

**PRATIQUES PROFESSIONNELLES**  
**ET**  
**RELATIONS INTERETHNIQUES**  
**DANS LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES FAMILIAUX**

par

Deirdre Meintel	Directeur du Groupe de Recherche Ethnicité et société, Université de Montréal
Marguerite Cognet	Ph.D Sociologie, GRES, Centre d'Etudes Ethniques de l'Université de Montréal
Annick Lenoir-Achdjian	M.Sc Anthropologie, Université de Montréal

**Avril 1999**

SÉRIE DE PUBLICATIONS DU CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION, NUMÉRO 4  
CLSC CÔTE-DES-NEIGES, CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE

## TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION .....	2
L'ENQUETE.....	2
LES SOINS À DOMICILE AU CLSC CÔTE-DES-NEIGES .....	2
<i>La section Maintien à domicile : la clientèle, les auxiliaires et leur travail .....</i>	<i>13</i>
ITINÉRAIRES BIOGRAPHIQUES ET PARCOURS PROFESSIONNELS .....	2
<i>Le "choix" du métier.....</i>	<i>18</i>
<i>Travailler avec des personnes âgées.....</i>	<i>20</i>
<i>L'accès aux postes de responsabilité.....</i>	<i>22</i>
LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES, UNE "AUTONOMIE ENCADRÉE" .....	2
<i>Les difficultés physiques et psychologiques du métier.....</i>	<i>34</i>
<i>Les difficultés liées à la gestion du travail .....</i>	<i>35</i>
LES RELATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES DES AUXILIAIRES .....	2
<i>La prise de décision et la distribution des tâches.....</i>	<i>40</i>
<i>La distribution et l'occupation des locaux.....</i>	<i>44</i>
<i>Les discussions informelles entre intervenants et auxiliaires .....</i>	<i>47</i>
<i>Les relations sociales dans l'exercice du travail.....</i>	<i>48</i>
CONCLUSION.....	2
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>70</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>71</b>

## REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à exprimer leur reconnaissance à Mesdames Madeleine Capuano, Eliana Torrejon, Maude Étienne et Monsieur Jaime Ramirez qui nous ont permis un premier repérage lors de la formulation du projet<sup>1</sup>. Elles remercient également Mesdames Andrée Farrah, Diane Grondin, Nicole Huneault, Lorraine Bouvier et Manon Laroche pour leur aide précieuse dans l'organisation concrète de l'enquête de terrain<sup>2</sup>, ainsi que toutes les personnes qui ont bien voulu nous faire part de leurs expériences lors des entrevues.

Évidemment seules les auteures sont responsables des éventuelles lacunes ou erreurs dans ce rapport.

---

1 - En automne 1996

2 - L'enquête de terrain qui comporte deux phases, s'est déroulée pour la première étape de mai à octobre 1997, alors que la seconde a eu lieu en juin 1998.

## **INTRODUCTION**

Ce rapport est le résultat d'une recherche menée sous l'égide du Centre de Recherche et de Formation du CLSC Côte-des-Neiges et du Groupe de Recherche Ethnicité et société (GRES) de l'Université de Montréal.

Initialement, le projet s'intéressait surtout aux aspects ethniques dans les relations de travail des auxiliaires familiaux et sociaux. Les intérêts scientifiques des chercheurs sont très largement orientés vers les questions ethniques qui surgissent dans les relations entre immigrants et population dite de souche et/ou entre minoritaires : processus d'ethnisation, de discrimination, d'intégration, d'exclusion, émergence de solidarité, etc. Un certain nombre de lieux constituent des terrains privilégiés de l'observation de ces relations dans la mesure où ils sont à la fois des espaces d'interactions entre les groupes suscités et des espaces de confrontation entre les politiques sociales et les pratiques, entre les individus et les institutions, entre le public et le privé. Les CLSC répondent en tout point à ces critères. Par leur mission aux soins de premières lignes telle que le définit la politique publique de santé dans le contexte du virage ambulatoire, ils sont des lieux de contact entre les populations nouvellement arrivées et les plus anciennes et offrent ainsi les opportunités de rencontre entre les divers groupes composant la société multiethnique du Québec. En outre, par les possibilités d'intervention à domicile, ils créent des situations d'interaction aux frontières du public et du privé.

Nombre de recherches québécoises ont déjà pris les services de santé comme terrain d'enquête. Néanmoins, les recherches ayant mis le focus à la fois sur les questions de santé et d'immigration ou encore de santé et ethnicité, ont surtout appréhendé leurs objets en termes d'aptitudes plus ou moins grandes des organisations de soins à rejoindre la clientèle et *vice versa* (Legault et Rojas-Benavente, 1988; Bibeau, 1992; Heneman et al., 1994) ou encore aux conséquences des pratiques culturelles (langue, religion, etc.) des clients d'origine

étrangère sur le travail du soin (Legault et Lafrenière, 1992; Cohen-Emérique, 1993; McAll et al., 1997). Indépendamment de l'intérêt de ces études, les questions qu'elles posent sont sous-tendues par un présupposé non explicite. L'univers professionnel est présenté comme un milieu homogène où l'appartenance ethnique et la culture seraient transcendées par l'appartenance et l'éthique professionnelle. À l'opposé, dans celui de la clientèle, les origines ethniques accompagnées des valeurs, croyances et pratiques culturelles qui leurs sont inhérentes, prendraient le pas sur tout autre variable. Or, si la clientèle des CLSC est bien à l'image de la diversité ethnique de la ville ou du quartier qu'ils desservent, le personnel l'est aussi dans la mesure où d'une part, l'embauche n'est pas restrictive aux seuls nationaux ou population dite "de souche" et où d'autre part, la main-d'œuvre est puisée dans le bassin qu'offre la population locale. Par ailleurs, selon d'autres recherches effectuées en Europe, le sentiment d'appartenance professionnelle n'acquiert pas systématiquement la même intensité pour tous les groupes de salariés des institutions de soins et ne produit pas de référent standard codant *ipso facto* la relation entre intervenants et clients (Coenen-Huther, 1983; Cognet, 1998).

Dans cette recherche-pilote, nous cherchons à vérifier si cette multiethnicité réciproque entre personnel et clientèle est présente et éventuellement activée dans les représentations de Soi et de l'Autre et par voie de conséquence dans les relations qui s'engagent, que ce soit sous la forme de problème (communication, compréhension des actes ou thérapeutiques, interprétations des symptômes, etc.) ou sous, celles plus positives, d'alliances, de médiateurs à la relation, de vecteurs d'entraide, d'échanges et solidarités.

Encore peu de recherches ont été faites sur les auxiliaires familiaux et sociaux ou sur des catégories d'intervenants similaires en contact suivi avec une

clientèle à domicile (tels que les *"home care workers"* aux États-Unis). Néanmoins les résultats des premières études ainsi que ceux établis par des travaux ayant des objets proches incitent à penser que les aides-à-domicile des CLSC constituent une population très intéressante pour aborder la dimension ethnique dans le rapport au travail, les relations socioprofessionnelles, la constitution des savoirs pratiques et la construction des identités professionnelles.

Cette catégorie de personnel et la clientèle desservie comprennent en leur sein un nombre important d'immigrants de diverses origines. La distance sociale entre le client et le soignant est moins grande qu'entre le médecin et le patient. Les relations entre auxiliaires et clients ne semblent pas médiatisées par une "culture professionnelle" aussi forte que celle des médecins (McAll et al, 1997; Cagnet, 1998). Coenen-Huther (1983) qui a étudié le fonctionnement de trois institutions de santé dans la région genevoise, constate que l'organisation pyramidale des compétences, reliée à la professionnalisation de la prise en charge, favorise une différenciation du personnel dans le degré d'interaction avec les pensionnaires et la nature des tâches. Le personnel non qualifié est celui dont le travail l'amène à établir le contact le plus proche des patients puisqu'il est chargé de les aider dans tous les actes de la vie quotidienne. L'intervention des aides-à-domicile dans l'espace privé (la maison) et les soins corporels qu'elles assurent souvent pendant de longues périodes, impliquent le développement d'une relation privilégiée.

