ont été déléguées par la loi 90 et qui « prévoit un nouveau partage des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé »[27]. Avec la présence d'un.e infirmier.ère du CIUSS dans la RI,

[27] Projet de loi no 90 (2002) : *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.*

cette loi permet aux préposées des RI ayant reçu la formation prévue à cet effet d'administrer les médicaments aux résident.es[28] et de fournir les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne[29]. Dans un document informatif sur l'application de la loi 90, il est écrit que les nouvelles responsabilités des « non-professionnel.les », c'est-à-dire des préposées, sont les suivantes :

> Dispenser les soins de façon sécuritaire ; s'assurer de posséder les compétences et habiletés requises pour dispenser chacune des activités d'exception qui être doit exécuter ; exécuter les activités d'exception selon les directives et consignes émises par l'infirmière, car [la ou le non-professionnel.le] ne doit pas modifier lui-même ces directives ; rapporter à l'infirmière désignée, selon les délais spécifiés, si la médication n'a pas été prise ou qu'un soin n'a pas été donné ou qu'un changement de comportement ou de condition de l'usager est observé (ARIHQ, 2009).

Comme nous l'avons expliqué, dans tous les autres contextes de travail des PAB au Québec (CHSLD privé et public, hôpital, résidence privée, etc.), à l'exception des ressources de type familial, il est interdit pour ces travailleuses d'effectuer ces tâches. Celles-ci sont réservées aux infirmier.ères auxiliaires et aux infirmier.ères. Pour être en mesure d'administrer la médication, les préposées doivent obligatoirement avoir suivi une formation et reçu une accréditation en vertu de la loi 90 offerte par le CIUSS auquel

---

[28] « Les médicaments doivent être prescrits, préparés par un professionnel habilité, dans une forme préparée : unidose, dosette, insuline préparée » (ARIHQ, 2009). Les voies permises pour l'administration des médications sont les suivantes : orale, par tube d'alimentation, topique, transdermique, ophtalmique, optique, rectale, vaginale, par inhalation, s/c pour l'insuline seulement (*Ibid.*).

[29] Les soins invasifs concernent les activités d'assistance de la vie quotidienne liées à l'alimentation, à l'élimination vésicale et intestinale, aux soins respiratoires et cardio-vasculaires et les changements de pansements secs et de pellicules transparentes (ARIHQ, 2009). Selon la loi 90, certaines conditions spécifiques d'application sont prévues. D'abord, « les soins invasifs d'assistance aux AVQ de la personne doivent être requis sur une base durable et quotidienne, et être nécessaires au maintien de la santé ; les soins invasifs d'assistance aux AVQ confiés à des non professionnels sont ceux qui s'inscrivent dans le cadre de soins de longue durée aux personnes en perte d'autonomie, dont la condition de santé est stable et qui sont incapable de se donner elles-mêmes ou avec l'aide de leurs proches, les soins requis. ; ces soins ne sont pas confiés aux non professionnels lorsque les personnes sont dans un épisode de soins aigus après une chirurgie ou pour une problématique de santé instable ou pour une clientèle en convalescence » (*Ibid.*).

la ressource intermédiaire est reliée.

Les entretiens que nous avons réalisés révèlent que certaines des tâches qui sont réalisées par les PAB dans les faits dépassent les cadres prévus par la loi 90 et qu'elles font l'objet de pratiques de résistance. Avant de débuter la description de ces tâches, il semble pertinent de mentionner qu'une seule préposée par quart de travail (jour, soir, nuit) est affectée à la « médication ». Bien que toutes les préposées que nous avons interrogées nous ont dit avoir déjà effectué à l'occasion ces tâches, près de la moitié d'entre elles en avaient la responsabilité au moment des entretiens.

La préposée qui s'occupe d'administrer les médicaments doit tout d'abord préparer un chariot qui comprend un pichet d'eau, des verres, quelque chose à manger (biscuit, jus, craquelin, etc.), un cartable composé des fiches médicales des résidents, les outils nécessaires pour administrer les médicaments, les insulines, glycémies (seringues, thermomètre et autres outils médicaux) ou effectuer le changement de pansement, etc. Les médicaments sont distribués le matin au déjeuner, aux repas du midi et du soir et le soir avant le coucher. Les préposées s'occupent également d'administrer les médicaments non prescrits, par exemple des comprimés de Tylenol, Advil, sirop pour la toux, etc. Dans ce cas, elles doivent alors vérifier les dossiers des résident.es et s'assurer qu'ils et elles ont le droit de recevoir ce type médicament :

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Imaginez on a 28 résidents et on a à peu près 22 médicaments à passer, alors qu'on a une infirmière sur place. On a le CLSC tout proche, on a plein d'auxiliaires infirmières qui sont assises là. C'est à nous de passer la médication, c'est à nous. On a des insulines, on a des gluco à prendre à midi, donc tout ça, c'est à nous de faire ça. Après quand tu as fini de rusher sur la médication, il y a du monde qui va t'appeler qui n'ont même pas de médicament, ou tu as fini de donner le dispill, et là " madame j'ai mal, est-ce que je peux avoir 2 Tylenol ". Donc c'est à toi d'aller vérifier, est-ce que cette personne-là, on peut lui donner des Tylenol? Donc tu dois aller regarder dans le FADL, cette madame-là, à quelle heure elle a eu son

> Tylenol? Est-ce qu'elle est due? Ou est-ce qu'elle en a? Si elle n'en a pas qu'est-ce que je peux faire? Donc c'est à toi d'aller vérifier tout ça dans le dossier de la madame. Quand tu ne trouves rien et la madame te dit " ça fait mal ". Donc c'est à toi d'appeler, de trouver l'infirmière. Des fois elle est là, tu l'appelles, tu l'appelles, l'tu appelles, ça ne répond pas! Le téléphone sonne de loin, finalement tu frappes, tu viens regarder, il était devant le téléphone. Donc tu fais tout ça c'est comme pour un rien, le téléphone sonne la personne ne décroche même pas. Et tu lui dis j'ai cherché, et la il dit " as-tu cherché dans le cartable? As-tu regardé, as-tu vérifié ? Il dit " ah bin si tu ne vois pas, bien elle en a pas ". Donc c'est à toi de faire tous ces soucis-là. (…) Maintenant, on nous demande de faire des pansements. Tu sais si il y a des plaies, de faire des pansements, comme je te dis, on est tout, on est tout, on est tout, on et tout, on est tout. (…).

> (…) Tu sais des fois, par exemple, la madame a 2 pilules, mais on a trouvé 4 pilules. C'est à nous de vérifier ça hein. Mais qu'est-ce que loi 90 dit? Elle dit nous on donne, c'est le nom et je donne, j'ai pas vérifié combien de pilules tu dois prendre. Mais nous par souci l'habitude, on voit que Corynne a le droit d'en prendre 2 et j'ai passé 1 an à te donner 2 pilules et tout à coup je vois 4, ça va attirer mon attention. L'ordonnance n'a pas changé, il y a un problème. Il faut que j'attende que l'infirmière arrive, et " dit merci bcp c'est une erreur de la pharmacie ". Mais si la pharmacie envoie les dispills il faudrait avoir quelqu'un pour vérifier si tout est correct. L'erreur est humaine.

(Mélissa, Maison St-Aimé) :

> Q: C'est difficile à faire les insulines?

> R : Bin c'est parce qu'il faut que tu regardes la glycémie du monsieur si c'est assez haut pour piquer, si c'est pas assez haut il faut qu'il vienne manger une collation avant d'injecter parce que...

> Q: C'est stressant? Est-ce que tu te sens assez formée pour faire ces tâches-là?

> R : Bin je me... j'aime pas vraiment donner l'insuline parce que je tremble, surtout que cette journée-là j'étais vraiment débordée, genre j'en tremblais, peut-être que je me serais piqué, j'aurais pu aller à l'hôpital direct, partir, mais ça bien été pareil, mais j'avais hâte de finir le travail. J'avais peur.

Comme en témoignent ces extraits, les préposées doivent effectuer un travail de vérification des médicaments, d'une part, et de vérification préalable de l'état

psychophysique des résident.es. Ce travail de vérification dépasse toutefois les limites prévues par la loi 90 :

(Johanne, Maison Pauline-Julien) :

> Puis l'infirmier je trouve qu'il nous délègue pas mal de trucs. Tu sais comme là, on a la loi 90, on a les papiers avec la petite photo et ce qu'ils ont à prendre, déjeuner, dîner, souper, coucher. Ça, c'est clair. Ils ont des médicaments, on a les dispills de la pharmacie qu'on reçoit. S'il y a des erreurs, est-ce que c'est à moi d'appeler la pharmacie s'il y a une erreur dans le dispills? Non. Moi la loi 90 me dit tu donnes la médication qui est écrite sur le papier. T'as le droit de donner ce qu'il y a sur la feuille. J'ai aucune notion de c'est quoi le médicament qu'ils prennent. Il en manque une dans le dispill? Est-ce que c'est à moi de vérifier s'il en manque dans le dispill? Non. Ben, eux autres des fois ils disent oui c'est à toi à faire ça... non non. Moi la loi 90 ça me donne la possibilité de donner la médication point du dispill qui arrive de la pharmacie, il y a une erreur de la pharmacie, excuse-moi, mais c'est pas à moi de regarder ça. Ça fait pas partie de mon travail. On s'en rend compte.
>
> Q: Toi, est-ce que tu le fais?
>
> Non, je le faisais, je le fais plus. J'ai stoppé ça là... je veux pas que ça me tombe sur la tête, tu comprends? J'ai assez de mes responsabilités en tant que préposée. Alors là, je regarde, ah elle est rendue avec 2 au lieu de 3. Je vais pas aller chercher pourquoi elle en a juste 2 et pas 3. Il y en a qui vont le faire, moi je le fais pu. Avec l'expérience que j'ai, je me dis que si il y a une erreur, c'est pas moi qui l'a fait. On reçoit des gouttes pharmacies, c'est écrit Nitro. Je regarde l'autre bord du papier, c'est pas écrit? Jen donne pas. Je serais supposée, on dit être humain, c'est que si la personne a besoin de sa nitro je vais lui donner. C'est pas marqué là, je suis pas censée y donner. (…) La loi 90 est large de même, mais moi j'ai mes limites normales. C'est pas écrit, je le donne plus. Je veux me protéger, je sais pas jusqu'à où ça va aller. Sur ce côté-là de la loi 90, je trouve ça un peu raide. Je veux pas prendre la décision de personne, mais moi je veux me protéger. On nous dit qu'on est protégé à 100%, mais j'ai jamais vu le papier. J'ai jamais vu l'assurance qui nous dit qu'on est protégé à 100% en cas d'erreur médicale... (...) On donne la médication et on ne sait même pas c'est quoi qu'on donne.

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Q: Tu es une infirmière auxiliaire?
>
> R: Certainement. Mais ils utilisent ça parce qu'ici beaucoup de gens, ce sont des gens formés, ils utilisent beaucoup ça. Il y a un préposé qui est infirmier, il va mettre des cathéters pour monsieur, mais je dis "arrêter de faire ça". Avant je faisais ça pour la compagnie, maintenant je ne le fais plus. Je dis " arrêtez de faire ça, ils vont nous utiliser ". Ils demandent de faire des pansements, ils demandent de faire ci et ça. Ils savent, alors on arrête et l'infirmière va faire la baboune à ce moment-là. (…) C'est toutes les tâches des infirmières qu'on est en train de faire. Donc tu les fais pendant qu'il reste dans son bureau. (…) Comment un préposé peut être en train de piquer pour une insuline? S'il pique sur une mauvaise veine ?

Afin de résister à l'augmentation significative de la charge de travail qui découle de la loi 90, qui au final, est plus ou moins bien définie en termes de tâches, nous remarquons à travers ces derniers extraits que certaines préposées refusent d'effectuer ce travail de vérification. De notre enquête, il ressort effectivement que les tâches déléguées par la loi 90, et particulièrement celles reliées à la vérification des médicaments, font l'objet de pratiques de résistance de la part de certaines préposées.

Par surcroit, certaines préposées interrogées nous ont dit qu'elles considéraient « la médication » comme une des tâches les plus difficiles à réaliser, notamment en raison des responsabilités qui en sont associées. Plusieurs nous ont fait part d'un sentiment de stress et de peur qu'elles ressentent au moment d'effectuer ces tâches, en particulier les préposées les moins anciennes :

(Mélissa, Maison St-Aimé) :

> Q : Est-ce qu'il y a des tâches que tu trouves plus difficiles à faire ?
>
> R : hummm difficile à faire? Ben, moi c'est plus la médication je trouve. Tu sais, il faut regarder souvent dans les feuilles de consignes, si ça été changé parce que

> moi je travaille de soir et le médecin il vient le matin et il y a des choses qui peuvent être changées, des fois c'est stressant, il faut que tu regardes ta feuille, ça as tu été cessé? La crème as-tu été cessée? Il faut toujours que tu regardes…

(Audrey, Maison Pauline-Julien) :

> R : (…) c'est chiant la médication, il faut pas se leurrer, c'est pas l'affaire la plus facile à faire…
>
> Q : Ah non? Comment ça?
>
> R : Parce qu'une erreur et c'est fini. T'as pratiquement la vie de cette personne-là au bout de tes doigts. Moi au début quand j'ai commencé à donner la médication ça me stressait, maintenant je suis plus à l'aise parce que je connais les personnes puis t'sais je suis capable de mettre les pilules et dire ben non, ça ne ressemble pas aux pilules de Madame. T'sais c'est rendu à ce point-là, mais quand t'es nouvelle c'est stressant. Parfois, les gens sont moins à l'aise de donner la médication.

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Q: Mais toi puisque tu as une formation et que tu es infirmière auxiliaire, te sens tu plus outillée pour administrer les médicaments?
>
> R: Je suis à l'aise avec ça. Ils ont donné une formation d'une demi-journée. C'est stressant certainement. Si tu ne donnes pas la bonne dose ou que tu vois que les gens ont mal et que tu vois des gros bleu... Et toi même tu vois ça, qu'est-ce que tu fais, tu t'en fous, tu dis écouter madame ça va passer, donner la semaine pour que ça passe. Et demain tu dois la piquer encore...elle va avoir mal. Et en plus l'infirmière est là! qu'est-ce qu'elle fait? Elle a de la paperasse, il faut qu'elle mette tout à jour. Excuse-moi là, tous les jours tu mets à jour ? (rire) à tous les jours. (...).

De ces extraits, il ressort que c'est plus particulièrement l'incertitude en regard des médicaments administrés qui semble être au fondement d'un sentiment de peur et de stress. N'ayant pas reçu de formation adéquate leur permettant d'avoir les connaissances et compétences nécessaires pour identifier et évaluer les médicaments ainsi que leurs effets potentiels sur les résident.es, les préposées semblent ressentir des

craintes par rapport aux erreurs qui peuvent survenir au niveau des doses à administrer ou des médicaments en tant que tels.

2.2.2 Les tâches prescrites et imprévisibles

Au fil des entretiens, nous avons pu remarquer l'ajout de plusieurs autres tâches et responsabilités qui, la plupart du temps, n'avaient pas été mentionnées au moment de décrire une journée typique de travail. Bien qu'elles s'inscrivent dans les dimensions prescrites du travail des préposées en RI, ces tâches se distinguent des précédentes en ce qu'elles ne peuvent être prévues et planifiées dans l'organisation du travail. Nous parlerons donc de tâches « imprévisibles ».

Les tâches prescrites et imprévisibles que nous avons identifiées à travers les entretiens sont liées à la prise en charge des chutes des résident.es, des dégâts, des décès, des arrivées des nouveaux résidents, de la formation des nouvelles préposées, des bagarres qui surviennent entre résident.es, des hospitalisations, des retours d'hôpitaux, des sonnettes, etc. Comme en témoignent les prochains extraits, elles contribuent, tant dans leur contenu et que leur fréquence, à créer une surcharge de travail, une superposition des tâches, du stress et sont, en ce sens, constitutives de la pénibilité du travail en soi :

(Gavin, Maison Pauline-Julien) :

> C'est du travail... il y en a beaucoup. C'est beaucoup. Pour la paye qui nous donne, c'est beaucoup, on a beaucoup à faire. Plus en même temps, les interventions qui sont très importantes, il y a en a beaucoup d'interventions, parce qu'il y a des personnes qui ne mangent pas, faut les aider pour manger et il y a des fois où il y une personne qui tombe. Tu dois laisser ton travail pour t'occuper de ça. Alors c'est pas extrême, c'est rare, mais ça arrive que tu peux débalancer comme ça.

(Marjolaine, Maison St-Aimé) :

(…) si on finit à 9h moins 15, je me prépare si il y a un appel de chute, hospitalisation, des dégâts, des fois ça retarde, ça dépend de la situation. (…) C'est difficile lorsqu'il y a des dégâts, lorsqu'il y a des chutes, hospitalisation, les bagarres. Oui toujours, c'est lourd. C'est lourd. Pour te dire non, non.

(Mélissa, Maison St-Aimé)

Mais le soir, en bas, il y a 3 insulines et à un moment donné (soupir) en tout cas, c'était vraiment l'enfer. Mes 2 collègues n'étaient pas là et j'étais la seule, il y avait 3 retours d'hôpital en même temps, back à back, je capotais et j'avais mon collègue, il était comme un peu nouveau, mais il avait pas la loi pour donner les insulines alors là j'ai dit " tu me niaises tu?!! ". Là je capotais, je courais d'un bord et je courais de l'autre. L'infirmier qui courait après moi pour avoir des informations, parce que je suis plus ancienne, je connais plus l'étage que l'autre qui était là, alors que j'avais 3 insulines à injecter... (…)

Q: Et les retours d'hôpital c'est quoi ? En quoi ça consiste?