Dans ce contexte où le type de soins prodigué implique l'intrusion dans l'intimité du client et de son entourage et où la distribution des rôles n'est que faiblement objectivée par la distance professionnelle, on peut se demander quel poids peut avoir l'ethnicité (mais aussi l'âge, le sexe ou la classe sociale) comme variables classificatoires et explicatives des rapports sociaux. Les travaux de S.

Neysmith (1996) soulignent par exemple le déplacement de la relation professionnelle entre client et auxiliaires à une relation de domesticité entre des clients "Blancs" et des auxiliaires "Noires". Par ailleurs, au-delà ou en-deçà du poids de l'ethnicité, d'autres facteurs paraissent avoir un poids déterminant sur les pratiques professionnelles des auxiliaires et, sur leurs relations qu'il s'agisse de celles avec leurs collègues, les autres professionnels ou les clients. Depuis la création des CLSC, l'exigence en termes de formation pour les auxiliaires familiaux et sociaux s'est modifiée. Du fait qu'aucun diplôme et formation ne soient officiellement requis<sup>3</sup> on constate une certaine hétérogénéité dans les niveaux de formation. Un grand nombre élabore alors leur savoir directement sur le terrain. Cette situation les rapproche des *gens de métiers* qui acquièrent leur savoir faire au travers des expériences concrètes (Delbos, 1993). D'autre part, la position statutaire dans l'entreprise combinée à la position sociale et l'avenir incertain de cette catégorie d'emploi concourent à fragiliser les représentations de l'identité professionnelle de ce groupe d'employés et les rapproche du modèle de l'*identité en retrait* décrite par R. Sainsaulieu (1985). Concrètement, les auxiliaires négocieraient leur identité professionnelle selon des espaces plus ou moins valorisés et valorisants, les conduisant à des implications particulières et différenciées dans les relations et les activités qui s'actualisent d'un côté aux domiciles des clients et de l'autre au CLSC.

Cette étude s'est donnée pour objet d'explorer plus particulièrement : 1) la pertinence ou non pertinence de facteurs liés à l'ethnicité dans les pratiques au travail et les relations engagées dans ce cadre; 2) le savoir pratique qui s'élabore au cours des activités de travail des auxiliaires familiaux et sociaux; 3) l'ethnicité et les facteurs qui y sont associés (par exemple, l'origine nationale, la culture, les

---

3 - Cf. Convention collective CSN/CLSC 1995-1998



connaissances linguistiques, l'expérience de migration...) dans la mesure où elle concerne la production et la transmission de ce savoir.

## L'ENQUETE

L'étude s'appuie sur l'analyse d'un corpus de données recueillies en plusieurs étapes:

1) une enquête exploratoire, en automne 1996, à partir d'une part, de documents relatifs à la formation et à la mission des auxiliaires et d'autre part, des entretiens ouverts portant sur l'organisation concrète du travail des auxiliaires familiaux et sociaux;

2) des enquêtes qualitatives: 40 observations participantes de mai à juillet 1997 et 24 entretiens entre octobre 1997 et juin 1998.

#### *Les observations*

Les pratiques professionnelles et la dynamique des relations ont été observées dans deux contextes de travail bien précis : au sein du CLSC et aux domiciles des clients. Au total, quatre paliers d'observation ont été retenus pour les possibilités qu'ils offraient de saisir les interactions en milieux formels et informels:

- lors des comités d'allocation et de révision de service et des réunions générales mettant en contact différentes catégories d'intervenants (10 observations);
- lors des réunions d'équipe où se côtoient des collègues exerçant le même type de travail et leur chef d'équipe (5 observations);
- dans les salles de travail des auxiliaires afin de noter les rapports spontanés, sans implication de hiérarchie (16 observations);
- lors des interventions aux domiciles des clients (9 observations).

#### *Les entrevues*

Les entrevues ont été effectuées en deux phases de la recherche.

1) Une première série de 9 entretiens a été réalisée en octobre 1997. À partir des notes de terrain, une série de questions ouvertes a été élaborée et abordée

avec les auxiliaires lors d'entrevues d'une heure en moyenne. La participation à ces entrevues s'est faite sur la base du volontariat, après une sollicitation générale en réunion d'équipe. Leur ancienneté au CLSC Côte-des-Neiges était variable. Certains étaient déjà là lors de la formation de pré-CLSC (il y a plus de 15 ans), alors que les autres étaient arrivés depuis moins de 5 ans (leur embauche est une conséquence directe du virage ambulatoire). Dans ce groupe d'interrogés, étaient représentés aussi bien des chefs d'équipe, des auxiliaires-évaluateurs et des auxiliaires<sup>4</sup>.

Les entrevues portaient sur trois thèmes généraux que nous reprenons dans l'analyse des résultats : le parcours professionnel, le travail en soi, les relations développées dans le cadre du travail. Différents sous thèmes - l'expérience de travail (niveau de satisfaction), la perception du travail, les liens entre la profession et la vie personnelle - ont permis d'enrichir les réponses.

2) La seconde série d'entrevues s'est déroulée en juin 1998. À cette étape de la recherche, un rapport préliminaire a été soumis à l'ensemble des auxiliaires et chefs de programme. L'objectif de ces entretiens était alors de solliciter des commentaires à partir du contenu de ce rapport. Comme pour la première série, la participation à ces entrevues s'est faite sur la base du volontariat. Le deuxième groupe d'étude comprenait 15 personnes dont plusieurs étaient ou avaient été chefs d'équipe, évaluateurs ou chefs de programme. Le degré d'ancienneté était suffisamment hétérogène pour couvrir les extrêmes, des plus anciens aux plus récemment embauchés.

La prise en considération des réactions des acteurs concernés par l'étude (avis, commentaires, critiques) est intéressante. Elles viennent fournir des

---

4 - Les chercheuses s'interdisent de donner des chiffres plus précis afin de préserver l'anonymat des

éléments complémentaires à la recherche, donner des éclaircissements susceptibles de nuancer les analyses ou/et de vérifier les hypothèses. Ce matériau participe pour les chercheurs de la collecte des données. La recherche est un processus dialogique (Daniel, 1984) où les résultats sont le fruit d'un travail d'interaction entre les chercheurs et les acteurs sociaux impliqués dans les processus étudiés.

L'ensemble des données recueillies par les enquêtes qualitatives a été dépouillé selon la méthode de la "*Grounded Theory*" (Glaser et Strauss, 1967), qui constitue par ailleurs l'approche habituelle des ethnologues aux données d'observation et entretues. Les analyses restituées dans ce rapport sont le résultat du recouplement et du traitement des informations obtenues sur un nombre d'entretiens ou d'observations suffisamment important pour qu'elles soient corroborées à de multiples occasions et donc considérées comme significatives. Des citations extraites d'entretiens viennent illustrer ces analyses. Elles ont pour vocation de rendre plus concret la lecture des analyses théoriques, mais non de les supplanter. Pour préserver l'anonymat des personnes observées et/ou interrogées les chercheurs ont gommé toutes les informations personnelles permettant de les identifier.

## **LES SOINS À DOMICILE AU CLSC CÔTE-DES-NEIGES**

Au CLSC Côte-des-Neiges, les soins à domicile se divisent en deux sections. La première, *Jeunes/Famille*, concerne les enfants, les adolescents et leurs familles. La deuxième, *Maintien à domicile*, est spécialisée dans les soins à apporter à des adultes en perte d'autonomie. La responsabilité des soins à donner aux clients est partagée entre différents types de professionnels : les médecins, les intervenants professionnels (infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, diététistes) et les auxiliaires. L'ensemble de ces professionnels constitue l'équipe multidisciplinaire couramment nommée "équipe multi". L'objectif premier de cette organisation est d'assurer une collaboration entre tous les paliers d'intervention auprès du client. Les premiers établissent les diagnostics, prescrivent les traitements et assurent les soins techniques auprès des patients. Des évaluateurs-auxiliaires ont la responsabilité de vérifier si l'équipement (banc de douche, barre de soutien, etc.) est présent et adéquat chez les clients. Les auxiliaires assurent les activités de la vie quotidienne et domestique et informent l'équipe "multi" de tout changement ou problème survenu chez leurs clients. Cette catégorie d'employés, la plus nombreuse au CLSC, est pourtant celle qui a le moins de marge de manœuvre, malgré son appartenance à l'équipe "multi". Ses missions se limitent essentiellement à exécuter le plan de service établi selon les besoins du client, de la manière proposée par les intervenants professionnels et le tout, sous la surveillance d'un chef de programme et d'un chef d'équipe.

De la demande de soins et de services à leur distribution, on distingue trois niveaux d'action : la prise de décision; l'évaluation de la manière de procéder; l'exécution. Le lien entre ces trois niveaux est assuré par divers responsables. Un coordonnateur établit la liaison entre les chefs de programme et la direction; le chef de programme fait le pont entre les auxiliaires et les intervenants

professionnels; le chef d'équipe vérifie les horaires des auxiliaires familiaux et sociaux et fait le lien entre le chef de programme et les auxiliaires.

### **La section *Maintien à domicile* : la clientèle, les auxiliaires et leur travail**

La clientèle de la section *Maintien à domicile* est constituée d'une population en perte d'autonomie. Les problèmes médicaux sont variés, tels que des affections de santé liées au vieillissement, aux maladies en phase terminale, à des traumatismes physiques, à des troubles mentaux (Alzheimer, schizophrénie, sénilité,...), etc. La dépendance qui en résulte peut être provisoire ou envisagée à long terme. Plusieurs de ces problèmes se conjuguent assez souvent et constituent des "cas lourds". Les personnes âgées sont très largement majoritaires.

Par ailleurs, puisque le CLSC Côte-des-Neiges répond aux besoins d'une zone géographique couvrant en partie Outremont, Ville Mont-Royal, Snowdon et Côte-des-Neiges, deux caractéristiques liées à la clientèle sont à préciser. D'une part, le statut économique des patients accuse un écart profond entre les plus pauvres et les plus riches. D'autre part, les origines ethniques de la population aidée sont très diverses. Parce qu'à chaque secteur correspond un type de clientèle ethniquement ou socioéconomiquement différente (les auxiliaires évoquent ainsi la forte proportion de Juifs originaires du Maroc ou d'Europe de l'Est selon le secteur), les besoins et les services varient beaucoup d'un secteur à l'autre.

Dans la section, on compte quarante-neuf auxiliaires permanents et dix auxiliaires sur appel. Au moment de notre étude, les auxiliaires permanents étaient répartis en quatre équipes. Depuis peu, à des fins d'administration et d'organisation du travail, celles-ci ont fusionné en deux grandes équipes. Les



équipes collaborent entre elles bien qu'à chacune corresponde un secteur spécifique du quartier Côte-des-Neiges. Elles sont encadrées par un chef de programme (ancien intervenant professionnel) et par un chef d'équipe (lui-même ancien auxiliaire). Afin de répondre aux besoins d'une clientèle essentiellement féminine<sup>5</sup> en conformité avec la politique de respect de l'intimité du client qui convient que seules les auxiliaires femmes peuvent exercer les soins d'hygiène auprès des clientes<sup>6</sup>, l'embauche d'auxiliaires femmes est ici privilégiée

La population des auxiliaires, en écho à la clientèle, se caractérise donc elle aussi par sa forte proportion de femmes qui représentent 75 % des effectifs de la catégorie. De même, elle se distingue par la diversité des origines. Si environ 55 % des auxiliaires ont le français pour langue maternelle, 45 % d'entre eux sont allophones.

En principe, au CLSC, la langue d'usage officielle est le français. Les réunions (d'équipe, de révision et d'attribution) se font en français, mais les observations montrent qu'il arrive, que des intervenants anglophones fassent une partie de leurs interventions en anglais (soit le discours au complet ou par "*code-switching*"<sup>7</sup> par alternance des deux langues). Dans l'une des équipes, le chef de programme traduit au fur et à mesure. Dans une autre, les interventions anglaises sont découragées (à une question posée en anglais, la réponse est donnée en français). Dans une troisième, le chef de programme répond en anglais à son tour. Hors du cadre formel de la réunion, même les chefs de programme qui

---

5 - Du fait d'une espérance de vie plus courte chez les hommes, la proportion de femmes est plus importante chez les personnes âgées.

6 - Cependant, dans les cas où la manipulation d'un patient requiert une certaine force physique, il arrive qu'un auxiliaire soit appelé à intervenir auprès d'un client de sexe différent du sien. Mais en aucun cas il n'effectuera directement les soins d'hygiène.

7 - Le code-switching est une pratique courante (généralement du français vers l'anglais puisque la langue officiellement utilisée lors des réunions est le français)

précédemment reprenaient le discours anglais en français, pratiquent également le *“code-switching”*.

Les auxiliaires quant à eux, utilisent aisément d'autres langues lors de conversations plus informelles, avec une prédilection pour l'anglais cependant. Au moment de l'étude, tous avaient la connaissance du français et de l'anglais, auxquelles s'ajoutait pour ceux nés à l'étranger, la pratique d'une ou plusieurs autres langues. Unaniment les auxiliaires ont déclaré avoir amélioré leur anglais par l'intermédiaire de leur travail. Mais la majorité d'entre eux avait tout de même acquis des bases durant leur scolarité ou à l'occasion de voyages. Des allophones auront tendance à communiquer dans leur langue avec des compatriotes que ce soit pour *“échanger des confidences”* ou par simple confort.

“J'ai des amis ici qui travaillent. Des compagnons de travail qui parlent la même langue que moi. Parfois on communique dans cette langue, si on a, mettons des choses à se dire qui sont plus... Si on ne veut pas que d'autres comprennent (rires), on va parler dans cette langue.”<sup>8</sup>

Le *“code-switching”* est la pratique la plus courante entre allophones.

“Ce n'est pas ma langue tout le temps, mais c'est toujours le français qui sort, même si on est entre deux compatriotes. Les mots sortent plus vite en français ... parce qu'on est plus habitué à parler français... alors on commence dans notre langue, mais d'un coup on change sans se rendre compte qu'on change et après on revient à notre langue.”

---

8 - À moins de précisions particulières, les citations sont extraites de rencontres et d'entrevues avec des auxiliaires (le guide des entrevues sera inséré en annexe dans le rapport final) . Afin de préserver l'anonymat des enquêtés, les chercheurs ont décidé de gommer ou de travestir les indicateurs de lieu et de langue maternelle des extraits d'entretiens, dans la mesure où cette opération n'a pas d'incidence sur l'analyse.

Les auxiliaires sont en contact constant à la fois avec des clients, des collègues, des supérieurs et des partenaires de différentes origines. Bien que cette question ne soit pas au centre de la relation établie, nous pensons qu'elle constitue tout de même une dimension importante des relations de travail, des orientations professionnelles et qu'elle influe sur les processus à l'œuvre dans la production du travail des soins comme dans l'élaboration et la transmission d'un savoir pratique.