R : Les retours d'hôpital, dans le fond, vu que le soir il n'a pas d'infirmier, eux ils finissent à 4h de l'après-midi, alors le soir on est tout seul, on est 3 PAB sur l'étage. (…) Mais pour dans le fond le retour d'hôpital, la personne revient, le monsieur me donne une enveloppe, s'il y a des fax, il faut que je le fax à la pharmacie, moi faut que j'appelle la pharmacie pour savoir s'ils ont bien reçu le fax. J'appelle info santé pour qu'il m'envoie un infirmier pour voir la madame ou le monsieur, puis après ça l'infirmier vient après ça il l'évalue, il écrit dans le Fabrillia pour savoir.

Q: Et toi, tu dois coordonner tout ça ?

R : Oui. Il faut que je coordonne...(rire) en tout cas, j'en ai jusque-là, c'est vraiment. Et c'est à part de mon travail. Pis la mon travail il est comme, tu sais, décalé. Pis en plus c'était sur mon heure de souper, j'ai réchauffé mon plat 4 fois tu sais (rires) pis mes toilettes partielles ils arrivaient en plus à 19h, ça fait que mes toilettes partielles ont été retardées. En tout cas, à la place de finir à 21h j'ai fini à 22h. Je suis restée une heure de plus sur le plancher. (…) J'appelle la garde pour dire que je reste une heure. Parce qu'on est trop débordée.

> Q: Donc en plus des tâches que tu m'as décrites, tout ça, c'est sans compter, les retours d'hôpital, les hospitalisations, les chutes, les bagarres, le manque de personnel…
>
> R : Oui, c'est ça. Ça, c'est à part. Et ça, ça nous retarde dans nos tâches.

De ces extraits, il en ressort que l'imprévisibilité des tâches a des effets déstabilisants sur l'organisation du travail prescrit. Ces derniers sont en effet discutés par les préposées en termes de « décalage », de « retard », de « débalancement » ou encore de « surcharge » dans l'organisation des tâches prescrites et prévisibles. Ces tâches imprévisibles, qui sont « à part », viennent bouleverser les enchaînements dans les rythmes de travail et contribuent en ce sens à intensifier la charge de travail.

Cette imprévisibilité des tâches qui renvoie à un travail de « gestion des évènements imprévus » (Cresson et Gadrey, 2004) est au fondement de ses modalités d'organisation. Elle envoie également à ce que Haicault (1984) nomme la « charge mentale » qui rend compte de son effet de superposition des tâches. En définissant la notion de charge mentale, l'auteure explique justement que :

> L'enjeu consiste à organiser, donc faire tenir ensemble, les successions de charge de travail, de les imbriquer, de les superposer, ou, au contraire, de les désimbriquer, de fabriquer des continuités : sortes de fondus enchaînés, de jouer sans cesse sur ce qui marche ensemble et ce qui est incompatible (Haicault, 1984 : 272).

Surtout, cette imprévisibilité nécessite une disponibilité permanente (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985) des préposées qui caractérise leur rapport au temps de travail. Dans le cadre de l'organisation institutionnelle du travail domestique rémunéré, cette présence nécessaire et disponibilité permanente pour les résidentes est répartie entre plusieurs préposées et est destinée à une trentaine de résident.es à la fois.

L'imprévisibilité du travail qui renvoie d'ailleurs au caractère indéfini du travail, semble constituer sur notre terrain une deuxième modalité d'organisation du travail des préposées dans les RI qui composent notre terrain. En effet, à travers la liste plus ou moins bien déterminée des tâches que nous avons présentées tout au long de ce chapitre et aussi en regard de l'imprécision des tâches de la loi 90 telles qu'elles sont réalisées dans le « réel du travail », il apparaît que les limites de leur travail sont malléables et flexibles. Cette indéfinition du travail se caractérise par une non-mesure du travail des préposées prenant la « forme d'une infinité de prestations les plus diverses » (Falquet, 2014)

2.2.3 Le « réel du travail » et les tâches non prescrites pouvant être prévisibles ou imprévisibles : la dimension relationnelle du travail

À travers la description de leur travail quotidien, nous avons pu discerner la réalisation d'un travail « émotionnel » qui semble être transversal à l'ensemble des tâches que nous avons abordées jusqu'à maintenant. Ce travail consiste concrètement à écouter et parler avec sensibilité aux les résident.es, les stimuler à participer aux activités ou à manger, les mettre en confiance pour prendre une douche, un bain ou faire le changement de couche, deviner leurs besoins, etc. Il concerne aussi tout le travail qui consiste à apprendre à connaître les résident.es, c'est-à-dire leurs besoins spécifiques, leur personnalité et préférences générales. Bien qu'il soit la majorité du temps imprévisible, il semble que ce travail puisse devenir, au fil du temps, plus ou moins prévisible, dans la mesure où les préposées développent des connaissances sur les résident.es (personnalités, conditions médicales, préférences individuelles, etc.) qui les amènent à pouvoir prévoir certaines réactions ou comportements. Elles doivent « prendre le temps », « parler avec la personne », les « réconforter », les « rassurer » « gagner leur confiance », « avoir une approche douce », « les faires sourire », etc.

Par exemple, il est ressorti des entretiens que les tâches d'hygiène corporelle peuvent impliquer à la fois une interaction directe avec les résident.es et un « travail de gestion

des émotions » (Dussuet, 2008). Plusieurs préposées nous ont expliqué que, dans le cadre de la réalisation de ces tâches, elles doivent souvent procéder à un travail visant à mettre en confiance les résident.es qui implique l'élaboration ainsi que la mise à jour des approches relationnelles à adopter auprès des résident.es :

(Patricia, Maison St-Aimé) :

> Quand tu fais la toilette partielle ou tu fais une hygiène corporelle quelconque, il faut prendre le temps avec la personne pour faire sa toilette parce que si par exemple tu prends 5 minutes la toilette n'est pas faite. Faut prendre le temps, pendant que vous faites la toilette vous parlez avec la personne et il y a certaines personnes qui ont besoin qu'on leur communique pour les rassurer et tout.

(Edith, Maison St-Aimé) :

> (…) Parce que les personnes [âgées] qui viennent d'arriver, peut-être qu'elles ont peur, peut-être elles n'ont pas l'habitude, tu comprends? Elles sont gênées qu'on les voie nues. Tu sais, tu dois les réconforter en disant " Non, Monsieur, je suis déjà habituée à ça, faites-moi confiance ". Mais on doit gagner la confiance quand même, c'est pas d'un jour à l'autre qu'il va avoir la confiance en toi, non, non. Ici il y avait un cas d'un monsieur qui avait une déficience intellectuelle. Oh, il nous frappait au commencement, il nous frappait. Tu sais, l'approche c'est doux. J'ai essayé ça et ça a marché jusqu'à maintenant, je dis au monsieur, " viens ici " je l'appelle par son prénom pour être plus proche. Je dis le nom de la personne. Si elle ne se fait la toilette, elle va mouiller son lit parce que " tu étais tout mouillé, vous avez fait pipi partout. On doit vous changer pour que vous soyez sec, votre lit va être sec ". On doit faire comme une référence. Comment ça marche...il ne marche pas avec tout le monde. Il y a des personnes qu'il ne peut pas voir parce qu'il commence à sacrer, exciter... on commence comme une chicane avec les intervenants. On doit avoir avec ce type de personne une approche douce. Pour qu'il commence à marcher. Parfois tu vas réussir et parfois tu ne réussiras pas quand même. Mais au moins on continue, on continue.

Ce travail de gestion des émotions peut également être nécessaire lorsqu'un.e résident.e ne veut pas manger ou ressent un malaise en mangeant :

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> Tout ça travaille dans ta tête, et après maintenant tu vas distribuer la nourriture et après de ramasser, la madame qui ne mange pas, tu dois dire " mangez madame, il faut manger, c'est bon, c'est très bon ". Tout ça, tu sais c'est de l'énergie que tu dépenses pendant 8h de temps-là. La personne qui est sur la table qui ne file pas...on a une madame, ça fait à peu près un mois et demi qu'elle est déplacée, on l'a transférée ailleurs, après trop de cris que j'ai faits, j'ai dit que ça n'a pas de bon sens. Elle avait un syndrome de syncope, à chaque fois qu'elle mange, elle est décomposée, faut glisser par terre, il faut crier fort dans sa tête, avant qu'elle revienne, tout ça tu vis ça, presque chaque semaine, la madame faisait ça.

Ces exemples témoignent de l'engagement subjectif (Dussuet, 2005a) et de l'« implication personnelle » (*Ibid.*) des préposées dans la réalisation de leur travail. Dans le cadre de cet engagement subjectif, elles sont également appelées à faire preuve de « capacités d'adaptation permanente » (Cresson et Gadrey, 2004 : 24). En effet, au travers des derniers extraits cités, on voit que les préposées doivent constamment être prêtes à réagir, à tout moment, et à impliquer leur subjectivité pour surmonter les freins au travail (réactions émotives des résident.es, agressivité, malaises physiques, etc.). Elles doivent aussi être alertes aux personnes âgées autour afin de capter certains signaux d'inconfort, de mal-être, etc.

Toutes ces tâches peuvent être définies en termes de « réel du travail », puisque, bien qu'elles ne fassent pas l'objet de prescriptions officielles et formelles, elles sont inévitables pour la réalisation du travail. Rappelons que selon Dejours (2013), le « réel du travail » renvoie à « ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance à la maîtrise technique du procès de travail » (*Ibid.* : 12). Autrement dit, ce travail de mise en confiance, d'élaboration d'approches relationnelles et de connaissance des résident.es apparaît, entre autres, lorsque les préposées se trouvent face à un « obstacle » ou un frein au processus de travail. Il pourrait par exemple s'agir d'un inconfort émotionnel, un manque d'appétit, une bagarre, une manifestation de sentiments de colère ou de tristesse, etc. C'est lorsque surviennent ces situations imprévisibles et déstabilisantes que les préposées doivent trouver des stratégies pour

surmonter ou contourner ce qui fait « obstacle » à la réalisation du travail prescrit et planifié. C'est là où, selon Dejours (2013), les travailleur.ses développent des « ficelles de métiers » par lesquelles elles usent de ruses et d'innovations. Ce travail renvoie à ce qu'Aubry (2017) identifie dans ses travaux sur les PAB en CHSLD comme l'usage de stratégies d'interaction visant à « travailler avec » les résident.es et un savoir gérer une situation complexe. Il renvoie également à un « travail de personnalisation des services délivrés » (Dussuet, 2017) qui d'ailleurs, comme le souligne Dussuet (2005a ; 2008), n'est ni, reconnu, ni rémunéré par l'institution et constitue une surexploitation ou un sur-travail.

Ensuite, on peut également saisir cette dimension relationnelle de leur travail à travers leur rapport spécifique au temps caractérisé par une structure temporelle dépendante (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985) des personnes âgées et de leurs besoins. Dans les entretiens, c'est par exemple à travers l'expression « ça dépend » que l'on peut cerner un morcellement du temps de travail et son caractère dépend aux besoins imprévus des personnes âgées :

(Audrey, Maison Pauline-Julien) :

> Exactement. Mais il y a pas de tâches ni faciles ni difficiles, ça dépend des jours comme juste quand tout le monde a fini de manger, on a certaines personnes qu'on doit aller changer les culottes, parce qu'elles sont incontinentes et elles peuvent pas venir nous voir et nous dire " écoute ma couche est pleine" donc pour pas faire d'infection, on les faits à leur place. Et il y a des jours où ça va super bien, elles sont propres, donc tu fais juste vérifier leur culotte, pas de pipi, pas de caca, OK ils s'en vont s'asseoir. Mais il y a d'autres journées où c'est la catastrophe, elles ont toutes la diarrhée et là il faut que tu coures à droite et à gauche pour pouvoir nettoyer la personne. Et parfois les personnes sont pas nécessairement aptes psychologiquement à t'aider parce que soit qu'elles sont en colère, soit qu'elles sont nerveuses, donc il y a plusieurs aspects, mais c'est pas quelque chose qui est la partie la plus plate ou la plus le fun. C'est vraiment du cas par cas.

(Gavin, Maison Pauline-Julien)

> Q: Au niveau des pauses, est-ce que tu as des pauses dans ton quart de travail?
>
> R: Normalement... ça dépend. Oui, il y a des fois, je peux dire oui. Après le souper on a une pause...OK. Mais ça dépend du travail... il y a des fois si par exemple il y a des personnes malades, ou quelqu'un est tombé, etc., là t'es débalancé au niveau des pauses. Mais c'est rare, mais ça arrive.

Ces extraits montrent bien en quoi l'organisation du temps de travail, des tâches et des pauses est dépendante des besoins des personnes âgées, de leur état physique et psychologique. Cette structure temporelle dépendante à autrui qui implique une disponibilité permanente des préposées ainsi qu'un engagement de leur subjectivité dans les tâches semble donc constituer une autre des modalités d'organisation de leur travail.

Comme l'a montré Dussuet, l'« engagement subjectif » nécessaire à l'accomplissement du travail de soin, pose un enjeu de fond pour la reconnaissance de la qualification et la valorisation de ce travail :

> Dans ces « emplois de femmes », elles sont amenées à s'engager elles-mêmes, personnellement, au-delà de ce qui est exigé explicitement par le contrat de travail, pour mener à bien leur tâche. L'« humain » est au cœur du travail : au-delà des tâches matérielles prescrites, c'est toute leur intelligence qui est mobilisée pour maîtriser la situation, et plus encore le si féminin « souci d'autrui », seul gage d'un service de qualité. Leur subjectivité est donc engagée de multiples façons et si le sens moral et l'attention aux autres sont indispensables, un véritable travail de gestion des émotions est aussi nécessaire pour permettre à ces salariées d'établir et de conserver la bonne distance, dans une relation de service où leur sexe tend à les infériorisier. Pourtant, paradoxalement, il semble que plus les salariées engagent leur subjectivité dans le travail, moins elles accèdent à une reconnaissance formelle de leur qualification (Dussuet, 2008 : 71).

Puisqu'il est difficile, voire impossible de le quantifier et de prévoir et comptabiliser le temps nécessaire pour accomplir les tâches auxquelles il renvoie, ce travail ne fait pas

l'objet de reconnaissance symbolique ou salariale[30]. De plus, puisqu'il n'est pas issu d'une formation institutionnalisée et ne fait pas partie du contrat de travail, l'engagement subjectif, pourtant indispensable à la réalisation du travail, n'est pas reconnu en tant que travail si bien qu'il n'est compté ni rémunéré (*Ibid.*). Il tend au contraire à être invisibilisé. Plus encore, l'auteure montre comment les compétences requises pour le réaliser ont tendance à être invisibilisées et naturalisées. Bien que leur engagement subjectif au travail soit inévitable à la réalisation de leur travail et constitue par ailleurs une des motivations principales des préposées à exercer ce métier, il constitue « un " sur-travail " dont la valeur n'est jamais transformée en salaire et reste confinée au lien entre les personnes [...] » (Dussuet, 2017 : 114).

À travers les derniers extraits d'entretiens cités, cet « engagement subjectif » est visible sous différentes formes : un travail de mise à jour constante des approches à adopter envers les personnes âgées pour réaliser certaines tâches (en particulier les tâches d'hygiène corporelle), un travail d'élaboration de « stratégies d'interaction » (Aubry, 2017) visant à « travailler avec la personne » et à gérer des situations problématiques, à « savoir calmer » et, enfin, un travail d'élaboration d'un « savoir lire le social » (Arborio, 2009), c'est-à-dire un savoir juger les besoins des malades. Enfin, ce travail semble être fortement lié à un « travail de personnalisation des services délivrés » (Dussuet, 2017).

Conclusion

Partant de cette présentation analytique de nos résultats de recherche, comment pouvons-nous définir le travail des préposées que nous avons interrogées ? Ou plutôt, à quoi l'expression « On fait tout, on touche à tout » réfère-t-elle ? Aussi, en quoi le

[30] Dans ces travaux sur les mobilisations collectives des infirmières, Kergoat (2001) montre que si le travail des infirmières est difficilement quantifiable, il fait pourtant l'objet d'une reconnaissance symbolique et salariale. L'apport de ces travaux est d'avoir mis en évidence que c'est l'instauration d'un rapport de force, par la mobilisation collective, qui est déterminant pour contrer la dévalorisation et la déqualification professionnelle.

réel du travail et le caractère imprévisible de ce « réel » du même qui tu travail prescrit pose-t-il problème?