## **ITINÉRAIRES BIOGRAPHIQUES ET PARCOURS PROFESSIONNELS**

## **Le “choix” du métier**

La plupart des interrogés ont exercé de multiples métiers avant de devenir auxiliaires. Ils en ont acquis des compétences fort utiles dans ce métier tels que l'apprentissage d'une ou plusieurs langues, la débrouillardise, l'habileté manuelle, le sens des relations publiques, le sens de l'écoute, etc. Les raisons ayant conduit à ce métier sont diverses. Pour certaines des personnes interrogées, il s'agit d'un choix conscient, réfléchi. Il s'agit principalement des derniers arrivés au CLSC, ceux qui ont suivi la formation d'auxiliaire familial et social. Pour d'autres, les circonstances de la vie les ont entraînées vers ce travail. On y trouve les “anciens”, ceux du pré-CLSC, embauchés à une époque où une formation académique n'était pas privilégiée<sup>9</sup>. Leurs itinéraires personnels et professionnels (formation académique dans un domaine connexe, expérience de bénévolat, maternité, soins aux parents âgés, etc.) leur avaient cependant permis d'acquérir une expérience pratique permettant d'assumer les tâches qui, au tout début précisons-le, comprenaient beaucoup de ménage.

Les deux groupes d'étude comptent des natifs du Canada et des migrants. Parmi ces derniers, certains sont arrivés au Québec, enfant ou à la fin de l'adolescence, alors que d'autres sont venus à l'âge adulte. Cela signifie qu'une partie des auxiliaires a suivi sa formation initiale ici, au Québec, alors que d'autres l'ont suivi à l'étranger (il peut s'agir d'une formation similaire) ou encore qu'ils peuvent avoir suivi une toute autre formation. Il est frappant de constater la

---

9 - Depuis la création des CLSC, les possibilités de formation ont évolué. Les premières années, les auxiliaires pouvaient être embauchés sur la foi d'une expérience de travail, sans formation théorique attestée. Dès les années 80, une formation après embauche de 450 heures permettait d'acquérir les bases nécessaires au métier. Depuis, les exigences du CLSC se sont précisées et on favorise maintenant l'embauche d'individus ayant déjà suivi une formation de 960 heures comprenant des enseignements théoriques et des stages pratiques.

différence de trajectoire entre les auxiliaires 1) migrants et déjà formés, 2) migrants et formés au Québec et 3) non migrants formés au Québec.

Pour les premiers, l'événement migratoire a eu une conséquence directe sur leur cheminement de carrière. *A minima*, il s'agit d'une modification dans le type de travail effectué (et plutôt à la baisse) même si le migrant continue d'exercer dans le domaine de la santé. Mais cela peut impliquer un changement de secteur d'activité avec une reconversion de carrière. Dans ces cas, l'embauche au CLSC fait suite à une série de petits emplois assumés pour survivre.

Pour les seconds, la trajectoire est relativement linéaire. Après quelques tâtonnements, ils se sont dirigés vers le métier d'auxiliaire. Ils ont toujours exercé au CLSC Côte-des-Neiges où ils sont arrivés assez jeunes, directement après leur stage de formation. Ils s'y trouvent bien et n'ont pas l'intention d'en partir. Ces individus se rapprochent sans aucun doute davantage des natifs du Québec. Ils ont immigré jeunes, enfants ou, à la fin de l'adolescence. Leur orientation professionnelle répond au choix de travailler dans le secteur social et sanitaire.

Pour les derniers, la trajectoire est quelque peu différente. Ils ont souvent exercé divers petits métiers avant une période de chômage qui les décide à suivre une formation destinée à structurer leur vie professionnelle. Quoiqu'ils soient natifs du Québec cette orientation tardive après une longue période d'instabilité professionnelle les rapproche des premiers.

Bien que notre échantillon ne nous permette pas de prétendre à une représentativité, mentionnons néanmoins que pour la majorité des auxiliaires rencontrés, le travail d'auxiliaire familial correspond à un choix tardif dans leur vie et dépend d'un élément "perturbateur" dans leur itinéraire biographique (immigration, chômage ou réorientation professionnelle, réorganisation familiale).

L'embauche au CLSC Côte-des-Neiges fait le plus souvent suite à une connexion dans le réseau professionnel (médecin, infirmière, ancien patron, superviseur de stage, etc.) qui à la fois indique à l'auxiliaire potentiel l'ouverture d'un poste et sert de référence à l'embauche. Ceux qui ont suivi la formation d'auxiliaire familial et social, ont fait leur stage au CLSC Côte-des-Neiges. Les autres exerçaient déjà dans le domaine de la santé (bénévolat, agence) et pouvaient, par ce fait, avoir été en contact avec des intervenants du CLSC. Les chefs de programmes confirment l'importance de ce réseau informel d'embauche, à la fois parce qu'il constitue une filière de main-d'œuvre aisément accessible et que le stage permet de jauger les qualités professionnelles d'un candidat.

Ainsi, la trajectoire menant au CLSC Côte-des-Neiges est constitutive d'un réseau informel qui permet à l'employeur de s'assurer de la compétence d'un futur auxiliaire.

### **Travailler avec des personnes âgées**

L'orientation dans la section *Maintien à domicile* ne répond pas systématiquement à un choix délibéré au départ mais *a posteriori*, tous disent aimer profondément ce qu'ils font et y trouver beaucoup de satisfaction sur le plan personnel. Il est d'ailleurs étonnant de constater à quel point les motivations personnelles énoncées sont communes à l'ensemble des auxiliaires rencontrés. Ces derniers ont unanimement déclaré s'être, consciemment ou non, dirigés dans cette voie, du fait du plaisir qu'ils ressentaient à travailler avec le public, à se rendre utile en aidant les gens de manière concrète. La grande majorité s'est déclarée extrêmement satisfaite du type de clientèle qui lui échoit et n'en voudrait point d'autre.

“Je l'ai déjà fait [*travailler avec des enfants*] mais j'aimerais mieux continuer avec les personnes âgées quand même. Parce que je trouve que ces gens là ont tout un passé, ils ont beaucoup de choses à nous raconter, tu sais on en donne mais on en reçoit beaucoup d'eux aussi... et aussi peut-être je me sens un peu plus à l'aise en travaillant avec les gens âgés.”

L'expérience de travail avec la catégorie *Jeunes*, lorsqu'elle est évoquée, est toujours perçue comme perturbatrice sur le plan émotif. Qu'une jeune personne ait une maladie mortelle ou soit handicapée alors qu'elle devrait avoir la vie devant elle, paraît “anormal” et irrationnel. Pour plusieurs migrants les situations difficiles d'enfants leur rappellent celles des enfants de leur pays d'origine auxquelles ils ne veulent plus être confrontés. Pour la plupart d'entre eux, la communication leur semble plus difficile à établir avec de jeunes personnes qui ont peu vécu alors que les plus âgées ont toute une vie à raconter. De même que la relation avec un jeune doit nécessairement passer par un intermédiaire (généralement la mère), alors qu'avec un adulte, la présence d'un tiers n'est pas toujours utile, le contact s'établit de personne à personne.

S'occuper d'une personne malade induit une certaine intériorisation de la situation qui est alors analysée en fonction des expériences personnelles de chacun. S'occuper d'une personne âgée dégradée physiquement ou mentalement projette l'auxiliaire vers son propre vieillissement, sa propre mort ou encore vers celle d'un proche. Il a ainsi l'impression, en quelque sorte, de travailler pour lui-même ou de s'occuper d'un membre de sa famille.

“Quand je serai vieille, j'aimerais que quelqu'un fasse ça pour moi.”



Ce dernier point est particulièrement sensible chez les auxiliaires migrants rencontrés dont le travail auprès des personnes âgées leur permet de perpétuer une dynamique familiale traditionnelle où les enfants s'occupent des parents jusqu'à la mort. Par leur travail, ils retrouvent une certaine continuité avec les valeurs et croyances de leur groupe d'origine.

Nous sommes en présence de gens de terrain, pour qui la satisfaction au travail passe avant tout par le contact direct, la communication et la variété (des contacts, des soins à apporter, des lieux d'exercice). Le métier d'auxiliaire familial leur offre tout cela. Le fait qu'il s'agisse d'une clientèle âgée (donc sujette à des hospitalisations, des variations de l'état physique, à la mortalité) amène bien sûr, un important roulement chez les patients dont l'auxiliaire a la charge. Néanmoins, la prise en charge d'un client qui peut se poursuivre plusieurs années, favorise le développement d'une relation profonde basée sur la confiance et une sympathie réciproque.

### **L'accès aux postes de responsabilité**

Avant de passer aux tâches effectuées par les auxiliaires, il importe de parler brièvement de la nomination de certains auxiliaires à des postes à responsabilité. Dans la trajectoire professionnelle d'un auxiliaire familial et social, il existe actuellement deux possibilités de mobilité : chef d'équipe et évaluateur-auxiliaire. Le chef d'équipe est obligatoirement un ancien auxiliaire dont la tâche principale réside dans la gestion des horaires de ses collègues. L'accès à ce poste s'accompagne d'une rémunération supplémentaire sous forme de prime que le chef d'équipe perdra s'il réintègre un poste d'auxiliaire. Les évaluateurs combinent deux tâches qui coupent leur journée en deux parties. La première est l'exercice du travail d'auxiliaire, intervenant au domicile des patients. La seconde consiste à

évaluer, en partenariat avec l'ergothérapeute, les besoins en termes de sécurité et d'autonomie des clients. L'accès au poste d'évaluateur-auxiliaire ne modifie en rien le salaire et l'avancement d'échelon dans la carrière de l'auxiliaire. Ces postes sont d'ailleurs relativement précaires puisqu'ils reposent toujours sur un projet-pilote qui pourrait à tout moment être remis en question. La nomination officielle à l'un ou l'autre de ces deux postes fait suite à une période probatoire de trois mois en moyenne.

Au moment des observations, dans la catégorie du personnel "auxiliaires familiaux et sociaux", près de 30 % des employés étaient d'origine autre que québécoise. Cependant, les chefs d'équipe et les évaluateurs-auxiliaires étaient tous Québécois dits "de souche", sauf deux personnes. Parmi les personnes interrogées, la quasi totalité (95%) de ceux qui occupent ou qui ont occupé le poste de chef d'équipe ou d'évaluateur-auxiliaire étaient des "natifs".

Les chefs de programmes insistent sur le respect de la Convention collective. Signée par les autorités administratives et les représentants syndicales, elle fait état d'une priorité à l'ancienneté et d'une procédure établie impliquant un affichage des postes vacants. Néanmoins, la pratique donne lieu à d'autres interprétations par les acteurs. La vacance d'un poste de chef d'équipe ou celui d'évaluateur ne fait pas l'objet d'un affichage systématique. Dans la pratique, les chefs de programmes considèrent que l'information circule. Il suffit pour les auxiliaires qui souhaitent poser leur candidature d'aller voir leur chef de programme.

Du côté des auxiliaires, les critères de sélection apparaissent plus confus. Pour certains, la priorité est accordée à la compétence professionnelle. Pour d'autres, les relations personnelles engagées avec les chefs de programme sont déterminantes. Certains reconnaissent le critère de l'ancienneté, mais aucun des auxiliaires rencontrés ne signale ce critère comme prioritaire.

Certains éléments peuvent aider à comprendre ces divergences de points de vue. Si officiellement les postes sont ouverts à tous, certains facteurs doivent être pris en compte dans l'analyse. D'une part, il y a ceux qui déclinent l'offre parce qu'elle ne correspond pas à leurs souhaits (être éloigné de la clientèle, aspect administratif de la tâche, augmentation du temps à passer au CLSC). D'autre part, ceux qui posent leur candidature projettent une amélioration de leur situation au sein du CLSC (financière, relationnelle, statutaire). Sur ce dernier point, l'objectif d'amélioration de leur situation aux niveaux relationnel et statutaire (même si celle-ci est officieuse puisque révocable à tout instant) l'emporte largement. Aucun des auxiliaires devenus auxiliaires-évaluateurs n'a quitté son poste d'évaluateur de plein gré. Tous se déclarent énormément satisfaits de cette fonction où ils considèrent avoir gagné en estime de la part de leurs partenaires et supérieurs. Ils décrivent notamment des relations plus égalitaires avec les intervenants professionnels.

Dans le cas des chefs d'équipe, c'est l'inverse qui semble se produire et en dépit du gain financier substantiel, beaucoup préfèrent, après quelques temps, reprendre leur fonction d'auxiliaire. Le poste de chef d'équipe est décrit comme un emploi "tampon" dans une relation fortement hiérarchisée entre les chefs de programme et les auxiliaires. L'accès à ce poste fragilise leurs relations avec les auxiliaires ce qui, à leurs yeux, constitue une perte importante d'autant qu'elle ne trouve pas de compensation dans les relations avec les intervenants professionnels et leurs supérieurs pas plus que dans le gain financier.

Posée en ces termes, l'analyse semble reposer sur des choix strictement personnels. Or, dans les faits, les trajectoires personnelles et professionnelles ne donnent pas à chacun les mêmes possibilités de saisir les opportunités. L'application du critère d'ancienneté à la population observée et interrogée, permet

de constater une absence de corrélation entre cette variable et l'occupation à ces positions. Si l'on considère cette question sous l'angle des trajectoires entre originaires et non originaires du Canada, on s'aperçoit que des natifs, embauchés depuis une dizaine d'années, occupent ou ont occupé de manière plus fréquente ces postes que les auxiliaires d'origine étrangère, embauchés depuis plus longtemps. Nous comptons approfondir la question de la moindre représentation des auxiliaires nés ailleurs aux postes de responsabilité dans une recherche ultérieure. À date, les entrevues réalisées dans le cadre de cette enquête-pilote nous conduisent à considérer plusieurs hypothèses susceptibles d'expliquer les raisons de cette disparité : 1) des facteurs liés à l'expérience de migration (installation, apprentissage d'une nouvelle langue, intégration de nouveaux codes sociaux, absence ou recomposition de la famille, interruption ou remise en question des projets personnels, scolaires et/ou professionnels) pourraient mobiliser une énergie importante et placer le choix d'une carrière au second plan; 2) des facteurs reliés au milieu de travail au CLSC (organisation du travail planifiée en fonction de schèmes culturels et sociaux, maniement écrit et oral de la langue française, gestion des tâches, gestion personnelle et collective du temps, perception de la place de l'individu dans le collectif, etc.) où les immigrants pourraient se trouver "handicapés". La connaissance des lois, des droits, des procédures administratives, ainsi que le partage d'un schème culturel commun lors des entretiens à l'embauche ou à l'occasion d'une promotion peuvent permettre une meilleure performance des individus socialisés dans ce système.

## **LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES, UNE "AUTONOMIE ENCADRÉE"**

Le travail de l'auxiliaire familial comporte deux dimensions très différentes l'une de l'autre. D'une part, il doit aider concrètement le client dans l'ensemble des activités quotidiennes et domestiques qui lui ont été assignées par le comité d'allocation-révision. Les tâches sont extrêmement variées et changent en fonction des besoins du client. Outre les soins d'hygiène qui sont les plus courants, l'auxiliaire peut aider le client à s'habiller, l'encourager à manger, lui préparer ses repas pour la journée, s'assurer qu'il prenne ses médicaments, etc. D'autre part, le CLSC lui demande également de tenir à jour un dossier où sont rapportées toutes ses observations.