Nous avons montré que le travail tel qu'il se déploie dans les discours des préposées rencontrées semble se définir, dans un premier temps, par son caractère indéfini en termes de tâches. Cette indétermination du contenu du travail, qui nous ai apparu à la lumière de notre terrain, apparaît premièrement à travers la difficulté à nommer le travail (« on fait tout, on touche tout »), à dresser une liste circonscrite des tâches et à expliciter où commence et où se termine leur travail. De ce fait, il est d'autant plus difficile de le quantifier, le mesurer ou le compter. La très grande diversité des tâches des préposées, allant du changement des poubelles à l'administration des médicaments, leur demande de développer une polyvalence en termes de compétences. C'est deuxièmement dans le cadre des tâches déléguées par la loi 90 que le caractère indéfini du travail semble aussi se manifester. En effet, cette loi, lorsqu'elle s'applique concrètement dans les RI, manque de clarté au niveau de la délimitation entre ce qui relève du travail des préposées et celui des infirmier.ères. Les préposées que nous avons interrogées disent effectuer des tâches qu'elles considèrent hors des limites de la loi. C'est la raison pour laquelle certaines préposées refusent d'effectuer certaines de ces tâches. Nous avons également vu que l'indétermination du travail concerne davantage le « réel du travail », soit les tâches non prescrites et, donc, non reconnues par l'institution. Il s'agit par exemple du travail d'« engagement subjectif » (Dussuet, 2008), « de gestion des évènements imprévus » (Cresson et Gadrey, 2004), des tâches non prescrites par la loi 90, etc.

Dans un deuxième temps, le travail tel que décrit par les préposées semble être caractérisé par son imprévisibilité. Celui-ci se manifeste par la présence de tâches prescrites ou non et qui peuvent survenir à tout moment de la journée. Elles ne peuvent en conséquence être prévues dans l'organisation du travail. Cela demande aux préposées de développer des « capacités d'adaptation permanente » (Cresson et

Gadrey, 2004) qu'elles peuvent être appelées à mobiliser à tout moment de la journée. L'imprévisibilité des tâches a pour effet de déstabiliser l'organisation du travail et participe à augmenter l'intensité de la charge de travail et la superposition des tâches. Elle renvoie également à un accroissement de la « charge mentale » (Haicault, 1984) qui s'inscrit dans le réel du travail. Bien que ce travail soit indispensable, il ne fait pas l'objet d'une reconnaissance symbolique ou matérielle et tend à être invisibilisé.

En lien avec l'aspect imprévisible du travail, le travail des préposées se caractérise également par sa « nature » relationnelle par laquelle elles doivent effectuer un travail d'« engagement subjectif » (Dussuet, 2005a) et de « gestion des émotions[31] » (Hochschild, 2003) dont les compétences requises pour le réaliser ne font également pas l'objet de reconnaissance matérielle ou symbolique. Ce travail « émotionnel » surgit dans le « réel du travail » (Dejours, 2013) où les travailleuses doivent élaborer des « ficelles de métier » leur permettant de surmonter les obstacles au travail (crise d'un résident, agressivité, etc.). Une part importante de ce travail est alors invisibilisé, tout comme les compétences mises en œuvre pour le réaliser.

Enfin, leur travail se définit dans un dernier temps, par une structure temporelle dépendante des personnes pour qui il est effectué (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985). Celle-ci apparaît principalement à travail un morcellement du temps de travail en fonction des demandes et des besoins des personnes pour qui il est réalisé, en l'occurrence les personnes âgées en perte d'autonomie. Elle se modifie en fonction de la présence ou de l'absence de ces personnes et en fonction des situations d'urgence et des évènements imprévisibles. Elle a pour effet d'engendrer une superposition et un cumul des tâches (*Ibid.*). Enfin, de ce morcellement du temps de travail, découle une

[31] Le travail de « gestion des émotions » qui est synonyme de « travail émotionnel » est défini comme « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment » (Hochschild, 2003 :32). Dans le cadre de notre enquête, ce travail de gestion des émotions apparaît fondamental lors de la rétention ou la simulation d'émotions dans le travail des préposées auprès des personnes âgées.

présence nécessaire et constante, une « disponibilité permanente » (*Ibid.*), de ceux et celles qui effectuent le travail. Cette « disponibilité permanente » se manifeste par ailleurs dans les RI par la présence de préposées à toute heure de la journée, tous les jours de la semaine et aussi par la non-fixation des pauses qui, au final, n'en sont pas réellement puisqu'elles sont toujours « dans le travail » et disponibles pour répondre aux besoins urgents des personnes âgées. Par ailleurs, en étant inscrite dans le cadre d'un rapport salarial et institutionnel, cette disponibilité permanente se déploie sous une forme particulière, puisqu'elle est partagée entre plusieurs préposées et destinée à une trentaine de personnes âgées plus ou moins autonomes à la fois.

La littérature féministe sur le travail domestique nous permet de dire que ce rapport spécifique au temps dans l'organisation du travail s'inscrit dans les modalités de la division sexuelle du travail. En effet, pour Dussuet (2017) l'unité du travail domestique résiderait dans son rapport spécifique au temps qui se caractérise par cette « disponibilité permanente » (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985) et une « charge mentale » (Haicault, 1984) difficilement objectivable et mesurable et auxquelles serait lié un déficit de reconnaissance. C'est à partir de ces deux éléments (disponibilité permanente et charge mentale) que Dussuet (1997) propose la notion d'« engagement subjectif » des travailleuses du *care*. Comme l'explique Dussuet (2017), la marchandisation du travail domestique ne signifie pas l'effacement des logiques de domesticité qui caractérisent le travail domestique non-salarié. Elle signifie au contraire, une continuité de ces logiques dans la sphère marchande institutionnelle qui, à son tour, modifient ses modalités d'organisation. La structure temporelle dépendante des besoins d'autrui et les caractères indéfini, imprévisible et relationnel du travail semblent en effet s'inscrire dans ces continuités des logiques de la division sexuelle dans le rapport salarial. Enfin, le réel du travail, auquel sont liées plus particulièrement ces caractéristiques du travail, semble effectivement poser problème pour les préposées en raison de sa non-reconnaissance. Le fait que ce travail ne soit pas prescrit empêche sa reconnaissance en tant que travail et tend à l'invisibiliser et le naturaliser. Il également important de

dire que le travail prescrit, bien qu'il ait pour caractéristique d'être prescrit à l'avance, comporte aussi une grande part d'imprévisibilité comme notre terrain le montre.

CHAPITRE IV
LE RAPPORT AMBIVALENT AU TRAVAIL : QUEL PASSAGE AU COLLECTIF ?

Introduction

Ce dernier chapitre est consacré au rapport ambivalent que les préposées entretiennent à leur travail. Comme nous le verrons, dans un premier temps, l'analyse des entretiens révèle la présence d'un rapport plutôt négatif au travail, soit des insatisfactions qui se dégagent en particulier lorsqu'il est question du salaire et de la charge de travail - la délégation des tâches d'infirmières vers les préposées étant un motif récurrent de plaintes dans nos entretiens. Mais simultanément, les préposées disent « aimer leur travail » et le préférer à celui des préposées en CHSLD, même si les conditions de travail et le salaire y sont plus avantageux. Nous présenterons les éléments qui semblent ainsi constitutifs d'un rapport plutôt positif au travail dans la seconde section de ce chapitre. Nous nous arrêterons alors sur la question de « l'amour du métier » qui se pose de manière récurrente dans les travaux qui s'intéressent aux travailleuses du *care*. Au final, il nous semble que l'analyse des rapports au travail et de leur ambivalence est susceptible d'éclairer le caractère individuel des pratiques de résistance.

2.1 Éléments constitutifs d'un rapport négatif au travail

Force est d'abord de constater que la plupart des préposées rencontrées dénoncent leurs conditions de travail sur le registre de l'injustice : elles se disent « exploitées » et certaines parlent d'esclavage pour qualifier leurs conditions de travail. Deux éléments principaux se trouvent au centre des discours produits sur ce thème. Il s'agit du caractère inéquitable du salaire au regard de l'ampleur de la charge de travail – elles font « tout » comme nous l'avons vu précédemment – et du transfert de tâches auparavant assignées aux infirmières vers les préposées découlant de la loi 90. Si le salaire, la charge de travail et le contenu du travail sont ainsi potentiellement enjeux de

conflits, de mobilisation et de revendications collectives, les stratégies mises en place par les travailleuses se déploient le plus souvent sur un mode individuel. Certaines refusent d'effectuer des tâches (« moi je ne le fais pas »), d'autres les réorganisent et les exécutent en fonction de leurs priorités. Toutefois, il nous semble que la manière dont elles organisent collectivement le travail signale bien une forme de passage au collectif.

3.1.1 Le salaire et la charge de travail

L'insuffisance salariale au regard de la charge de travail à accomplir dans une journée est sans aucun doute l'aspect des conditions de travail le plus dénoncé par les préposées lors des entretiens.

Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre sur les conditions d'emploi, lorsqu'elles décrivent l'injustice de leurs conditions salariales, les travailleuses dénoncent le sort qui leur est réservé, d'une part, en référence aux autres corps de métier et aux autres professionnel.les avec lesquels elles travaillent dans les RI et, d'autre part, en regard des conditions de travail des préposées en CHSLD. Non seulement le personnel administratif, mais les intervenants, le personnel d'entretien et les PAB en CHSLD sont mieux payés et bénéficient d'une meilleure reconnaissance alors même qu'ils et elles travaillent moins et que leurs responsabilités sont moindres, disent-elles. C'est donc par opposition aux autres travailleurs et travailleuses du *care* en RI et à leurs homologues en CHLSD que la condition de préposée est alors dénoncée. Les prochains extraits montrent effectivement que cette mise en perspective révèle un sentiment d'être exploité :

(Marjolaine, Maison St-Aimé) :

> C'est de l'exploitation. En CHSLD, ils font seulement les toilettes et donnent la nourriture. Ils ne donnent pas les médicaments et ils ont un salaire plus élevé en

plus des avantages sociaux.

(Clara, Maison Pauline-Julie) :

> Moi je dis en RI si on peut dire, on est des médecins, on est des infirmières, on est des préposées, on est des femmes de ménage, on est tout, on est tout, on est tout, comme je te dis c'est de l'exploitation. C'est de l'exploitation. Et j'espère que le monde le sait aussi...et puis la majorité d'entre nous qui travaille ici ce sont des immigrants. La majorité. Donc je sais pas pourquoi il n'y a personne qui a pensé à ces ressources-là (…).

Au-delà de ces quelques extraits, les préposées que nous avons rencontrées sont unanimes pour dénoncer la faiblesse du salaire. Plus qu'une injustice, certaines préposées disent se sentir exploitées dans le cadre de leur travail. Dans le même registre critique, quelques préposées ont même associé leurs conditions de travail dans les RI à de l'esclavage ou de l'« esclavage moderne » :

(Gavin, Maison Pauline-Julie) :

> Si tu enregistres, c'est bien, parce que j'aimerais bien qu'ils entendent ma version parce que c'est comme si on appelle ça de toute façon l'esclavage moderne. Esclavage. Parce que l'esclavage n'est pas aboli ça c'est l'esclavage moderne. OK moi je vais partir à l'hôpital public, mais j'ai peur pour mes collègues. Imagine-toi il y a des personnes qui ont travaillé 15 ans ici avec la paye même moi-même de toute façon, là présentement 3 ans j'ai 12 $. Et les personnes qui commencent, les nouveaux c'est 11$ quelque chose, et avec toutes les tâches qu'ils font et toutes les heures qu'ils mettent sur nous, c'est ça. J'ai hâte de partir, j'attends le jour.

Au moment de l'entretien, ce préposé débutait, dans la même semaine, un emploi hospitalier d'auxiliaire infirmier. L'une de ses motivations premières à participer à notre recherche consistait à dénoncer les conditions de travail en RI et comme il l'exprime : s'il veut être entendu, c'est surtout pour ses collègues, car il a « peur pour elles ». Les préposées ont été très nombreuses à parler d'« abus », d'« exploitation », d' « esclavage » au sujet du salaire. Elles ont toutes revendiqué une augmentation significative de leur salaire. La majorité dénonce aussi la charge de travail et

souhaiterait voir diminuer le nombre de tâches qui leur sont assignées. Certaines vont jusqu'à revendiquer une augmentation du personnel et une réorganisation du travail entre personnel d'entretien, infirmières et préposées. Elles voudraient que leurs tâches soient plus clairement définies et balisées. La distribution du travail entre infirmières et préposées apparaît comme un enjeu central comme nous allons le voir maintenant.

3.1.2 Les tâches déléguées par la loi 90

Au Québec, comme nous l'avons vu, les CHSLD ne sont pas concernés par la loi 90. Les préposées en CHSLD n'ont donc aucune responsabilité liée à l'administration des médicaments et des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne. Cette loi s'applique exclusivement aux RI où elle fait l'objet de nombreuses critiques. Ce qui est essentiellement reproché par les préposées est le transfert progressif des tâches des infirmières vers les préposées, ce qui implique une augmentation de leur charge de travail sans s'accompagner d'une hausse salariale ou de reconnaissance statutaire. Cette délégation de tâches sans contrepartie est d'autant plus mal vécue qu'elle augmente chaque année :

(Clara. Maison Pauline-Julie) :

> Chaque année ils mettent quelque chose de plus. Parce que ça fait leur affaire. Chaque année donc ils vont se réunir entre eux, entre chefs, ils disent " O.K. On va déléguer ça. Nous (les infirmières) ce qu'on veut c'est de ne plus faire de pansement, on va les déléguer aux préposées ". À chaque 6 mois, il y a quelque chose qui augmente.

(Gavin, Maison Pauline-Julie) :

> Et là qu'est-ce qu'ils sont en train de faire, c'est d'ajouter des affaires pour comme les tâches infirmières, sur les préposés. Ça n'a pas d'allure. Écoute on peut pas faire ça, parce qu'on a des spécificités pour les infirmiers et pour les préposés. Alors tu peux pas rajouter toutes ces affaires-là. Des fois ils imposent que tu dois le faire. Non ! Moi je dis non, je peux pas faire. Comme des affaires comme les

> pansements de toute façon si quelqu'un est coupé ok mais pas par exemple si la personne a une sonde tu dois aussi nettoyer ou un tube pour nettoyer ça. Non. Ça, c'est pas une tâche pour le préposé. C'est l'infirmier auxiliaire ou l'infirmier tu vois.

Ce dernier extrait indique bien que certaines préposées déploient des stratégies de résistance individuelles afin de freiner ce transfert de tâches qui, selon elles, ne leur appartiennent pas.

Deux éléments de dénonciations en lien avec la délégation des tâches des infirmier.ères sont ressortis de notre enquête. Le premier renvoie aux délimitations entre ce qui relève des tâches des préposées et celles des infirmier.ères. Le deuxième concerne le manque de reconnaissance de leurs compétences réellement mises en œuvre et la dévalorisation de leur profession.

a. La perméabilité des frontières délimitant les tâches et le caractère indéfini du travail.

Tout d'abord, lorsque les préposées discutent des tâches qui leur ont été transférées en vertu de la loi 90, elles évoquent les lourdes responsabilités qu'elles comportent et les compétences qu'elles exigent. Ce sont des tâches pour lesquelles les préposées ne sont pas suffisamment formées :

(Johanne, Maison Pauline-Julie) :

> Comme changer le pansement ou faire un pansement, excuse-moi, mais moi si c'est infecté, je suis qui? Je suis pas médecin. Je suis pas infirmière. Il y a un bobo avec une gale et une rougeur à l'entour, pour moi c'est infectée. J'ai des enfants et quand ils avaient ça oui il y avait de l'infection. Si je me sers de ma logique, mais quelque part c'est pas à moi de dire, c'est infecté, s'il y a si, s'il y a ça. (...) L'infirmier je trouve qu'il nous délègue pas mal de trucs. Tu sais comme là, on a la loi 90. On a les papiers avec la petite photo et ce qu'ils ont à prendre, déjeuner, dîner, souper, coucher, ça c'est clair. Ils ont des médicaments, on a les dispills de la pharmacie qu'on reçoit. Il y a des erreurs. Est-ce que c'est à moi d'appeler la pharmacie, il y a une erreur dans le dispills? Non. Moi la loi 90 me dit tu donnes

> la médication qui est écrite sur le papier. T'as le droit de donner ce qui a sur la feuille. J'ai aucune notion de c'est quoi le médicament qui prend. Il en manque une dans le dispill? Est-ce que c'est à moi de vérifier si il en manque dans le dispill? Non. Bin eux autres des fois ils disent oui c'est à toi à faire ça... non non. Moi la loi 90 ça me donne la possibilité de donner la médication point du dispill qui arrive de la pharmacie, il y a une erreur de la pharmacie, excuse-moi, mais c'est pas à moi de regarder ça. Ça fait pas partie de mon travail. On s'en rend compte.

Mais ce sont aussi des tâches qui impliquent des compétences et une responsabilité pour lesquelles les préposées ne sont pas reconnues comme telles :

(Clara. Maison Pauline-Julie) :

> Qu'est-ce qu'un préposé en ressource intermédiaire doit faire, je pense si on regarde ça, même le ministre va capoter. C'est toutes les tâches des infirmières qu'on est en train de faire. Donc tu fais pendant qu'il reste dans son bureau. En CHSLD tu n'as pas le droit de donner une pilule, tu as le droit peut-être un jus de pruneau et même là. Donc ici tu donnes tout, tout, tout, tout. Comment un préposé peut être en train de piquer pour une insuline, si il pique sur une mauvaise veine. Il s'en foutait là, il ne regarde même pas comme tu donnes ça. (…) Tu sais des fois la madame a 2 pilules, mais on a trouvé 4 pilules. C'est à nous de vérifier ça hein. Mais qu'est-ce que loi 90 dit? elle dit nous on donne, c'est le nom et je donne, j'ai pas vérifié combien de pilules tu dois prendre. Mais nous, par souci l'habitude, on voit que telle personne âgée a le droit d'en prendre 2 et j'ai passé 1 an à te donner 2 pilules et tout à coup je vois 4, ça va attirer mon attention. L'ordonnance n'a pas changé, il y a un problème. il faut que j'attende que l'infirmière arrive, et " dit merci bcp c'est une erreur de la pharmacie ". Mais si la pharmacie envoie les dispills il faudrait avoir quelqu'un pour vérifier si tout est correct. L'erreur est humaine. C'est à toi de le faire. Je suis pas médecin, je suis pas payé pour.

À partir de ces deux extraits, on peut voir que les frontières entre le travail d'infirmières et de préposées posent des questions de responsabilité morale et professionnelle du point de vue des préposées. Il ne s'agit donc pas seulement de dénoncer une augmentation de la charge de travail. Au-delà, c'est le bien fondé et le sens de la distribution des tâches qui est mise en cause, ce qui ouvre sur la question de la perte de sens et du sentiment du travail mal fait. On comprend alors que les préposées, les moins anciennes en particulier, parlent d'épuisement et de stress au travail, n'étant pas

formées pour l'administration des médicaments qui leur est confiée et dont elles portent cependant la responsabilité.

À l'analyse des entretiens, on peut par ailleurs penser que l'absence de définition claire du travail de préposées, soit l'absence de limites aux tâches qu'elles sont susceptibles d'effectuer, est aussi source de perplexité quant à l'idée d'accepter ou non une nouvelle responsabilité officiellement exclue de leurs tâches fondamentales. Comme nous l'avons vu au chapitre II, la difficulté à nommer le travail, à dresser une liste précise de tâches, à expliciter où commence et où se termine leur travail, à le quantifier, le mesurer, le compter semble caractériser l'organisation du travail en RI et plus largement le travail dit de *care* le plus déclassé. « On fait tout » ; « on touche à tout » ; « on n'est pas seulement préposée, on est aussi infirmière, infirmière auxiliaire, travailleuse sociale, etc. », disent-elles. Et cette absence de mesure et de limite au travail est problématique pour quelques-unes des préposées.

Dans nos entretiens, nous l'avons dit, le « tout » auquel elles font référence pour dire que le travail et les responsabilités qui leur sont confiés sont trop lourds renvoie davantage aux tâches des infirmier.ères ou des autres intervenant.es qu'au ménage ou aux soins liés à l'hygiène des personnes âgées. C'est bien au sujet des tâches des infirmier.ères qu'elles revendiquent une augmentation salariale. Tout se passe en revanche comme si les autres dimensions du travail de préposée ne justifiaient pas de meilleurs salaires en elles-mêmes et pour elles-mêmes.

Mais comme le montre l'échange qui suit, au ressenti vis-à-vis des infirmières s'ajoute une mise en cause du caractère confus du métier de préposée :

(Audrey, Maison St-Aimé) :

> Tu sais on est pas juste préposé, on est infirmier auxiliaire, des fois on est je peux dire travailleurs sociaux, tu sais des fois quand ça va pas bien, on est là pour l'écouter. Des fois on est infirmier, des fois on est..
>
> Q: ménagère…
>
> R : Ménagère oui, on est toute! on est plus rendue préposée, on fait toute, on mérite mieux. Pis tu sais CHSLD et hôpital, ils font juste leur job de préposée et puis ils font pas l'insuline, ils font pas la glycémie, ils font pas la médication, ils font juste leur job. Puis ils sont payés au dernier échelon à 21 de l'heure. Puis nous on est tout, pour un salaire de misère, je peux le dire là, moi c'est 12,36 je trouve que ça aucun sens. C'est rire de nous.

(Clara, Maison Pauline-Julie) :

> Moi je dis qu'en RI si on peut dire, on est des médecins, on est des infirmières, on est des préposées, on est des femmes de ménage, on est tout, on est tout, on est tout, comme je te dis c'est l'exploitation.

Ici, c'est bien le caractère indéfini du travail, le fait qu'il ne semble pas constituer une profession à part entière, qui se trouve associée à de l'exploitation. Aussi, on peut noter que les préposées ne revendiquent pas le statut d'infirmières, la revendication semble plutôt porter sur la professionnalisation de leur propre travail, sa constitution en profession spécialisée avec les limites que cela impliquerait :

(Marjolaine, Maison St-Aimé) :

> (…) chaque personne a un travail spécifique à faire. Les infirmières ont leur job, les médecins ont leur job, chaque personne à une place dans la société. Ce qui veut dire que, l'infirmière ne peut pas faire le job de préposée, parce que vous êtes infirmières. (....) Chaque personne a une étude différente, il y a en a qui ont un bacc, il y a qui un DEC...toute personne à sa place dans la société.

(Johanne, Maison Pauline-Julie) :

> Mais c'est ça que je dis on est rendu on va loin dans notre démarche en tant que préposée là. Tu sais j'embarque ben plus dans l'interaction psychologique et sociale d'une personne que dans mon cours de préposée. Tu comprends que c'est large. En gérontologie on était habitué à ça, on parle de tout. Alors ça m'a servi aussi pour ce cours-là. Préposée, t'es préposée point. Tu t'occupes de ça, ça, ça, et ça et ça s'arrête là. T'as pas de balises plus larges. J'ai ressorti mes papiers dernièrement justement de mon cours de gérontologie pour voir jusqu'à où mes limites. (…) Il y a des choses que je sais parce que tu l'apprends en cours de route. Je remercie mon cheminement de vie parce que j'ai côtoyé des infirmières qui m'ont montré beaucoup de choses, des colostomies, le monde qui sont gavés, quoi faire, j'apprends, mais je ne suis pas infirmière, moi je suis préposée.

b. La dévalorisation du travail

Le deuxième élément associé à la délégation des tâches des infirmières qui participent d'un rapport négatif au travail renvoie justement au fait que ces nouvelles tâches plus « valorisées » qui viennent s'ajouter à la liste indéfinie des tâches des préposées ne s'accompagnent pas d'une reconnaissance salariale ou professionnelle.

Certaines auteures qui se sont penchées sur la question des divisions sociales du travail de *care* entre femmes et sur le métier d'aide-soignante en particulier ont bien montré comment cette profession s'est historiquement constituée par et à travers « un processus de délégation du sale boulot » (Arborio, 2001 ; 2009) infirmier : les tâches les plus lourdes, sales et invisibles se trouvant assignées aux aides-soignantes souvent issues des catégories sociales les plus déclassées (Nakano Glenn, 1992). Cresson et Gadrey (2004) expliquent :

> La difficulté d'émergence et de reconnaissance des activités de *care* est aussi étroitement liée à leur place dans la division du travail entre les professionnel.les. Dans la hiérarchie des métiers paramédicaux, le métier d'aide-soignante s'est progressivement construit par la délégation à un niveau inférieur des tâches que ne veulent plus ou ne peuvent plus effectuer les infirmières (tâches hôtelières ou tâches d'assistance quotidienne auprès des malades), " sale boulot " aux contours mal définis, sorte d'envers des pratiques professionnelles valorisées, cependant

indispensables à leur mise en œuvre (Cresson et Gadrey, 2004 : 24).

Sur notre terrain, on assiste bien à une délégation de tâches des infirmier.ères vers les préposées : la préparation et l'administration de la médication. Mais ces tâches ne sont pas les moins valorisées en raison de leur technicité. Elles ne font cependant pas l'objet d'une reconnaissance salariale ou symbolique dès lors qu'elles sont affectées aux préposées. Au contraire, comme nous l'avons vu, le salaire des préposées en RI est significativement inférieur à celui de leurs homologues qui travaillent en CHSLD et qui ne sont pas soumis à la loi de 90.

Surtout, les entretiens montrent combien le métier de préposée est déclassé, maintenu au bas de l'échelle des qualifications. Les préposées se disent régulièrement dévalorisées par les autres professionnel.les mieux placé.es dans l'organisation hiérarchique de l'institution et plus particulièrement, par les infirmier.ères. :

(Patricia, Maison St-Aimé) :

> On vous regarde comme si vous êtes moins que rien. On les appelle nos professionnelles. (Rires!!!) Et puis, c'est nous qui sommes l'œil, qui font tout et notre travail n'est pas...ce que je n'aime pas, c'est que notre travail n'est pas respecté. (…) Parce que la première personne qui entre en contact avec une personne âgée, c'est la préposée aux bénéficiaires. Parce que les préposées aux bénéficiaires connaissent plus la personne que les infirmières, que les docteurs(,…). Mais nous prenons les préposées pour acquis à quelque chose. (…) même notre patron ne valorise pas notre travail. Je me demande pourquoi? Des fois, je me pose la question. Pourquoi les gens, on court, on travaille avec les gens malades, ils ont besoin de gens, les gens ont besoin de savoir qu'ils sont en sécurité avec quelqu'un. Les gens en ont besoin, ceux qui n'ont pas de famille il faut que vous soyez là pour eux, vous ne serez pas sa fille, mais peut-être vous serez une bonne amie pour le réconfort, le confort tout ça. Mais ce que j'aime pas dans le métier de préposée (...) on ne nous respecte pas autant qu'un intervenant qui travaille, c'est là le manque de respect. Quels que soient ceux qui travaillent autour. Je veux pas dire seulement dans les RI, dans l'ensemble. Même dans les hôpitaux, si par exemple vous voyez une blessure, une ecchymose, vous rapportez ça avec l'infirmière, mais parce que vous êtes préposées, l'infirmière vous parle en l'air. Et puis ce que l'infirmière ne sait pas, il y a beaucoup de préposées ici qui étaient infirmières dans leur pays, qui étaient médecin. (Rires) Comprenez-vous?

C'est d'une part la dévalorisation et la non-reconnaissance du travail des préposées aux bénéficiaires dans les RI et dans la société qui est dénoncée dans cet extrait, mais aussi la non-reconnaissance des compétences de celles qui coordonnent les rapports entre résident.es et autres professionnel.les. Plusieurs revendiquent ainsi la valeur de ce qu'elles font et l'utilité du métier. À la revendication salariale s'ajoute une revendication latente de reconnaissance des compétences réellement mises en œuvre dans le cadre de leur travail, compétences qui leur sont déniées.

Pour conclure, ces deux éléments (le rapport entre le salaire faible et la charge élevée de travail et la délégation des tâches des infirmières dans le cadre de la loi 90), qui sont interreliés, semblent en effet constitutifs d'une insatisfaction au travail. Plus qu'une simple insatisfaction au travail, il ressort des entretiens une souffrance ressentie par rapport aux conditions de travail très difficiles, au caractère indéfini de leur travail et à la dévalorisation de leur profession. C'est principalement à travers des dénonciations qu'elles revendiquent des améliorations majeures de leurs conditions de travail. Enfin, bien que ce rapport négatif au travail soit significativement plus présent dans l'ensemble des entretiens, d'autres facteurs semblent participer d'une satisfaction qui leur permet de « tenir » au travail.

3.2 Éléments constitutifs d'un rapport positif au travail

Deux éléments semblent effectivement être constitutifs d'un rapport plutôt positif au travail dans nos entretiens. Tout d'abord, les préposées soulignent la présence d'une certaine marge d'autonomie dans l'organisation du travail et la gestion du temps. Cette dimension du travail, spécifique au contexte des RI, parait en effet être très appréciée des préposées que nous avons rencontrées. Ensuite, comme cela est documenté dans la littérature sur le travail de *care*, les préposées disent « aimer leur travail » et avoir « l'amour du métier » malgré les difficultés qui y sont liées.

3.2.1 L'autonomie et la flexibilité dans l'organisation du travail

La marge de manœuvre et l'autonomie toutes relatives dont disposent les préposées dans l'organisation de leur travail constituent une première dimension positive du travail. Pour plusieurs, il s'agit là d'une bonne raison de continuer à travailler dans les RI plutôt qu'en CHSLD. Selon les entretiens que nous avons réalisés, les PAB ont d'abord effectivement la possibilité de modifier l'ordre des tâches quotidiennes qu'elles ont à effectuer même si cet ordre est initialement prévu par l'institution.

Plusieurs soulignent l'absence assez fréquente des superviseur.es et des adjoint.es administratif.ves durant les journées de travail. Elles nous ont expliqué que ces dernier.ères sont présent.es au travail en majorité durant la journée et la semaine (elles et ils sont en congé, le soir, la nuit et durant les fins de semaine). De plus, elles et ils sont absent.es plusieurs semaines durant l'été. De ce fait, les préposées nous ont expliqué qu'elles travaillent souvent sans supervision. Certaines ont aussi souligné la confiance bidirectionnelle entre les superviseur.es et les préposées plus régulières. De ce contexte, il apparaît que les préposées préfèrent se sentir autonomes à l'égard d'une supervision parfois contraignante. Selon elles, cela participerait d'une ambiance plus « familiale » et moins hiérarchique qui serait spécifique au milieu de travail en RI et qu'on ne retrouverait pas en CHSLD :

(Patricia, Maison St-Aimé) :

> Si on ne regarde pas les salaires, dans les RI c'est comme si il y a un sens familial. Dans les RI, quand on travaille, c'est comme si c'était une famille. Mais comme dans le CHLSD c'est comme si on court. La seule différence qu'il y a dans un RI, c'est qu'on n'a pas de superviseur qui est là 24 sur 24. J'ai mon travail à faire, je sais quoi faire, je le fais.
>
> Q: Donc vous avez une autonomie en quelque sorte…

> R: Oui. Une autonomie de travail, mais dès que le travail est fait. Comme notre patron nous avait dit " vous avez vos tâches, vous êtes adultes, dès que la tâche est faite...

Pouvoir organiser leurs temps, choisir le bon moment pour les différentes tâches (en particulier les douches et les bains à donner aux résident.es), planifier dans une certaine mesure, leurs horaires, est un aspect agréable du travail et cette autonomie serait spécifique aux RI selon les travailleuses rencontrées:

(Patricia, Maison St-Aimé) :

> Parce qu'on travaille à notre rythme. Ce qui veut dire que c'est pas comme si vous courez. Si par exemple que, vu que moi j'ai pas de résident en suivi, ceux qui ont des résidents en suivi, ce qui veut dire que pour leur douche, pour laver leur linge, tout ça, alors c'est à vous de contrôler quand vous donner la douche. Parce que c'est à vous de gérer votre travail. Parce que vous avez une liste, votre nom, vous avez tant de résidents, pour les toilettes partielles c'est l'ensemble. Mais pour les douches, il y en a qui ont 4 personnes en suivies, ces personnes-là, si par exemple, lundi il a une douche, vous vous savez si par exemple si vous demandez au résident, voulez-vous prendre votre douche aujourd'hui? Vous le donnez quand, mais dès que la douche est donnée pendant la semaine. C'est nous qui gérons notre travail. (...) En accumulation pendant la journée, t'as si à faire, t'as si à faire, c'est à moi de voir, alors aujourd'hui je vais faire ça, demain je vais faire ça, pour les tâches tous se font pendant la semaine. (...) Bon je dis j'ai tout ça à faire et c'est aujourd'hui que je vais le faire. Ce qui veut que j'ai pas un boss qui va me dire, tu n'as pas fait si, mais juste moi je sais il faut que je fasse mon travail.

(Mélissa, Maison Maison St-Aimé) :

> C'est ça que j'aime aussi, ici je planifie mon travail tandis qu'en CHSLD non, je peux pas faire ça. Faut que ça soit comme aujourd'hui c'est aujourd'hui, c'est pas dimanche. C'est lundi. Dans le fond c'est toi qui planifies ton horaire.

(Clara, Maison Pauline-Julie) :

> La seule chose qu'il y a, il faut dire aussi, dans les RI, pour ici personnellement, parce que j'ai pas passé toutes les ressources, c'est que je peux décider de ne pas donner ma douche, parce que c'est assez là. Comme là j'avais 3 douches, j'ai juste

> donné 2 douches, j'ai dit je laisse faire. Il n'y a personne qui va te demander pourquoi tu ne donnes pas. Donc ça, c'est un avantage, donc c'est à toi de te gérer, mais tu vas t'assurer toute la conscience professionnelle, d'assurer de faire pendant la semaine, ça, c'est un avantage que je trouve, tu sais. Il n'y pas quelqu'un en arrière de toi qui va demander pourquoi tu l'as pas fait. (...) Il y a une certaine confiance aussi. Parce que quand ils sont partis 2 ou 3 semaines en vacances là où ils veulent dans le pays qu'ils veulent c'est correct, mais ils ne se font pas de soucis parce qu'ils savent que les résidents sont bien gardés. Les parents (les enfants) qui vont venir ils vont dire, c'est pas tous qui sont méchants là, il y en a qui disent, ma mère est bien, mon père est bien, mon oncle est bien là où il est, merci.

Cette flexibilité dans le travail qui leur permet de réorganiser certaines tâches dans la journée ou semaine de travail, semble effectivement leur procurer un sentiment d'autonomie et de contrôle sur leur processus de travail. De l'enquête, il ressort que cette dimension du travail en RI leur permet de « tenir le coup » dans les rythmes de travail et constitue un élément décisif qui encourage davantage les travailleuses à travailler dans les RI plutôt qu'en CHSLD :

(Clara, Maison Pauline-Julie) :

> Q: Qu'est-ce qui fait en sorte que vous restiez dans une RI plutôt que dans les CHSLD? Est-ce que c'est l'ambiance?