Il y a donc un aspect très concret du travail, qui demande beaucoup d'habileté manuelle (bien nettoyer, faire attention aux clients) et un autre aspect plus bureaucratique qui fait appel à d'autres qualités, telles que le sens de l'observation, l'articulation sur le plan écrit et oral (rédiger des notes pour le rapport, assister aux réunions et rapporter ses observations). Cette deuxième dimension est tout aussi utile que la première, mais sa justification apparaît moins évidente aux yeux de ces gens de terrain:

“[Ce que j'aime] c'est d'être avec les gens âgés, parce que quand on est avec eux - aussi il y en a beaucoup qui sont dans le besoin - on sent vraiment qu'on est utile. Souvent on a beaucoup de *meetings*. Des fois je pense qu'une partie de ce temps là pourrait être alloué à ces gens là. [...] Des fois je pense qu'il y en a qui sont pas tellement importants. J'aimerais mieux être auprès de la population.”

La notion de service et le plaisir d'être utile conduisent les auxiliaires à rendre divers services qui ne sont pas forcément prévus dans leur tâches ou qui n'ont pas

fait l'objet d'une discussion préalable (couper les cheveux, préparer un repas ou sortir les poubelles, etc.).

“Ce n'est pas dans mes tâches, mais elle aime ça quand je lui prépare le café et un petit quelque chose avant de partir”.

Ces pratiques non formalisées sont cependant génératrices de conflits. Selon le point de vue des auxiliaires qui rendent ces services, cela permet d'instaurer une relation de confiance qui rend plus aisé le travail à effectuer. Pour les chefs de programme, l'initiative est *a priori* laissée au bon jugement de l'auxiliaire. Celui-ci devrait être en mesure d'évaluer la pertinence de tel ou tel acte au regard des besoins et du potentiel d'autonomie du client. Cependant, dans la mesure où ces pratiques sont contenues dans l'informel, la marge de manœuvre est étroite. Dans la mesure où ces tâches et leur pertinence ne font pas l'objet d'une règle explicite, elles renvoient les individus (les auxiliaires en cause, leurs pairs, leurs supérieurs, leurs partenaires et les clients) à l'arbitraire de leur propre jugement teinté des dimensions affectives qui imprègnent la relation. L'auxiliaire qui sort les poubelles ou qui prépare le déjeuner d'un client, peut tout à fait estimer que son service est fondé : “ça facilite la relation”, “le service est relié aux soins”, “ça ne prend pas plus de temps”, “ça ne porte pas à conséquence”, “ça leur fait plaisir”. Il est certain, à l'observation, que l'auxiliaire revendique et trouve satisfaction dans cette zone d'initiative, que sa hiérarchie est toute prête à lui accorder en autant que cela reste dans les *marges de l'acceptable*.

“Elle a 97 ans. Elle a une maison de deux étages. Elle dort en haut, Elle descend, mince, mince, maigre, très maigre. Elle tombe, se lève. Elle est pas bien dans sa tête non plus. Il y a tout ça, alors moi je vais de temps en temps, c'est même pas la

journée que je dois aller mais si je suis proche je passe pour voir si elle a besoin de quelque chose ou si elle va bien.”

Si dans nombre des cas ce système fonctionne bien, il apparaît néanmoins comporter des failles inductives de tensions dans les interactions. Différents problèmes sont évoqués lors des entrevues : les clients risquent de ne plus distinguer les services qui leur sont dus de ceux qui leur sont offerts gracieusement par certains. Ils se croient alors en droit d'attendre, voire d'exiger, que tous les auxiliaires leur apportent la même prévenance. En conséquence, lorsqu'un auxiliaire remplaçant (pour cause de maladie ou de vacances) intervient dans une relation structurée sur la base de services informels, il lui est alors difficile de gérer ou de contrôler cette situation. On risque aussi un effet “boule-de-neige” dans les services dispensés. Les clients peuvent devenir de plus en plus exigeants. Par ailleurs, la dimension affective qui colore la relation auxiliaire-client (et éventuellement celle avec la famille) rend difficile la distance objective à la relation de soin. En corollaire à cette dimension affective, l'absence de formation théorique, soulignée plus haut, ne facilite pas une approche globale du patient et de sa situation. Les actions, prises de manière intuitive, peuvent l'être davantage sous l'emprise des bénéfices secondaires (autant du client que de l'auxiliaire) que déterminées par des objectifs thérapeutiques.

“Je me souviens cette femme-là accepte pas la mort de sa mère, n'acceptait pas sa maladie. Je me souviens qu'on philosophait ensemble, on parlait. Je parlais de moi, mes sentiments puis tout ça, je venais de perdre mon père puis tout ça.”

Finalement, on constate qu'à l'extrême, cette zone de flou, si elle permet de l'initiative aux auxiliaires, risque également de les mettre également en porte-à-



faux et en butte à des conséquences préjudiciables sur le plan personnel et/ou institutionnel.

L'examen de cet espace d'autonomie relative dans la gestion de la relation dévoile aussi des représentations différenciées du rôle de l'auxiliaire familial pour les intervenants, les chefs de programme et les auxiliaires eux-mêmes. L'ensemble des auxiliaires rencontrés considèrent que leur rôle ne se limite pas uniquement à dispenser des services matériels.

“Parce que le travail c'est plus que soigner le corps, c'est établir un contact avec le client.”

Rendre un service adéquat, faire accepter au client qu'il a besoin d'aide, requièrent une mise en confiance. Cette part du travail est d'autant plus difficilement identifiable par les chefs de programme qu'elle est strictement limitée à la sphère d'échange entre l'auxiliaire et le client. Le travail de mise en confiance, expliquent les auxiliaires, s'articule généralement sur un échange de confidences. Or, si une partie du travail des auxiliaires exige qu'ils rendent compte à l'intervenant-pivot et éventuellement à l'équipe “multi” des informations qu'ils obtiennent, ils estiment qu'ils doivent en même temps respecter la confidentialité des propos de leur client.

En fait, le travail des auxiliaires est d'apparence simple mais en réalité, est assez complexe au plan psychologique. Ils ont à faire face à de grosses responsabilités telles que s'assurer de la sécurité (physique et mentale) du patient, donner les soins nécessaires, respecter la hiérarchie des tâches, avertir l'équipe d'intervenants de toute détérioration de la situation, gagner et conserver la confiance du client. Les auxiliaires sont souvent les premières personnes sur place lorsque se présente un problème. Quelques auxiliaires insistent sur le caractère

imprévisible de leur travail, ne sachant jamais dans quel état ils vont trouver le client : mort, très malade, en crise. Ils sont donc les premiers à subir le choc et doivent alors savoir exactement quoi faire, quels actes poser. Les chefs de programme soulignent que le CLSC met à leur disposition différents mécanismes de support pour les aider à faire face à ce genre de situation (appel au gestionnaire de garde, référence au gestionnaire, équipe multi). Pourtant, il semble que les auxiliaires n'ont pas souvent recours à cet "arsenal". D'une part, faire appel à l'institution signifie le renoncement à l'autonomie qu'ils revendiquent. D'autre part, l'urgence du problème nécessite une action rapide à leur yeux qui ne leur laisse pas le temps de mobiliser les ressources préconisées ou encore ces ressources ne leur paraissent pas adaptées à la situation.