> R: Mais il n'y a pas d'ambiance [en CHSLD]. T'es toujours stressé, parce que tu cours par ici et par là, comme je te dis, l'amour du métier, parce que le plus souvent tu vas jaser avec cette madame-là, tu vas parler avec la madame, parce qu'elle est plus ou moins entre guillemet autonome qu'en CHSLD. Donc qu'est-ce qui va faire que tu restes encore ici, comme je te dis tu peux décider aujourd'hui de ne pas donner la douche, je le mets pour demain, donc tu peux décider de dire, mais c'est sûr qu'il y a des affaires que tu peux pas décider de dire c'est fondamentale, il faut que tu le fasses. En RI c'est plus flexible, si tu dis bon je m'en fou, j'appelle aujourd'hui je rentre pas. Ils ne vont pas te poser de question, pourquoi tu rentres pas. (...) Donc... tu dis bon pour ça t'sais.

Cet extrait nous apprend également que les superviseur.es paraissent compréhensif.ves et flexibles par rapport aux absences au travail. Dans le même ordre d'idées, une des préposées associe cette autonomie à une certaine liberté dans la planification des

pauses. Comme nous l'avons montré dans le chapitre I, bien que parfois elles n'aient pas le temps de prendre des pauses, quelques-unes disent pourtant apprécier la possibilité de choisir le moment de leur pause, selon les cas :

(Audrey, Maison Pauline-Julie) :

> Q : Au niveau des pauses, certaines disent " ok oui on peut être dérangée, mais en même temps on peut choisir quand on prend nos pauses un peu". Il y a comme une certaine autonomie.
>
> R : Bin c'est ça qui est le fun, c'est que tu peux décider, ok maintenant c'est ma pause, dans le sens que je vais prendre une dizaine de minutes pour me reposer, ça c'est bien. Mais en même temps, ça dépend aussi de qui tu es, puis avec qui tu travailles. (...) ça dépend ce que la personne veut faire, parce que moi personnellement, quand je vais travailler je sais que mon corps à un moment donné est fatigué, mes pieds sont fatigués, alors je vais m'asseoir, je vais attendre, mais je reste toujours alerte. J'essaie tout le temps de voir qui ne va pas ou qu'est-ce qui se passe et quand vraiment je veux vraiment prendre une pause, ben je vais souvent venir ici (au salon) m'asseoir une dizaine de minutes, mais ça, ça va être vraiment avant la fin de mon shift, si je finis de faire toutes mes tâches. Je vais venir ici, m'asseoir une 15 de minutes puis retourner faire le tour et après ça si je vois que tout est correct je reviens. Tu prends des pauses comme tu le sens, mais ça dépend de qui tu es aussi.

Les entretiens que nous avons réalisés nous permettent de dire que, malgré les conditions de travail très difficiles et le sentiment d'être exploité.es, l'autonomie dans le travail, le sentiment de contrôler et de gérer son temps, semblent faire partie des aspects du travail en RI au fondement d'un rapport plutôt positif au travail dans le discours des préposées.

Il convient toutefois de nuancer les discours sur l'autonomie et la flexibilité dans le travail. Tout d'abord, elles ont mentionné que l'absence provisoire de leur superviseur.res engendre indirectement une augmentation de leur charge de travail. Il semblerait en effet y avoir une forme de délégation des tâches résultant de l'absence de ce personnel. Ensuite, il faut resituer la flexibilité dans l'organisation des tâches dans

le contexte d'intensification de la charge de travail avec laquelle les préposées doivent composer. En effet, par sa « nature » imprévisible et indéfinie et en raison du roulement de personnel élevé, il est très difficile pour les préposées d'accomplir le travail tel qu'il est prévu par l'institution. Elles doivent de ce fait élaborer des stratégies pour « tenir » dans le travail, qui sont par la suite, de toute évidence, acceptées par la direction de l'établissement.

C'est ce que Dejours (2013) nomme les « ficelles de métier » qui apparaissent justement dans les moments où les travailleur.ses sont incapables d'accomplir l'activité de travail telle qu'elle est prévue par l'institution. C'est ce qu'il nomme « faire l'expérience du réel ». Le réel du travail est « ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance à la maîtrise technique du procès de travail » (Dejours, 2013). C'est à ce moment-là où le ou la travailleur.se « invente une ficelle du métier ». La réorganisation de la planification des tâches par les préposées elles-mêmes semble, selon nous, s'inscrire dans ce schéma et, en ce sens, constitue un travail en soi. Il n'est toutefois pas reconnu comme tel par l'institution et par les préposées elles-mêmes, ce qui du même coup l'invisibilise. L'autonomie et la flexibilité dans le travail constituent par conséquent une modalité d'organisation du travail qui découle de l'intensification de la charge de travail et de la nature indéfinie et imprévisible des tâches.

De la même manière que l'autonomie renvoie à un moyen pour « tenir » dans le travail, nous verrons dans la prochaine section que les discours sur l'amour du métier, s'il rend effectivement compte d'une satisfaction au travail, constituent également une stratégie visant à dépasser les difficultés du métier.

3.2.2 Le discours de l'amour du métier

La rhétorique de l'amour du métier se retrouve dans la majorité des entretiens que nous avons réalisée. En effet, lorsque les préposées parlent des motivations à exercer ce

métier ou lorsqu'elles discutent des difficultés du travail, elles sont nombreuses à exprimer leur « amour du métier ». L'analyse de ces discours révèle que cet amour du métier se constitue principalement en rapport avec la dimension relationnelle du travail. Toutefois, nous verrons que, paradoxalement, ce travail relationnel participe de la précarisation des conditions de travail de ces travailleur.ses. Enfin, nous consterons que cette rhétorique rend compte des difficultés du métier, puisqu'au final, il apparaît que cet amour pour le métier est une condition nécessaire à son accomplissement.

a. L'amour comme motivation à exercer le métier : « j'aime le métier… »

Lorsque les préposées disent aimer leur travail, c'est principalement, sinon exclusivement, en référence à la dimension relationnelle du travail. Ce qu'elles aiment est de venir en aide aux personnes âgées plus vulnérables ou encore de développer une relation avec elles, de les « faire sourire », de travailler *avec* elles. C'est cette dimension du travail que les travailleuses valorisent :

(Marjolaine, Maison Pauline-Julie) :

> J'aime aider. J'aime aider c'est pour cela, j'ai la patience. Un jour ça sera ton tour, est-ce que tu aimerais être maltraité ? Est-ce que tu aimerais être traité la même façon.

(Mélissa, Maison St-Aimé) :

> J'aime aider les gens, je sais qu'ils sont en perte d'autonomie alors j'aime les aider tu sais dans leur déplacement. Parce que j'aime ça (rires).
>
> Q: C'est quoi la formation ?
>
> R : Dans le fond, j'ai fait un stage 1 mois et puis après ça j'ai appris le PDSB pendant 1 mois, comment faire des positionnements sans se briser le dos. Après ça, comment communiquer avec les résidents. J'ai vraiment adoré.

(Johanne, Maison Pauline-Julie) :

> C'est ça. Moi, ce qui me fait venir ici, c'est jamais pareil d'une journée à l'autre, c'est eux autres (les personnes âgées). C'est vraiment les personnes âgées, tout ce qui a rapport avec eux autres, du point de vue, comme le monsieur on a du plaisir avec lui et des fois on en a pas, mais je réussis toujours à le faire sourire puis il réussit toujours à donner une cigarette... Tu l'as ou tu l'as pas, tu l'as innée. Mais moi j'adore mon métier. Je changerais pour rien au monde, à moins d'aller pour infirmière, mais ça c'est une autre histoire.

(Gavin, Maison Pauline-Julie) :

> En Angleterre. Quand j'ai commencé à travailler là-bas c'est là que j'ai aimé vraiment. J'ai dit " ça, c'est mon domaine ". Je travaillais avec les personnes âgées de la Seconde Guerre mondiale. Ce que j'ai vraiment aimé dans ce travail c'est que quand tu fais quelque chose pour ces personnes tu vois leur sourire sur leur visage, c'est ça qui fait ta journée. Ils sont contents et toi aussi t'es content. (…) C'est ça que j'ai aimé travailler avec des gens, des personnes. C'est quelque chose de bien.

La relation d'aide apparaît dans les discours comme une façon pour les préposées de donner du sens à leur métier. Pour Makridou « pour faire face à la pénibilité du " sale boulot ", les employées éprouvent leur engagement professionnel en associant la réalisation de ces tâches à l'idée d'aide aux personnes âgées » (Makridou, 2014 : 311).

De nombreuses préposées ont également discuté du fait que dans les RI, comparativement aux CHSLD, elles ont plus de temps avec les résident.es et ont de ce fait de meilleures relations avec elles :

(Mélissa, Maison St-Aimé) :

> R : heu parce qu'on a plus de temps avec le résident. On a plus une bonne approche, tandis qu'en CHSLD c'est vite, vite, vite, go. Tu sais t'as pas le temps vraiment d'avoir une approche avec le résident. Tandis qu'ici... on fait des activités avec eux, on a plus de temps, tu sais on peut jouer avec les ongles des résidents, les madames aiment ça.

> (…) [En CHSLD] C'est plus rapide, il n'y a pas beaucoup de temps avec les résidents. C'est pour ça que j'aime mieux rester ici, il y en a qui me demande d'aller en CHSLD, à l'hôpital, mais moi je me pose des questions, est--ce que je serais bien là-bas, oui côté salaire, mais est-ce que je vais être bien, oui il y a le salaire, mais je me demande si je vais être bien dans où que je vais être. Tandis qu'ici je me sens bien avec les résidents, mais c'est le salaire…tu comprends.

(Audrey, Maison Pauline-Julie) :

> Moi c'est le côté plus, parce qu'à la fin tu vas toujours avoir un lien avec eux, pis tu vas être comme " ah elle c'est comme une grand-maman " puis en CHSLD t'as pas le temps pour ça, t'as pas le temps pour t'asseoir. Parfois je m'assois à côté d'eux et je suis comme " puis ça va " ils me disent " oui " et me commence à me parler de choses qui leur passent par la tête... (...) t'sais ces genres de relation là qui fait que t'as pas ça dans les autres ressources. Comme quand je parle à ma mère de ça, ma mère dit " moi j'ai pas de temps pour avec des liens avec les personnes avec qui je travaille " Moi je suis juste comme " bah" moi au moins j'ai la chance d'avoir des liens avec eux, parfois j'argumente même avec une parce qu'elle est un peu Alzheimer et dès qu'elle voit quelqu'un dans la cuisine elle pense que la personne a faim fek elle elle cherche plein d'affaires et nous on essaie d'arranger la nourriture pour pas qu'elle le gaspille " et nous on est comme non laissez le tranquille " on s'engueule pas, mais je finis par lui faire comprendre qu'il a pas faim. À la fin de la journée, ça te tanne, mais quand tu rentres chez toi tu commences à rire parce que t'expliques ça ta sœur ou ta mère pis ils partent à rire. C'est ça que j'aime.

Ces extraits d'entretiens montrent dans quelle mesure la relation avec les résident.es est importante pour les préposées et participent de leur rapport positif au travail, et plus spécifiquement dans les RI. À tel point que certain.es d'entre elles disent ne pas vouloir travailler dans les CHLSD en dépit de conditions de travail plus avantageuses, parce qu'en RI, elles « ont plus de temps avec les résident.es ».

Makridou (2014) a montré que les milieux de travail peu hiérarchisés sur le plan socioprofessionnel se caractérisent par une moindre fragmentation du processus de travail de *care*. Elle s'appuie sur l'étude de Estryn-Déhar et *al.* qui conclut dans un travail de recherche sur le travail de soin en gériatrie que « l'isolement et la parcellisation du travail réduisent les possibilités de soins relationnels en gériatrie » (2011 : 89). Autrement dit, Makridou (2014) défend l'hypothèse selon laquelle

l'implication des travailleuses dans plusieurs étapes du processus de travail rend plus forte la relation entre les travailleuses du *care* et les patient.es. Elle avance que « la fonction polyvalente des assistantes de vie permet d'exercer un contrôle plus global sur le processus de *care* » qui à son tour contribue à renforcer la relation entre les résident.es et les travailleur.ses (Makridou, 2014 : 345). Cela pourrait contribuer à expliquer que les préposées disent « avoir plus de temps avec les résidents » en RI, malgré une charge de travail plus intense qu'en CHSLD.

Cependant, comme nous l'avons abordé dans le chapitre II, l'imprévisibilité inhérente à la dimension relationnelle du travail des préposées tend à intensifier la charge de travail et semble donc participer des difficultés dans le métier. En effet, l'analyse de leur travail nous a permis de montrer comment l'aspect relationnel participe d'une imprévisibilité dans le travail qui, à son tour, contribue à déstabiliser les rythmes de travail et l'organisation des tâches. Cet aspect du travail implique en retour une disponibilité permanente des travailleur.ses pour répondre au besoin des personnes âgées et, en ce sens, constitue un aspect contraignant de leur travail.

De plus, nous avons vu que ce travail relationnel ne fait ni l'objet d'une reconnaissance symbolique, salariale ou matérielle. Les tâches qui lui sont associées, bien qu'indispensables, sont invisibilisées et les compétences requises pour les effectuer ne sont pas reconnues sont donc implicitement renvoyées à des qualités qui seraient naturelles ou innées. De ce fait, le travail relationnel est difficilement associé à de réelles qualifications et compétences puisque « contrairement aux compétences, ces qualités, qui désignent des manières d'être, des aptitudes et des traits de caractère sont pensées comme innées, intimement constitutives de la personnalité et relevant de la " nature féminine " » (Cresson et Gadrey, 2004 : 36). L'analyse du rapport des infirmières à cet aspect relationnel du travail de Kergoat et *al.*, montre justement comment la « confusion entre personne et rôle professionnel enferme l'infirmière dans

le champ de la morale professionnelle et compromet par là même ,la construction du relationnel en qualification sociale » (1992 : 77).

Dans le même intervalle, Arborio (2001 ; 2009) montre dans ses recherches que les compétences requises pour exercer le métier d'aide-soignante correspondent à un « savoir-soigner profane » et un « savoir lire le social » qui ne sont pas reconnues comme de réelles compétences dues à leur association à la sphère domestique. Elles seraient ainsi assimilées à une nature spécifiquement féminine et invisibilisées et dévalorisées sur cette base. C'est ce que Dussuet (2005a) a par ailleurs conceptualisé dans son analyse par le concept de « prégnance du modèle de la domesticité » dans la sphère salariale. Selon elle, l'« extension de la logique du don », reliée à la gratuité du travail domestique non rémunéré, dans les emplois de services rémunérés du *care*, participe à occulter le travail réellement accompli des travailleuses, dont l'« engagement subjectif » particulièrement.

Enfin, si le discours de l'amour du métier nous a permis de relever des éléments constitutifs d'une satisfaction au travail, nous nous apercevons que ces derniers semblent paradoxalement contribuer à la difficulté des conditions de travail des préposées en invisibilisant les compétences mises en œuvre pour réaliser leur travail.

b. L'amour comme injonction et moyen de surmonter les difficultés du travail : « Il faut aimer ça… »

La rhétorique de l'amour du métier apparaît dans un deuxième temps sous la forme d'une injonction dans nos entretiens. En effet, selon certaines préposées, pour exercer le métier, « il faut aimer ça », « tu dois aimer ça ». Il s'agit là d'une nécessité pour tenir le coup. Comme en témoignent les citations qui suivent, lorsque les préposées mobilisent cette rhétorique, elles évoquent le plus souvent les difficultés du métier et des conditions de travail :

(Patricia, Maison St-Aimé) :

> Alors pour mettre le pain sur la table vous trouvez à faire. Je suis devenue PAB. Mais le PAB, la première fois que je l'ai fait, j'ai dit ". Mais pourquoi je ferais ça " parce que c'est pas un métier facile. C'est pas facile du tout, mais pour faire ce métier-là, il faut avoir l'amour. Si vous n'avez pas de l'amour, vous ne le ferez pas. Parce que c'est un métier humiliant, des insultes, c'est comme si on voit tout pour rien (?). Alors je me suis dit bon, vu qu'on est là, on a la famille, j'ai ma mère peut-être on va exercer le métier, il faut avoir de l'amour, si vous n'avez pas de l'amour vous ne faites pas de PAB. C'est un job, c'est dur 1. Et c'est pas un job facile. Vous le faites avec cœur et avec l'amour. Sans ça vous n'y arrivez pas.

(Marjolaine, Maison St-Aimé) :

> Q: Au niveau de votre entrée dans le métier, qu'est-ce qui vous a amené à exercer le métier de PAB?

> R : Heu, honnêtement, il faut aimer. Si tu n'aimes pas, tu peux pas embarquer. Ça, c'est la première chose. Il faut aimer. Bonne communication, avec les résidents, avec vos collègues.

Au travers du prochain extrait, on voit bien que l'amour du métier s'impose, pour cette préposée, comme moyen pour supporter sa faible rémunération, comme si « aimer le métier » venait compenser la non-reconnaissance salariale. C'est sans doute ici que l'on voit le mieux en quoi la rhétorique de l'amour s'accorde avec l'idée de vocation et la logique du don :

(Marjolaine, Maison St-Aimé) :

> Q: Est-ce qu'il y a des tâches qui pour vous sont plus difficiles à faire et d'autres, plus agréables ?

> Il n'y a pas désagréables. Des fois, il y a des dégâts de selles, c'est pas un cadeau, les chicanes c'est pas un cadeau, il y a des affaires, mais tu peux pas dire que je n'aime pas. Si tu n'aimes pas c'est mieux d'aller. C'est mieux de changer, parce que je m'excuse de dire ça, parce qu'avec le salaire qu'on a on peut aller travailler chez Tim Horton, mais il faut aimer.

Plusieurs recherches portant sur des métiers « féminins » similaires (infirmier.ères, aide-soignante, aide à domicile, etc.) ont mis en évidence ce rapport paradoxal entre « amour du métier » et difficultés dans le travail. Ces auteur.es ont expliqué que cette rhétorique de la vocation constitue un moyen pour les travailleuses de dépasser ces difficultés tant au niveau du dégoût de la tâche (le nettoyage des selles), de l'intensité de la charge de travail ou des conditions de travail très difficiles (Aubry, 2013 ; Arborio, 2009 ; Molinier, 2004 ; 2013 ; Dussuet, 2005b ; 2008).

Dans ses travaux, Aubry conclut effectivement que cette rhétorique « permet d'accepter plus facilement les difficultés du métier et de " tenir " face à des situations professionnelles difficiles » (*Ibid.* : 2). Paradoxalement, il explique qu'elle rend compte « du processus par lequel leurs compétences professionnelles ont été transmises » (Aubry, 2013 : 2) et qui au final tend à naturaliser les compétences requises et transmises.

En analysant le discours de l'amour Molinier montre que :

> L'éthique du *care* est plutôt investie comme une forme de résistance ou de subversion des rapports de domination, dans la mesure où " l'amour des personnes âgées " est ce qui donne sens au travail et permet d'en surmonter les aspects dégoutants et humiliants ; qu'il s'agisse du sale boulot ou de la servitude (2013 : 151).

Dans d'autres travaux, l'auteure remarque que ce discours de l'amour dans les métiers du *care* apparaît paradoxalement davantage dans des contextes où l'organisation du travail est plus contraignante : « comme si celui-ci compensait tous les maux de l'organisation du travail » (Molinier, 2004 : 21). À cela, elle ajoute que « l'amour peut légitimer une défense contre le déficit chronique de reconnaissance du travail » (*Ibib.* : 21). Molinier associe donc l'utilisation et la portée du discours de l'amour du métier aux aspects humiliants et dégoûtants du travail, à l'organisation du travail

problématique ou déficiente et au déficit de reconnaissance symbolique ou matérielle du travail. Autrement dit : « il faut enjoliver pour taire le négatif » (*Ibid.* : 20)

Dans la même optique, Makridou associe l'« amour des personnes âgées » à une forme de « gestion émotionnelle ». Elle explique que ce discours « permet aux salariées de gérer leur dégoût et à faire face aux conditions difficiles du travail » (2014 : 244). Pour Makridou, ce serait l'amour pour les personnes envers qui le travail est réalisé qui leur permettrait de faire face aux situations du travail émotionnellement et physiquement difficile.

À partir de ses enquêtes de terrain sur le travail des femmes dans les sphères domestique et marchande, Dussuet constate que le discours de l'amour est effectivement très présent dans les dires des femmes. Elle explique que tant dans le cadre domestique que salarial, le lien de l'amour, qui se développe et prend forme à travers « l'engagement subjectif » des travailleuses, est nécessaire pour accomplir le travail puisqu'il lui donne sens et permet de transfigurer son contenu de « sale boulot ». Toutefois, elle observe qu'afin de prouver cet amour, il est paradoxalement nécessaire pour les travailleuses de nier le travail (Dussuet, 2005b). Autrement dit, pour « dire l'amour », il faut « taire le travail ». Plus que de nier, « l'amour oblige au travail » (*Ibid.* : 91). Rappelons que le discours de l'amour, selon Dussuet (*Ibid.*), s'inscrit dans le registre de la domesticité qui structure le travail domestique dans la sphère privée et se caractérise par une logique de don. Les travailleuses se retrouveraient en effet dans ce qu'elle nomme un « cercle du don »:

> Prises dans le cercle du don, certaines salariées en arrivent à ne plus pouvoir limiter leur investissement : comment refuser un service supplémentaire à celui ou celle qui n'est plus un simple client, mais d'abord une " petite grand-mère " qui remplace celle que l'on a perdue, le " papi " que l'on aurait aimé avoir ou plus simplement, une jeune maman débordée comme on l'a été soi-même? » (*Ibid.* : 91)

À partir de ces recherches, elle constate que cette logique du don, intimement lié à l'amour et dans laquelle les salariées sont prises, a pour effet d'occulter, invisibiliser et dévaloriser le travail de ces femmes et, par le fait même, les compétences mises en œuvre pour le réaliser. De cette analyse, elle conclut :

> Le silence sur le travail effectué (principalement par les femmes) a aussi pour résultat l'occultation de ce domaine réservé, féminin. On peut y voir la source de la dévalorisation du travail domestique et, à travers ses mécanismes d'invisibilisation, une condition de perpétuation de la division sexuelle du travail. C'est dire qu'en cela, l'amour contribue à la reproduction de rapport de domination entre les sexes, tant dans l'espace privé que dans l'espace public. (*Ibid.* : 89).

Ainsi, pour cette auteure, l'amour, qui s'enracine dans « l'engagement subjectif » des travailleuses, s'il est un effet des rapports sociaux de sexe, constitue en retour une des modalités de la division sexuelle du travail qui assure sa reproduction. Ses travaux rejoignent alors ceux de Kergoat (2012) pour qui les enjeux de la non-qualification et de la non-reconnaissance des compétences réellement mises en oeuvre par ses travailleuses *care* sont centraux dans l'analyse des rapports sociaux de sexe.

Conclusion

Ce dernier chapitre d'analyse nous a permis de mettre en lumière un rapport au travail fortement caractérisé par un sentiment d'injustice. Les préposées ont en effet dénoncé, d'une part, la faiblesse salariale en regard de l'amplification de la charge de leur travail et, d'autre part, un transfert des tâches initialement réservées aux infirmières par la loi 90. Elles revendiquent une augmentation significative de leur salaire et demandent à ce que les limites de leur travail soient davantage respectées. À partir des propos recueillis dans les entretiens, il semble que ces deux enjeux sont liés au caractère indéfini du travail que réalisent les PAB, notamment dans les RI. Bien que nous puissions nous attendre à ce que les tâches découlant de la loi 90 contribuent à un sentiment de valorisation dû à leur association à des professions hiérarchiquement mieux placées,

nous avons constaté à l'issue des entretiens qu'elles éprouvent plutôt un sentiment de dévalorisation relative à leur travail.

Ce chapitre nous a ensuite permis de mettre en évidence les ambivalences et les paradoxes qui se dégagent des discours des préposées : entre ce sentiment d'injustice et l'« amour du métier », entre la défense de la valeur du travail et de son importance et la dénonciation des conditions de travail. Nous nous sommes par ailleurs arrêtées sur « l'amour du métier » qui se trouve régulièrement revendiqué dans nos entretiens. Si d'un côté, on peut dire avec Molinier (2014), Dussuet (2005b) et Aubry (2013) que ce discours signale une forme de résistance face à la dévalorisation du travail de préposée, d'un autre côté, nous avons vu que celui-ci a pour effet « pervers » de naturaliser les compétences réellement mises en œuvre par les préposées dans leur travail en les renvoyant à des qualités naturellement acquises et, de ce fait, participe de leur exploitation en tant que travailleuses salariées.

La naturalisation des qualifications dans ce travail constitue un enjeu fondamental des divisions sociales du travail, qui sont à la base des rapports d'exploitation, d'oppression et de domination (Kergoat, 2012). En effet, pour Kergoat (*Ibid.*), la faible qualification constitue en effet une des modalités des divisions sexuelle, capitaliste et raciale du travail, auxquelles nous pouvons ajouter la division raciale du travail. D'autres éléments abordés dans ce chapitre semblent également constitutifs de l'organisation hiérarchique du travail contribuent à leur exploitation en tant que travailleuses du *care*. En effet, les caractères indéfini, indéterminé et imprévisible des tâches auxquels correspond une disponibilité permanente des préposées pour les personnes âgées dans leur travail renvoient à des caractéristiques qui se trouvent au fondement de la division sexuelle du travail (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985). De plus, le processus de délégation du « *dirty work* » vers des groupes de femmes subordonnées par leur appartenance de classe et de race constitue pour Glenn (1992) l'un des moyens par lequel la division raciale du travail se perpétue. De nombreux travaux sur la division raciale et

internationale du travail « reproductif » ont montré comment la mise au travail des femmes racisées dans les métiers de *care* participe corollairement de la reproduction des rapports sociaux de race et des rapports sociaux entre femmes différemment positionnées dans les rapports de classes (Glenn, 1992 ; Falquet, 2009 ; Scrinzi, 2013).

L'objectif de ce dernier chapitre consiste également à saisir à travers les discours des préposées, le degré de résistance des travailleuses palpable notamment à travers la présence ou non d'une conscience de la sexuation et racisation et d'une rupture avec le discours de la vocation préalable à la constitution du collectif pouvant potentiellement aboutir à de meilleures conditions de travail. Dans ses travaux sur la lutte des ouvrières (1978) et des infirmières (1992), Kergoat (2012) montre que ce n'est pas l'appartenance au groupe de travailleuses (ouvrières / infirmières) qui leur ont donné un rapport de force politique, mais plutôt l'appartenance à un collectif[32] ayant conscience de leur domination et permettant l'apparition d'une conscience de genre et de classe. Tout comme les ouvrières chez Kergoat, les préposées sont nombreuses à se dire exploitées en tant que travailleuses dans les RI et semblent donc en ce sens remettre en question le rapport salarial qui les exploite. Toutefois, des entretiens, nous n'avons retrouvé une conscience de la sexuation et racisation des mécanismes de cette exploitation (Kegoat, 2012 : 247). Pour Kergoat, cette prise de conscience constitue une des conditions du passage du « Je » au « Nous » qui, lui, est constitutif d'un rapport collectif au travail potentiellement subversif. De plus, selon l'auteure, la rupture avec le discours de la vocation constitue également une des conditions nécessaires pour l'établissement d'un rapport subversif à la qualification.

Notre enquête révèle cependant que cette rupture n'est pas tout à fait entamée puisque, comme vu dans ce chapitre, le discours de la vocation est bel et bien présent dans les discours des travailleuses. Nous pouvons conclure de ce chapitre que la résistance des

---

[32] Le groupe est une collection d'individu.es et le collectif un système à forte capacité d'action politique (Kergoat, 2012).

préposées ne prend pas la forme d'une conscience de la sexuation et la racisation et corolairement d'une rupture avec la vocation dans les discours. Bien qu'elle soit bien tangible à travers des dénonciations individuelles, nous ne pouvons pas dire que cette résistance s'est (encore) constituée en rapport collectif. Quoiqu'une résistance par rapport à la qualification ait été formulée par les préposées, les liens entre les divisions sexuelles et raciales du travail et leur exploitation en tant que travailleuses dans les RI n'ont pas été soulevés durant les entretiens. Ainsi, nous n'avons pas retrouvé dans les entretiens des références à une appartenance collective de sexe ou de race. Nous avons toutefois pu remarquer une référence à un « nous » qui semble être formulé autour de la catégorie professionnelle « préposé.e aux bénéficiaires ».

CONCLUSION

Ce mémoire se proposait d'interroger le rapport au travail des PAB en RI à la lumière des différents constats issus de la littérature qui s'intéresse à ce secteur d'emploi dont on sait qu'il constitue un ghetto d'emplois féminins déqualifiés et qu'il concentre des travailleur.ses migrant.es et / ou racisé.es en raison de l'organisation sexuée et racialisée du marché du travail. Comprendre le rapport au travail des PAB en RI supposait d'examiner leurs conditions d'emploi, de documenter leur activité de travail en elle-même et de chercher à saisir le sens que les PAB donnent à cette activité, la manière dont elles conçoivent son utilité, ce qu'elles valorisent ou non, en d'autres termes, les motifs du choix du métier, les difficultés rencontrées et les moyens développés pour leur faire face, pour ne pas dire les moyens de résistance.

Pour réaliser cette recherche, des entretiens guidés ont été réalisés auprès des dix préposées aux bénéficiaires travaillant dans deux RI à Montréal. La démarche méthodologique était donc qualitative et le guide d'entretien mobilisé s'articulait autour de 5 thèmes principaux : les conditions de travail, le travail et les tâches quotidiennes et leur organisation temporelle, les relations de travail et, enfin, les inégalités et discrimination vécues.

Les trois chapitres d'analyse qui composent ce mémoire répondent aux trois questions de recherche que nous avons formulées. 1) Le premier visait à rendre compte des conditions d'emploi des PAB en RI et de leurs spécificités par rapport à celles qui prévalent en CHSLD. 2) Dans le deuxième, nous avons analysé l'activité de travail de *care* en répondant aux questions suivantes : *En quoi consiste le réel du travail des PAB, pose-t-il et en quoi problème par rapport au travail prescrit ?* 3) Le dernier chapitre répondait quant à lui aux questions relatives au rapport paradoxal au travail entre amour et pénibilité : *Comment les PAB investissent-elles positivement et négativement à leur travail ? Qu'est-ce que les PAB aiment de leur travail et inversement qu'est-ce qu'elles*

n'aiment pas et qui le rendent difficile? Comment résistent-elles aux difficultés du travail?

Dans les paragraphes qui suivent, les résultats principaux par chapitre d'analyse seront présentés et seront suivis d'une discussion théorique. Nous en conclurons sur les limites de notre recherche tout en proposant des pistes de réflexion.

Ce mémoire montre d'abord que les préposées en RI partagent certaines conditions d'emploi avec celles des PAB en CHSLD, notamment en ce qui a trait à la faible progression salariale, l'instabilité des horaires de travail (à temps partiel et sur appel), les risques de blessures, de violences et d'agression fréquentes, l'intensification de la charge de travail à laquelle elles sont soumises depuis quelques années, etc. Ces conditions d'emploi sont toutefois exacerbées dans les contextes des RI et cela apparaît, à travers la comparaison systématique, dans les discours des préposées interrogées, avec les conditions salariales plus favorables en CHSLD. Cette mise en perspective s'effectue par surcroit en regard des conditions d'emploi des autres professionnel.les travaillant dans les RI, notamment les intervenant.es, les cadres administratif.ves et le personnel d'entretien.

Les préposées dénoncent en premier lieu et de manière unanime la faiblesse et l'injustice du salaire (elles étaient payées entre 11,85$ et 13,05$ au moment des entretiens). Elles soulignent ensuite le manque de personnel et ces effets sur leur travail (surcharge de travail, formations des nouveaux incomplètes), le manque de temps pour se familiariser avec les résident.es et créer des liens avec eux et elles et l'impossibilité de prendre des pauses réelles au travail. Il ressort également que les agressions physiques, verbales et psychologiques de la part des résident.es font partie du quotidien des préposées. Les violences racistes, élément sous documenté dans la littérature existante, ont notamment été pointées par les préposées, et particulièrement les préposées racisées, comme faisant partie des difficultés du métier.

Nous avons vu que pour décrire et définir leur travail, les préposées font référence à un « tout » (« on fait tout, on touche à tout ») qui signale le caractère mal défini du travail. Nous avons tenté de préciser le « réel du travail » (Dejours, 2013) des PAB en RI pour mieux comprendre les difficultés du travail et les souffrances au travail. Quatre éléments semblent caractériser l'activité concrète de travail.

1) Nous avons d'abord montré que leur travail comprend une forte charge relationnelle qui implique « engagement subjectif » (Dussuet, 2005a) et un « travail émotionnel » ou de « gestion des émotions » (Hochschild, 2003). Une part importante des tâches imprévisibles survient dans le réel du travail où les travailleuses élaborent des « ficelles de métier » (Dejours, 2013) leur permettant de tenir dans le travail (crise d'un résident, agressivité, mal-être psychologique, etc.). Cependant, ce travail d'engagement de la subjectivité ne fait l'objet d'aucune reconnaissance matérielle et symbolique. Les compétences qu'il exige ne sont pas reconnues comme des qualifications professionnelles à valoriser, mais comme des qualités naturalisées.

2) Ensuite, leur travail, et tout particulièrement le travail d'engagement subjectif et de « charge mentale » (Haicault, 1984), se définit par son caractère indéfini en termes de tâches. Cette indéfinition des tâches se manifeste discursivement dans l'expression « on fait tout, on touche à tout ». En effet, le travail des préposées est difficile à nommer, à circonscrire, à quantifier, à mesure ou à compter. Il implique par conséquent une polyvalence en termes de compétences de la part des préposées, qui toutefois, ne sont pas reconnues en tant que qualifications. C'est deuxièmement au travers de la perméabilité des frontières entre ce qui relève du travail des préposées et celui des infirmières en regard des tâches déléguées dans le cadre de la loi 90 que cette indéfinition du travail apparaît dans les discours et est considéré comme quelque chose de problématique.

3) L'imprévisibilité constitue un troisième élément de définition de la réalité de leur travail. Celle-ci se manifeste par la présence de tâches prescrites ou non qui peuvent survenir à tout moment de la journée. Elles ne peuvent donc pas être planifiées à l'avance et viennent déstabiliser l'organisation du travail en provoquant des surcharges et superpositions de tâches. Cette imprévisibilité demande aux préposées des « capacités d'adaptation permanente » (Cression et Gadrey, 2004), qui encore une fois ne sont pas reconnues en termes de qualifications.