"Y avait un monsieur qui avait la chaise roulante, les quatre roues étaient par terre, dégonflées. Je viens ici... j'appelle, je dis : "Écoute, j'ai besoin d'une pompe". Je savais qu'y avait une pompe pour gonfler ici. Je viens la chercher. La pompe n'était pas là et on l'avait perdue. Je dis : "Je peux avoir l'argent pour acheter une pompe? Je vais l'acheter et on la gardera ici. Je vais gonfler les pneus du client, il le faut bien". On m'a répondu : "Non, non, il faut appeler au centre de réadaptation". J'appelle. Le monsieur me dit qu'il ira à 8 heures le soir. À 8 heures! Il était une heure de l'après-midi. Le bonhomme ne pouvait même pas se déplacer. On ne pouvait pas le lever en bras non plus. Alors j'ai dit : "À 8 heures! Non; le client ne peut pas rester dans la chaise roulante. Je veux voir le gestionnaire". La gestionnaire m'envoie voir l'ergothérapeute. L'ergothérapeute m'envoie à une autre personne chargée de l'équipement. Cette personne téléphone à une responsable qui lui dit : "Non pas question, on

n'a pas d'argent. Il faut chercher à une autre personne qui peut avoir..." Déjà, j'ai passé une heure à peu près. J'ai dit : "Je reviens dans cinq minutes, je vais jeter un coup d'œil". Je suis parti. Je suis allé chez *Canadian Tire*. J'achète une pompe de ma poche. J'ai pris la pompe, j'ai gonflé les pneus, les quatre. Je suis retourné chez *Canadian Tire*, j'ai dit que la pompe n'était pas bonne... J'ai dit : "Non, c'est pas ça que je veux. Je veux une autre sorte de pompe, je retourne ça". Je suis revenu ici. J'ai dit : "Le problème est résolu, ne cherchez plus". Après, j'ai raconté comment j'avais fait. La gaffe! J'ai choqué tout le monde parce que je ne devais pas faire ça. C'était contre les principes d'ici."

Bref, les auxiliaires ont l'impression qu'on leur demande d'être autonomes et d'avoir le sens de l'initiative, mais sans empiéter sur le domaine des intervenants qui eux seuls, de par la compétence que leur confère leur formation, peuvent prendre des initiatives ou poser un diagnostic et assumer les responsabilités.

Tel que le rappellent les chefs de programme, l'existence de l'équipe multi implique en principe chacun de ses membres dans la prise de décisions. Cependant, nombre d'auxiliaires se sentent peu ou pas impliqués dans le processus. Nous verrons que plus largement, lors des discussions de cas, les auxiliaires peuvent se sentir exclus de la réflexion dans la mesure où leurs interprétations divergent de celles des intervenants professionnels. L'analyse des données montre ainsi l'existence d'un certain écart entre les règles et les pratiques. En théorie, la mission de l'auxiliaire est définie en équipe par le comité d'allocation et de révision. Un certain nombre de ressources sont mises à sa disposition pour l'aider dans sa mission. En pratique, les interventions mettent en relation des êtres humains, ce qui laisse une place importante à la subjectivité.

Ainsi par exemple, l'interprétation d'une situation en termes de "crise" ou "d'état d'urgence" dépendra en partie du degré d'implication ou de proximité dans la relation au client. En conséquence les modalités de résolution de cette situation seront aussi envisagées différemment. Dans l'exemple précédent, l'immobilité forcée du client constitue un cas de crise pour l'auxiliaire qui en a la charge. La proximité physique induit une interprétation projective de la situation. Il ne conçoit pas que le client puisse rester immobilisé plusieurs heures durant pour une simple histoire de pompe. Du côté des intervenants et des supérieurs hiérarchiques, la situation est analysée en termes de planification de travail, de gestion financière et de procédures. Ces deux interprétations ne peuvent trouver de consensus et aboutissent à des décisions et actions qui posent la base du conflit.

### **Les difficultés physiques et psychologiques du métier**

Même si les auxiliaires sont unanimes à défendre l'intérêt de leur travail et leur plaisir à l'exercer, certaines difficultés d'ordre physique et psychologique le rendent parfois exténuant.

En situation de travail, les auxiliaires sont particulièrement prédisposés par leur travail à contracter toutes sortes de maladies, des plus bénignes aux plus graves. Il y a d'abord le client qui peut être porteur de maladies contagieuses. Si le port des gants en latex réduit les probabilités des transmissions manu-portées, il n'élimine pas les risques des autres modes de contamination. Ensuite il y a les conditions même du travail. Les nombreuses manipulations des clients dans un environnement pas toujours ergonomique prédisposent aux dorsalgies. En hiver, les déplacements deviennent difficiles, pénibles. Pour ne pas manquer un bus et risquer d'attendre de longues minutes dehors à geler, l'auxiliaire doit se dépêcher et bousculer un peu son service. Souvent la maison du client est trop sale pour poser bottes et manteau. Il peut y faire très chaud; donner un bain augmente la

chaleur; l'auxiliaire transpire. Son service terminé, il ressort au froid pour se rendre chez un autre client où il fera également trop chaud. Ces changements constants de température prédisposent aux affections respiratoires. L'environnement immédiat du client lui-même induit des risques : les tapis où l'on peut se prendre les pieds; l'animal domestique qui devient agressif; une panne électrique au moment du bain; etc.

Un autre type de risque, plus difficile à contourner, concerne la fatigue à la fois physique et psychologique. Dans une même journée l'auxiliaire doit s'adapter à toutes sortes de personnes. La fatigue s'intensifie quand il doit continuellement rencontrer un même client agressif et qu'il ne sait jamais comment il va le trouver en arrivant.

### **Les difficultés liées à la gestion du travail**

L'auxiliaire est responsable de son horaire, mais il n'est pas totalement libre. Il doit respecter certaines contraintes comme la durée du service à donner, le trajet pour s'y rendre, le rythme des visites. S'il s'agit de soins particuliers (donner des médicaments, encourager à manger, donner un bain), il doit également tenir compte de la période où ce soin est requis.

Le chef d'équipe est chargé de vérifier les horaires chaque semaine afin de connaître quels sont les auxiliaires qui ont des plages vierges et ainsi leur attribuer de nouveaux clients. Ce pouvoir crée un sentiment de frustration parmi les auxiliaires qui ne peuvent aménager à leur gré les périodes de repos prévues, ni contrôler le type de clients qu'ils doivent suivre. Le mode d'attribution des nouveaux clients qui leur semble souvent déterminé arbitrairement par le chef d'équipe, ajoute à la frustration un sentiment d'injustice. Il leur semble que certains se retrouvent avec une charge de travail importante quand d'autres en font moins.

Plusieurs auxiliaires ont exprimé le désir de se voir accorder une part de responsabilités plus grande dans la gestion des dossiers, afin de se sentir plus impliqués au CLSC. Actuellement, certains auxiliaires semblent vivre une situation paradoxale. Au près des clients, ils ont l'impression qu'on leur demande d'être responsables et autonomes. Alors qu'au CLSC même, sur le plan administratif, ils ont le sentiment qu'on leur dénie toute implication véritable dans la gestion de la clientèle et qu'on ne leur demande finalement que d'être de fidèles exécutants.

Le temps alloué pour donner tel ou tel type de service est un autre sujet d'irritation. Lorsqu'un service est accordé, la responsable de cas, calcule le temps nécessaire pour l'effectuer. L'horaire de l'auxiliaire est ensuite construit en fonction de cette donnée. L'auxiliaire peut néanmoins avoir le sentiment que ce calcul ne tient pas compte du temps réel des déplacements d'un client à l'autre. La majorité des auxiliaires rencontrés dépend des transports en commun. Le temps réel d'un déplacement doit tenir compte des horaires de transport, eux-mêmes relatifs aux conditions de circulation et des attentes entre deux types de transport. Or, pour aller d'un client à un autre, les retards sont soustraits aux temps des clients.