4) Enfin, le travail des préposées semble se caractériser par une structure temporelle dépendante des résidentes et de leurs besoins spécifiques. Celle-ci se module en fonction de l'urgence de la situation et des événements pouvant survenir à tout moment dans la journée. Ce morcellement du temps implique une présence nécessaire et constante, soit une « disponibilité permanente » (Chabaud-Rychter et *al.*, 1985) qui se manifeste également par l'impossibilité pour ces travailleuses de prendre réellement des pauses.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous avons montré que les préposées entretiennent un rapport ambivalent à leur travail. Ambivalent dans la mesure où, d'une part, elles revendiquent leur amour du métier et, surtout, des personnes âgées quand, d'autre part et dans le même mouvement, elles dénoncent leurs conditions d'emploi, l'intensité de leur charge de travail qui les empêchent de bien faire leur travail. Elles disent aimer ce travail dans lequel elles sont exploitées – nous avons vu que plusieurs parlaient d'esclavage et certains entretiens ont révélé de véritables souffrances au travail – épuisement, état dépressif, etc. Nous avons vu dans un premier temps que ce rapport négatif au travail se constitue principalement en regard d'un salaire jugé très inéquitable, d'une charge de travail intense et d'une délégation plus ou moins définie des tâches des infirmières dans le cadre de la loi 90 rendant les frontières qui délimitent les tâches des préposées et des infirmières poreuses.

Deux éléments semblent par opposition constitutifs de satisfaction au travail : la présence d'une certaine marge d'autonomie dans l'organisation des tâches, leur succession et la gestion du temps et l'amour pour le *care* des personnes âgées. Si ces derniers éléments semblent effectivement participer d'un rapport positif au travail, nous avons cependant souligné la nécessité de les situer dans un contexte d'intensification de la charge de travail et de difficultés du travail. Tant l'autonomie dans l'organisation des tâches que l'amour du métier apparaissent dans les discours comme des moyens par lesquels les préposées négocient les souffrances au travail. En ce sens, ils peuvent constituer des « ficelles de métier » (Dejours, 2013) qui apparaissent justement lorsque les travailleuses sont incapables de réaliser leur travail tel qu'il est prévu par l'institution. Plusieurs chercheuses ont souligné ce rôle du discours de l'amour dans la capacité des travailleuses à tenir dans le travail et à surmonter ces difficultés (Molinier, 2004 ; Dussuet, 2005b ; Aubry, 2013). Cette forme de discours de l'amour apparaît par ailleurs sous forme d'injonction dans les entretiens : « il faut aimer ça, parce que ce n'est pas un métier facile ». De l'autre côté, l'amour pour les personnes âgées et la relation d'aide apparaît également comme une motivation principale à exercer le métier. Néanmoins, ces mêmes auteur.es s'entendent pour dire que ce discours tend paradoxalement à invisibiliser, naturaliser et individualiser les compétences mises en œuvre dans ce « travail d'amour » (Dussuet, 2005b) puisqu'elles seraient innées : « tu l'as ou tu l'as pas », comme le disait une préposée rencontrée.

De ce point de vue, ce rapport subjectif au travail pourrait faire obstacle à l'une des conditions au passage au collectif puisqu'il semble voiler des compétences mises en œuvre collectivement et qui ne sont cependant pas revendiquées comme de réelles qualifications professionnelles (Kergoat, 2012). Aussi, si nous avons souligné la présence de pratiques de résistance, notamment le refus d'effectuer les tâches non prescrites par la loi 90 et la réorganisation des tâches en fonction de leur priorité par les préposées elles-mêmes, nous avons vu que celles-ci relèvent de stratégies

individuelles et ne permettent pas la prise de conscience et la rupture avec la conscience sexuée et racisée du travail, l'une des conditions au passage au collectif selon Kergoat.

a. Discussion théorique

À la lumière d'une grille de lecture féministe matérialiste en termes de consubstantialité et coextensivité des rapports sociaux et des divisions sociales du travail (Kergoat, 2012 ; Galerand et Kergoat, 2014), le concept de « réel du travail » (Dejours, 2013) et les hypothèses théoriques formulées autour de la tension entre amour et souffrances au travail, nous ont permis d'identifier plusieurs caractéristiques du travail des préposées participant de leurs difficultés et souffrances dans leur métier : son caractère indéfini et imprévisible, son organisation temporelle dépendante des besoins et demandes d'autrui, une délégation des tâches infirmières découlant de la loi 90 et un rapport très inéquitable entre le salaire et la charge de travail.

Nous avons suggéré que ces aspects du travail constituaient des modalités d'organisation hiérarchique du travail participant des difficultés et souffrances au travail. Nous avons également proposé que ces derniers découlent et participent des rapports sociaux (race, classe, sexe) et de leur articulation à travers lesquels la division sexuelle du travail semble être déterminante via notamment un travail d'« engagement subjectif » (Dussuet, 2008) et de « charge mentale » (Haicault, 1984) faisant l'objet d'une démesure, d'une dévalorisation, d'une naturalisation et d'une invisibilisation des compétences et qualifications réellement mises en œuvre. Dussuet (2017) montre dans ces travaux que la marchandisation du travail domestique ne signifie pas la disparition des logiques de domesticité qui organisent le travail domestique dans la sphère privée, non salariale. Elle signifie plutôt une continuité de ces logiques dans la sphère marchande institutionnelle qui à son tour modifie ses modalités d'organisation. Dans le même ordre d'idées, Cresson et Gadrey souligne que bien que ce travail fasse l'objet d'une démesure :

> On peut cependant tenter d'ordonner la grande diversité des tâches assumées : tâches ménagères, mais aussi accompagnement de la vie quotidienne, soutien matériel et moral, participation aux soins, écoutes et échanges, relations avec les autres professionnelles, gestion des événements imprévus. Évaluer la gravité de l'état de santé d'une personne âgée, prendre l'initiative de son hospitalisation, écouter et comprendre les personnes âgées font partie du quotidien de ce métier. Au vu de cette liste, les ressemblances entre le travail des professionnelles et celui des profanes sont flagrantes. (Cresson et Gadrey, 2004 : 34).

À l'issue de cette recherche, il est possible de réfléchir l'organisation temporelle du travail dépendante des besoins d'autrui, les caractères indéfini, imprévisible et relationnel du travail qui semblent définir l'activité de travail telle que décrite et racontée par les préposées comme étant inscrits dans ces continuités des logiques de la division sexuelle dans le rapport salarial et comme éléments participant de leur exploitation en tant que travailleuses de *care* en milieu institutionnel.

Ensuite, de manière imbriquée à la division sexuelle du travail, les modalités de la division raciale du travail telles que théorisées par les *Black Feminists* nous ont permis de saisir la surreprésentation des femmes racisées dans notre échantillon et la délégation des tâches des infirmières vers les préposées dans le cadre d'une « division raciale du travail reproductif » par laquelle se constituent et se recomposent des rapports sociaux entre femmes différemment positionnées dans les rapports de classes et de race (Nakano Glenn, 1992 ; Falquet, 2009 ; Duffy, 2011).

Les propos des préposées se caractérisaient également par la présence de discours sur l'amour du métier et des personnes âgées que nous avons interprétés, à partir de la littérature existante, de deux manières. D'un côté, comme une motivation conditionnelle à exercer le métier (Audry, 2013 ; Arborio, 2009) et, de l'autre, comme une injonction au travail visant à dépasser son contenu pénible, sale et dévalorisant et à « tenir » dans le travail (Molinier, 2004 ; Dussuet, 2005b, 2008). Il s'agit alors d'une forme de résistance aux difficultés dans le travail qui apparait selon Molinier (2013) paradoxalement de manière plus évidente lorsque l'organisation du travail est plus

contraignante. Toutefois, Kergoat (2012) a bien démontré la nécessité de procéder à une rupture par rapport à ce discours pour faciliter un passage au collectif. Au niveau des résistances, nous avons par surcroit identifié certaines pratiques dans le travail visant à résister à la délégation des tâches non prescrites par la loi 90 et à la surcharge de travail. Néanmoins, les questions relatives aux résistances collectives n'a pu être étudiée dans ce le mémoire.

b. Limites de la recherche et pistes de réflexion

Cette dernière section souhaite rendre compte des limites de notre démarche de recherche et de la portée de nos résultats. Pour commencer, si notre échantillon témoignait de la surreprésentation des femmes racisées dans les ressources intermédiaires, nous avons en revanche recueilli peu d'informations sur les expériences du racisme au travail. Sur ce plan, il serait utile d'examiner les dynamiques de distribution et de hiérarchisation des tâches et du travail entre PAB dans les RI et de chercher à voir comment les travailleuses interprètent la surreprésentation des hommes et des femmes migrantes et/ou racisées dans le secteur en général et dans les RI en particulier.

Ensuite, la méthode des entretiens guidés constitue une limite importante de notre recherche. Cette méthode, comme le défend Buscatto (2010) et Arborio (2007) ne permet pas de saisir le « travail en train de se faire » et, par conséquent, n'est pas la meilleure méthode pour saisir l'activité de travail et son organisation. Arborio (2007) explique que, souvent, seule l'observation peut permettre d''identifier certaines pratiques du travail qui se verbalisent difficilement par exemple ou qui n'apparaissent pas pertinentes aux yeux des travailleuses. Marie Buscatto (2010) soutient également que les entretiens ne permettent pas, aussi finement que l'observation ou l'ethnographie, de saisir les relations de travail, les pratiques « clandestines », les détournements et innovations dans les procédures et résistances dans le travail.

Pour pousser l'analyse des pratiques de résistance et des formes de divisions du travail, qui ont très certainement échappé à notre enquête, une immersion et des observations participantes seraient ainsi nécessaires. Cela permettrait en particulier d'interroger les formes de collectivisation et/ou de partage du travail que semblent développer les préposées (notamment lors des repas où elles effectuent une diversité de tâches ensemble) dans le réel du travail pour répartir « justement » les tâches les plus pénibles comme les plus valorisées, comme les extraits d'entrevues suivants en témoignent :

(Edith, Maison St-Aimé) :

> Bon, c'est par rotation ici. Par exemple, hier j'ai fait la vaisselle, aujourd'hui je peux donner à manger ou faire le café. On doit faire la rotation, si une journée je fais la vaisselle, le lendemain je vais donner à manger l'autre jour je donne le café. C'est comme ça. Et la personne qui va donner la médication que c'est la personne de 9-17 continue à donner la médication.

(Clara, Maison Pauline-Julien) :

> On a une grille, tout est calculé et c'est pas le chef service qui est la cause, c'est nous qui l'a fait comme ça. Parce qu'au début il y avait des personnes qui disaient " ah moi j'aime plus ce bord-là, les clientes sont plus faciles donc je vais être là " non on dit que c'est injuste. Parce qu'on ne les a pas placés les résidents. Quand c'est la chambre qui est vide, si quelqu'un décède, ou est parti en CHSLD, on fait rentrer une madame ou un monsieur, " ce monsieur-là il est fin, je veux rester là ", non c'est pas juste. Donc on a décidé en réunions de faire une rotation, donc il y une rotation. Par contre, ça n'empêche pas, tu es préposée des 28 résidents. Parce que si quelqu'un qui est sale, c'est pas parce que tu as fini ce bord-là, puis tu le vois et tu dis ouf j'étais pas dans ce bord-là. C'est pas juste. Tout ça pour te dire que on a pas de vie, on a pas de temps, donc oui on fait une rotation, mais on fait les 28 résidents, on fait tout.

Dans cet optique, il serait pertinent de s'intéresser, dans une recherche ultérieure, aux processus de mise en place de ces pratiques de résistance, à leur évolution et à la manière dont elles peuvent potentiellement participer à la constitution d'un rapport de force collectif et donc à de meilleures conditions de travail. Autrement dit, dans quelle

mesure et comment ces pratiques de résistance peuvent-elles être constitutives d'un rapport collectif et subversif au travail ?

ANNEXE A
GRILLE D'ENTRETIEN

A. Trajectoire professionnelle et entrée dans le métier.

1. Comment êtes-vous arrivé.e à exercer le métier de préposé.e aux bénéficiaires ? Avez-vous suivi une formation pour exercer ce métier ? Si non, quelle est votre formation initiale ? Quelles sont les motivations qui vous ont poussé à exercer ce métier ?

2. Avez-vous toujours exercé le métier de préposé.e aux bénéficiaires ? Si non, quelle(s) autre(s) activité(s) professionnelle(s) avez-vous exercée(s) ?

B. Le travail et les tâches de préposé.e aux bénéficiaires

3. Pouvez-vous me décrire une journée typique de travail ? En quoi consiste-t-elle ? Quelles sont les tâches que vous devez accomplir dans une journée de travail ?

- Questions de relance :
- Si je devais vous remplacer dans votre travail demain, dites-moi ce que je devrais faire. Expliquez-moi en détail, si possible, toutes les tâches que je devrais faire et comment devrais-je les faire?
- Par exemple, pouvez-vous me raconter votre dernière journée de travail ? Quelles sont les tâches que vous avez accomplies concrètement ?

4. Quelles sont les tâches qui, selon vous, sont les plus difficiles et les plus agréables à accomplir ? Pourquoi ?

5. Avez-vous déjà travaillé en tant que préposé.e aux bénéficiaires dans un type d'établissement ? C'est-à-dire un CHSLD, un hôpital, une résidence privée ? Si oui, y a-t-il des différences entre le travail et les tâches à effectuer dans ces établissements ? Quelles sont les différences et similitudes ?

C. Les conditions de travail

6. Combien d'heures en moyenne travaillez-vous par semaine et quels sont vos horaires de travail (jour, soir, nuit) ? Vos horaires sont-ils réguliers, les mêmes de semaine en semaine ? En général, pouvez-vous vous fier à l'horaire prévu ? Combien de temps à l'avance connaissez-vous vos horaires de travail à venir ? Êtes-vous satisfaite de vos horaires de travail ?

7. Quels sont les avantages et les inconvénients d'effectuer des quarts de travail durant le jour versus le soir ou la nuit ?

8. Avez-vous des pauses officielles ? Quelle sont leur durée ? Selon vous, est-ce suffisant ?

9. Que pensez-vous de votre salaire ? Estimez-vous être suffisamment payée pour le travail que vous faites ?

10. Comment vous sentez-vous après une journée de travail ? Vous sentez-vous fatiguée ? Énergisée ? Motivée ? Débordée ? etc.

11. Avez-vous déjà eu des problèmes de santé relatifs à votre travail ?

D. Organisation du travail

12. Combien y a-t-il d'employé.es qui travaillent avec vous durant un même quart de travail ? Le jour ? Le soir ? La nuit ?

13. Comment se répartit le travail entre vous? Qui fait quoi ? Comment les tâches sont-elles distribuées entre vous ? Comment s'effectue l'assignation des cas les plus lourd ou plus léger ? Se fait-elle de manière plus formelle ou informelle ? Donnez-moi un exemple si possible.

- Questions de relance
- Est-ce que tous.tes les préposé.es aux bénéficiaires effectuent les mêmes tâches ?
- Y a-t-il des listes ou des tableaux de tâches ?
- Qui d'autre travaille sur le même étage que vous ? qu'est-ce qu'ils et elles font ? L'étage sur laquelle vous travaillez est-il divisé en différentes sections ? Avez-vous la même « section » à chaque quart de travail ? Comment s'effectue la distribution de ses sections?

14. Cette façon d'organiser le travail varie-t-elle ou est-elle constante ? Que pensez-vous de cette manière d'organiser le travail ?

15. Y a-t-il une marge de manœuvre avec laquelle vous pouvez négocier l'attribution ou non de certaines tâches ? Si cela est possible, donnez-moi un exemple.

16. Est-il possible pour vous ou vos collègues d'éviter ou de transférer certaines tâches, par exemple celles que personnes ne veut faire?

17. Y a-t-il des conflits qui surgissent autour de la distribution des tâches ? Pouvez-vous me donner un exemple ?

E. Relations avec les autres préposé.es aux bénéficiaires et supérieur.es hiérarchiques.

18. Comment qualifiez-vous les relations de travail avec vos collègues de travail ? Plutôt positive ? Négative ? Pourquoi ? Y a-t-il des personnes avec qui vous préférez / avec qui vous n'aimez pas travailler et pourquoi ?

19. Y a-t-il de l'entraide entre vous et vos collègues dans l'exécution de certaines tâches ? Si oui, comment s'organise cette entraide ? Est-ce que vous avez parfois l'impression d'en faire plus ou moins que certain.es collègues ?

20. Y a-t-il des conflits ou des tensions avec vos collègues ? Et des moments agréables ? Quelles sont les raisons en général ?

21. Et comment ça se passe avec les autres professionnel.les ? Par exemple les infirmier.ères, les supérieur.es, les techniciennes en loisir, etc. ? Est-ce que vous vous sentez bien avec eux et elles ?

22. Qui est votre supérieur immédiat ? Comment ça se passe-t-il avec lui ou elle ? Est-ce que vous vous entendez bien ?

23. Que fait votre supérieur.e ? Travaille t-il ou elle avec vous ? Quelles sont les tâches qu'il ou elle effectue ?

24. En général, y a-t-il une bonne entente entre le patron.ne et les employé.es dans votre lieu de travail ? S'il y en a, quelles sont les sources de tensions ou de conflits ?

25. Quelle image avez-vous de votre patron ? Si vous étiez patron.nne, est-ce que vous seriez comme lui ou elle ou non ? En quoi seriez-vous différent.e et pourquoi ?

F. Rapports de pouvoir, inégalités dans l'organisation du travail.

26. Selon vous, y a-t-il des rapports de pouvoir entre les préposé.es aux bénéficiaires dans l'établissement? Y a-t-il des travailleur.ses qui sont plus privilégié.es que d'autres dans l'attribution des tâches ou des horaires de travail par exemple ? Si oui, vous pensez que cela est en fonction de quoi ? Pourriez-vous me donner un exemple ?

27. Avez-vous déjà vécu des moments de discrimination ou d'injustice dans votre expérience de travail ? Pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé ? Qui était là ? Que s'est-il passé ? Quel était le contexte ?

28. Comment est-ce pour vous d'évoluer professionnellement dans un milieu de travail composé presque exclusivement de femmes ?

29. Avez-vous déjà contacté votre syndicat, si vous en avez un, pour régler un conflit quelconque ? Comment cela s'est-il passé? Êtes-vous satisfait de leur travail et de votre relation avec lui?

G. Conclusion

30. Pour terminer, pouvez-vous me citer un ou deux éléments qui pourraient rendre votre travail plus intéressant et/ou plus agréable ? À l'inverse, qu'est-ce qui pourrait être un déclencheur pour vous faire quitter votre poste actuel ?

31. Voulez-vous ajouter quelque chose, un point dont vous aimeriez discuter ou une question que vous aimeriez aborder qui n'a pas été posée?

H. Données sociodémographiques

- Sexe et âge
- Nationalité et appartenance ethnique
- État civil et situation familiale actuelle (marié, célibataire, enfants ou non, etc.)
- Ancienneté dans l'établissement actuel

BIBLIOGRAPHIE

ANCESSI, Hélène, 2010, *Prévention et repérage des risques de maltraitance en unité de soin de longue durée : quels outils pour l'inspecteur,* Mémoire de maîtrise, École des Hautes études en santé publique, Rennes, France, Paris.

ARBORIO, Anne-Marie, 2001, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Anthropos, Paris.

ARBORIO, Anne-Marie, 2007, « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Association de recherche en soins infirmiers*, n° 90, p. 26-34.

ARBORIO, Anne-Marie, 2009, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du " sale boulot " », dans DEMAZIÈRE, Didier et *al.*, 2004, *Sociologie des groupes professionnels,* La Découverte : « Recherches », p. 51-61.

ASSOCIATION DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC (ARIHQ), 2015, *Définition*, Récupéré de : https://www.arihq.com/membres-ri-et-avantages/definition/.

AUBRY, François, 2012, « La vocation, je commence à l'avoir. Paradoxes de la transmission des savoirs professionnels des aides-soignantes en gériatrie », dans JACQUES-JOUVENOT, Dominique et Gilles VIEILLE-MARCHISET (dir), *Socio-anthropologie de la transmission*, Paris, L'Harmattan, p. 129-143.

AUBRY, François, 2013, « Une histoire de vocation ? Comment les aides-soignantes occultent le processus de transmission de leurs compétences professionnelles », *Émulation*, n° 11, p. 1-8

AUBRY, François, 2016, « Les préposés aux bénéficiaires au Québec : entre amour du métier et dégout de la tâche : Comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe », *Sociologie et sociétés*, vol. 48, n° 1, p. 169-189.

AUBRY, François, 2017a, *Les préposés aux bénéficiaires : un métier essentiel pour le bien-être des personnes vulnérables*, Congrès de l'Association des Ressources Intermédiaires d'Hébergement du Québec (ARIHQ), 1er juin 2017, La Malbaie.

AUBRY, François, 2017b, *Les préposés aux bénéficiaires : Un métier essentiel poyr le bien-être des personnes vulnérables*, Congrès de l'Association des Ressources Intermédiaire d'Hébergement du Québec, 31 mai 2017, La Malbaie.

AUBRY, François, 2018, « Les raisons du manque d'attrait du métier de préposée aux bénéficiaires », *Le devoir*, Montréal, 26 février.

BÉLANGER, Denise, 2009, *La loi 90 : loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Centre de Formation professionnelle de Lévis, Baccalauréat en sciences infirmières.

BIRH, Alain, 2012, *Les rapports sociaux de classe*, Lausanne, Éditions Page deux.

BOIVIN, Louise, 2013, « Réorganisation des services d'aide à domicile au Québec et droit syndicaux : de la qualification à la disponibilité permanente juste-à-temps ». *Nouvelles Questions féministes*, vol. 32, no 2, p. 44-56.

BOUCHER, Marie-Pierre et Yanick NOISEUX, 2010, « Effets de la libéralisation des marchés sur les conditions de travail des Québécoises : huit études de cas », *Cahier de recherche de l'IREF*, n°23, IREF, Montréal.

BOUTIN, Gérald, 2000, *L'entretien de recherche qualitatif*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, Montréal.

BUSCATTO, Marie, 2010, *La fabrique de l'ethnographe. Dans les rouages du travail organisé*, Toulouse, Octarès Édition.

BREWER, Rose M, 1999, « Theorizing Race, Class and Gender: The New Scholarship of Black Feminist Intellectuals and Black Women's Labor », *Race, Gender and Class*, New Orleans, vol. 6, n°2, p. 29-47.

CARIS, Patricia et Lysette TRAHAN, 2006, « Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 5, no. 1, p. 159-164.

CHABAUD-RYCHTER, Danielle, Françoise SONTHONNAX et Dominique SCHWEBEL-FOUGEYROLLAS, 1985, *Espace et temps du travail domestique*, Libraire des Méridiens, Coll. Réponses sociologiques, Paris.

CHARPENTIER, Michèle, 2004, « De l'institution au marché : transformation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux actuels », *Vis et vieillissement*, vol. 3, n°2, p. 2-8.

CHARPENTIER, Michèle, 2007, *Vieillir en milieu d'hébergement : le regard des résidents*, Presses de l'Université du Québec.

CHARPENTIER, Michèle et *al.*, 2010, *Vieillir au pluriel : perspectives sociales*, Presses de l'Université du Québec.

COGNET, Marguerite, 2010, « Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États », *L'Homme et la société*, vol. 2, p. 101-129.

COLLINS, Patricia Hills, 2000, *Gender, Black Feminism, and Black Political economy*, ANNALS, AAPSS.

CRESSON, Geneviève et Nicole GADREY, 2004, « Entre famille et métier : le travail de care », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 23, n°3, p. 26-41.

DALLA COSTA, Mariarosa, 1971, « Women and Subversion of the Community », in DALLA COSTA, Mariarosa et Selma JAMES, *The power of women and the subversion of the community*, Bristol : Failling Wall Press.

DAVIS, Angela, 1983, *Women, Race and Class*, New York : Vintage Books.

DEJOURS, Christophe, 2008 [1980], *Travail : usure mentale. 3e édition*, Édition Bayard.

DEJOURS, Christophe, 2013, « Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien…à la tâche et à l'organisation », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 2, n° 61, p. 11-18.

DEJOURS, Christophe, 2017, « Conclusion », *Travailler*, vol. 1, n° 37, p. 219-226.

DELPHY, Christine, 2003, « Par Où Attaquer Le « Partage Inégal » Du « Travail Ménager » ? » *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 22, n°3, p. 47–71.

DUCHARME, Marie-Noelle, Jean PROULX et Stéphanie GRENIER, 2013, « Étude des hybridations entre des formules de logement social et d'hébergement : rapport d'étape portant sur les initiatives destinées aux personnes âgées en perte

d'autonomie », Cahiers du LAREPPS, n° 13-2, Montréal, Université du Québec à Montréal, 92p.

DUFFY, Mignon, 2005, « Reproducing labor inequalities : Challenges for Feminists Conceptualizing care at the Intersections of Gender, Race, and Class », *Gender and Society*, vol. 19, n°1, p. 66-82.

DUFFY, Mignon, 2007, « Doing the Dirty Work : Gender, Race, and Reproductive Labor in Historical Perspective », *Gender and Society*, vol. 21, n°3, p. 313-336.

DUFFY, Mignon, 2011, *Making care count : A century of Gender, Race and Paid Care Work*, Rutgers university press, New Brunswick, New Jersey and London.

DUSSUET, Annie, 1997, *Logiques domestiques : essai sur les représentations du travail domestique chez les femmes actives de milieu populaire*, L'Harmattan, Coll. Logiques sociales, Paris.

DUSSUET, Annie, 2005a, *Travaux de femmes : enquêtes sur les services à domicile*, L'Hamarttan, Le travail du Social, Paris.

DUSSUET, Annie, 2005b, « Dire l'amour, taire le travail. Sous l'amour, le travail… », *Nouvelles questions féministes*, vol. 24, n° 2, p. 86-95.

DUSSUET, Annie, 2008, « Genre et mobilisation de la subjectivité dans le travail : L'exemple des services à domicile aux personnes âgées », dans LINHART. Danièle (sous la dir.), Pourquoi travaillons-nous?, ERES, *Clinique du travail*, p. 69-96.

DUSSUET, Annie, 2017, « Le " travail domestique " : une construction théorique féministe interrompue », *Recherches féministes*, vol. 30, n° 2, p. 11-117.

ESTRYN-BÉHAR, Madeleine et *al.*, 2011, « Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie », *Activités*, vol. 8, n°1, p. 77-103.

FALQUET, Jules, 2009, « La règle du jeu; repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe, et de " race " dans la mondialisation néolibérale », dans DORLIN, Elsa, 2009, *Sexe, classe et « race » pour une épistémologie de la domination*, Actuel Marx Confrontation, Presses universitaires de France, p. 69-90.

FALQUET, 2014, « Femmes de ménage, loueuses d'utérus, travailleuses du sexe et travailleuses du care. Le « dés-amalgamage conjugal » en contexte néolibéral : libération ou nouvelles formes d'appropriation ? », Communication au Colloque international Travail, care et politiques sociales, débats France- Brésil, São Paulo, 26 et 27 août 2014. Université fédérale de Rio de Janeiro- Institut de Philosophie et de Sciences sociales UFJR-IFCS-FCC-USP-CEBRAP-MAGE, 2014. Document de travail du MAGE n°18.

FEDERICI, Silvia, 1975, *Wages against housework, Power of Women*, Collective and Falling Wall Press.

FEDERICI, Silvia, 2002, « Reproduction et lutte féministe dans la nouvelle division internationale du travail », dans VERSCHUUR, Chrisine et Reysoo (dir.) Genre, mondialisation et pauvreté, *Cahiers genre et développement*, n°3, Paris, L'Harmattan, p. 45-69.

FOISY, Hélène G. et Danielle L. SASSEVILLE, 2011, *Guide d'activités d'exception confiées aux non-professionnels*, centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'île, récupéré de : https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/publicationsoiiq/Annexe-Regle%20soins-Pointe%20de%20l%20ile.pdf.

GALERAND, Elsa et Danièle KERGOAT, 2013, « Le travail comme enjeu des rapports sociaux (de sexe) », dans MARUANI, Margaret, *Travail et genre dans le monde*, La découverte « Hors collection Sciences Humaines », p. 44-51.

GALERAND, Elsa et Danièle KERGOAT, 2014, « Les apports de la sociologie du genre à la critique du travail », *La nouvelle revue du travail*, vol. 4, p.1-12.

GERMAIN, Céline et *al.*, 2016, *Le défi de la main d'œuvre dans le réseau des ressources intermédiaires : étude diagnostic effectuée avec la participation D'emploi-Québec*, Novembre, ARIHQ, p. 5-19.

GRAWITZ, Madelaine, 2001, Méthodes des sciences sociales, Éditions Dalloz, Paris.

GUILLAUMIN, Colette, 1978, « Pratique du pouvoir et idée de nature. 1 : L'appropriation des femmes », *Questions féministes*, n°2, p. 5-30.

HAICAULT, Monique, 1984, « La gestion ordinaire de la vie en deux », *Sociologie du travail*, vol. 26, n° 3, p. 268-277.

HAMEL-ROY, Laurence, 2018, *« Je dois mettre dans ma tête que c'est pour rendre service ». Engagement et contraintes de l'emploi des préposées au soutien à domicile embauchées par le Chèque emploi-service*, Mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Montréal.

HIRATA, Helena et Danièle KERGOAT, 2005, « Les paradigmes sociologiques à l'épreuve des catégories de sexe : quel renouvellement de l'épistémologie du travail ? », *Papeles C.E.IC.*, p. 2-15.

HIRATA, Helena et Philippe ZARIFIAN, 2000, « Travail (le concept de) », dans HIRATA, Helena et Françoise LABORIE, Hélène LE DOARÉ et Danièle SENOTIER (coord.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Presses universitaire de France, Politique d'aujourd'hui, p. 230-235.

HOCHSCHILD, Arlie Russell, 1975, « The sociology of feeling and emotion: Selected possibilities », *Sociological Inquiry*, vol. 45, n°2-3, p. 280-307.

HOCHSCHILD, Arlie Russell, 2003, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol. 1, n°9, pp. 19-49.

HUGHES, Everett C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie*, Éditions de l'École de hautes études en sciences sociales, Paris.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), 2017, *Le bilan démographique du Québec*, Démographie, Gouvernement du Québec, p. 1-176.

JUTEAU, Danielle et Nicole LAURIN, 1988, « L'évolution des formes de l'appropriation des femmes : des religieuses aux " mères porteuses " », *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, vol. 25, n°2, p. 183-207.

JUTEAU, Danielle et Nicole LAURIN-FRENETTE, 1997, *Un métier et une vocation : le travail des religieuses au Québec de 1901 et 1971*, Les Presses de l'Université de Montréal, coll. Trajectoires sociales, Montréal.

JUTEAU, Danielle, 2015, L 'ethnicité et ses frontières, 2e éd., Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

KERGOAT, Danièle, 2001, « Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion », dans Collectif, *Les rapports sociaux de sexe*, Paris, PUF, Actuel Marx, n°30, p. 85-100.

KERGOAT, Danièle, 2012, *Se battre disent-elles*, La dispute, Paris.

KERGOAT, Danièle, Françoise IMBERT, Hélène LE DOARÉ et Danièle SÉNOTIER (dir.), 1992, *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*, Éditions Lamarre, Paris.

LASLETT, Barbara et Johanna BRENNER, 1989, « Gender and social reproduction : historical perspective », *Annual Review of Sociology*, vol. 15, p. 381-404.

LAVOIE, Jean-Pierre, Nancy GUBERMAN et Patrik MARIER, 2014 « La responsabilité des soins aux aînés au Québec : du secteur public au privé », *Études IRPP*, n° 48, septembre, 40 p.

LAVOIE, Jean-Pierre et Nancy GUBERMAN, 2007, « Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités : quel partage de responsabilité entre les familles et l'État? », Caisse nationale d'allocation familiale (CNA), *Informations sociales*, vol. 7, n° 143, pp. 76-86.

MAKRIDOU, Efthymia, 2014, *Le care dans tous ses éclats. Des employées au service des personnes âgées : entre contraintes et petits arrangements*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8 Vincennes Sainte-Denis.

MOLINIER, Pascale, 2004, « La haine et l'amour, la boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 23, n° 3, p. 12-25.

MOLINIER, Pascale, 2013, *Le travail de care*, La dispute, Coll. Le genre du monde, Paris.

MOLINIER, Pascale, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN, 2009, *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2003, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergée en CHSLD. Orientations ministérielles*. 33p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2016, *Cadre de référence. Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, récupéré de : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf.

NAKANO GLENN, Evelyn, 1985, « Racial Ethnic Women's Labor : The Intersection of Race, Gender and Class Oppression », *Review of Radical Political Economics*, vol. 17, n°3, p. 86-108.

NAKANO GLENN, Evelyn, 1992, « From Servitude to Service Work : Historical Continuities in the Racial Division of Paid Reproductive Labor », *Signs*, The University of Chicago Press, vol. 18, n°1, p. 1-43.

NAKANO GLENN, Evelyn, 2009 [1992], « De la servitude au travail de service : les continuités historiques de la division raciale du travail reproductif payé », dans Elsa DORLIN (dir.), *Sexe, race et classe. Pour une épistémologie de la domination,* PUF, Actuel Marx confrontation, Paris, p. 21-63.

NAKANO GLENN, Evelyn, 2012, *Forced to care : coercion and caregiving in America*, Harvard University Press.

PAILLÉ, Pierre et Alex MUCCHIELLI, 2012, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales 3e édition*, Armand Colin.

PARRENAS, Rhacel Salazar, 2000, « Migrant Filipina Domestic Workers and the International Division of Reproductive labour », *Gender and society*, vol. 14, n°4, p. 560-580.

PIRES, Alvaro, 1997, « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans Jean POURPART (dir.), *Recherche qualitative : enjeux épistémologique*, Gaetan Morin Éditeur, p. 113-169.

PL 90: Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, 2002, 2e session, 36e lég, Québec. Récupéré de : http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf.

PROTECTEUR DU CITOYEN, 2017, *Rapport annuel d'activités*, Assemblé Nationale du Québec, récupéré de : https://publications.virtualpaper.com/protecteur-du-citoyen/fr/rapport-annuel-2017/#3/.

RÉGIE DE L'ASSUSTANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), 2017, *Programme d'aide. Hébergement par une ressource intermédiaire*, [en ligne], consulté le 20 décembre 2017, http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/Pages/hebergement-ressource-intermediaire.aspx.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUE ET DE LOGEMENT (SCHL), 2014, *Rapport sur les résidences pour personnes âgées – Faits saillants – Canada*, juin 2014, Institut économique de Montréal, p. 9-17.

SCRINZI, Francesca, 2013, *Genre, migration et emplois domestiques en France et en Italie. Construction de la non-qualification et de l'altérité ethnique*, Edition Pétra, Coll. « Intersections », Paris.

TRONTO, Joan, 1993, *Moral Boundaries : A Political Argument for an Ethic of care*, Psychology Press.