“Alors tu passes ton temps sur la route. Et moi ce qui m'écoëure c'est parce qu'à un moment donné, on brime les patients parce qu'on arrive pas à rentrer dans les heures. Le transport est trop long. Surtout sur Victoria, c'est 26 minutes par autobus. [...] Normalement il faut qu'on donne le service le temps qu'on a besoin. Il faut quand même que le client ait ce qu'il faut, là. Mais le problème, c'est que moi je trouve que des fois, on est obligé de presser un peu le client parce que si on manque l'autobus, on perd 26 minutes. Alors des fois, on va essayer de gagner cinq, dix minutes sur un client ce qui est pas forcément normal parce que

des fois... alors bon, je regarde aujourd'hui, ça a été tout le monde un peu serré parce que bon... pour arriver à rentrer tout le monde. Ca pourra pas continuer comme ça, quoi. Parce qu'à un moment donné, moi, je me brûle et le client enfin il me semble qu'il lui manque quelque chose."

Le temps pour chaque client est calculé en fonction d'un certain type de service, qui ne laisse pas vraiment de place aux impondérables (comme la présence de visiteurs par exemple), ni aux échanges qui, pour l'auxiliaire, sont au cœur même du choix de ce métier et qui pour les clients représentent parfois l'intérêt majeur de la visite. Certains auxiliaires ont alors l'impression de voir leur travail mécanisé.

"Je n'aime pas quand disons... [être] trop chronométré, c'est-à-dire que tu vas là pour une heure, tu vas là pour deux heures. Moi j'aime autant qu'ils nous laissent gérer le service qu'on a à offrir aux gens. Par exemple, ils peuvent nous donner une heure là et puis on donne une heure là, mais peut-être qu'on peut donner trois-quarts d'heure et donner une heure et quart ici. Ça dépend des besoins quoi. Parce qu'il y a des gens, tu as fini de faire quelque chose, tu sens qu'il faut que tu t'en ailles. Mais il y en a d'autres qui aiment ça que tu restes plus longtemps avec eux."

La position d'auxiliaire familial est délicate et demande une certaine habileté pour négocier avec chacune des parties : l'institution d'attache (CLSC Côte-des-Neiges), le client et, éventuellement la famille et/ou l'agence privée. Les auxiliaires sont parfois pris dans des contradictions difficiles à gérer. Ainsi, que faire pour changer un client alors que l'équipement n'est pas en place et que par ailleurs on

lui interdit de le porter ? S'il soulève le patient, il prend le risque de s'attirer des ennuis. S'il ne le soulève pas, il s'expose ainsi à une plainte de celui-ci qui peut estimer qu'il ne fait pas son travail. Si le client essaie de se soulever seul et qu'il tombe, la responsabilité de l'auxiliaire sera encore en cause. En principe, en cas de problème, l'auxiliaire peut se référer à l'intervenant-pivot, démarche qui dans la pratique dépend des rapports entre les deux et, de la confiance qu'a le premier dans les compétences du second. Mais peut-être plus qu'une question de confiance dans les compétences des autres professionnels, le désarroi des auxiliaires face à certaines situations comme le dilemme entre "autonomie et contraintes" dans la gestion du travail, interroge la dynamique des relations socioprofessionnelles de cette catégorie d'acteurs au sein de la hiérarchie organisationnelle du CLSC.



## **LES RELATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES DES AUXILIAIRES**

L'organisation hiérarchique des rapports à l'intérieur du CLSC apparaît à quatre niveaux d'interactions : la prise de décision, la distribution des tâches, l'occupation des locaux et les discussions informelles entre intervenants et auxiliaires.

### **La prise de décision et la distribution des tâches**

L'observation des échanges lors des différentes réunions est particulièrement éclairante sur la place que peuvent prendre les auxiliaires dans les décisions et la distribution des tâches.

Le dossier d'un client est régulièrement rediscuté<sup>10</sup>, par les équipes "multi" en comité de révision. Les prestations augmentent ou diminuent en fonction de l'évolution des besoins du client. En principe, l'auxiliaire comme l'intervenant-pivot doit veiller à ce que les besoins de ses clients soient réévalués le moment venu. Cependant, une réévaluation du cas, peut éventuellement signifier un arrêt ou une sérieuse limitation des visites. Or, dans la mesure où l'auxiliaire est très attaché à son client, il peut tenter de repousser cette réévaluation. Il existe donc quelques clients dont la réévaluation est en retard de plusieurs mois.

"Certains cas n'ont pas été évalués depuis trop longtemps. Il faut que les auxiliaires qui s'occupent de ses clients avertissent le client en question que son cas sera réévalué. Je sais que certains d'entre vous éprouvent de la difficulté à réévaluer un cas qu'ils suivent depuis longtemps, mais c'est le règlement. Je ne veux pas

---

10 - Au moment de l'enquête, les prises en charge de longue durée étaient révisées au moins une fois tous les six mois. À ce jour, la procédure est modifiée. Les réévaluations sont discutées entre l'auxiliaire et le responsable de cas. Les comités élargis n'ont lieu qu'en cas de difficultés particulières.

dire que les auxiliaires ne connaissent pas le règlement, je sais que vous le connaissez, mais il reste certains cas "illégaux".<sup>11</sup>

Il peut également arriver que la situation d'un client présente quelques changements (dans l'état de santé, dans l'environnement, etc.). L'intervenant ou l'auxiliaire familial ayant besoin de parler d'un client, convoque la réunion en écrivant le nom et le numéro de dossier du client dans un cahier à cet effet. Tous les professionnels impliqués dans ce cas doivent être présents lors de la réunion. Si, en principe, les auxiliaires ont le pouvoir de convoquer une réunion, dans les faits, ce pouvoir est cependant, sérieusement limité, puisqu'ils doivent auparavant obtenir l'accord tacite de l'intervenant-pivot. Le jugement de ce dernier prime sur l'opinion des auxiliaires. Avec son accord, le cas sera discuté en réunion. Sans son accord, les auxiliaires ne se sentent pas en position de l'imposer.

Au cours de la réunion, la dynamique des échanges situe la place de chacun au sein du groupe. De manière générale, l'intervenant professionnel présente la requête, le chef de programme pose des questions, l'intervenant propose les actions à entreprendre, le chef d'équipe soumet des propositions en fonction des places disponibles dans les horaires des auxiliaires, le chef de programme a la responsabilité de la décision finale. Le rôle de l'auxiliaire dans la dynamique de l'échange se réduit, en général, à transmettre de l'information "brute", c'est-à-dire à répondre lorsqu'on lui pose directement une question. Ces faits expliquent que les auxiliaires puissent se sentir exclus des prises de décisions. À plusieurs reprises, nous avons observé que l'opinion des auxiliaires n'est pas prise en compte. Soit personne ne tient compte de la remarque qui tombe dans le vide, soit cette remarque est chevauchée (*overlap*) par l'opinion d'un professionnel. Parfois, la

---

11 - Propos d'un chef de programme relevé lors de l'observation d'une réunion.

prise de position des auxiliaires semble même agresser l'intervenant professionnel en charge du dossier. Ce dernier réagit alors par un rejet des propositions.

On constate que les intervenants professionnels se sentent les mieux placés pour proposer des solutions au sujet d'un client, tout en affirmant simultanément qu'ils connaissent moins bien ce client que les auxiliaires (puisque'ils ne le voient qu'à l'occasion, alors que l'auxiliaire peut le fréquenter une ou plusieurs fois dans la semaine). Il semble acquis pour les intervenants professionnels qu'ils ont compétence à décider en regard de leur formation spécialisée, alors que les auxiliaires ont principalement un rôle d'exécution. Toutes les observations des comités de révisions montrent que le rôle des auxiliaires s'arrête à décrire les changements dans la situation du client et non à proposer des approches. Celui des intervenants est d'amener des solutions possibles. Signalons pourtant que certains auxiliaires prennent parfois une part vive dans les discussions et n'hésitent pas à donner leur avis, mais cela est surtout vrai pour les auxiliaires d'origine franco-qubécoise ou qui occupent (ou ont déjà occupé) un poste d'auxiliaire-évaluateur ou de chef d'équipe. Ce sont également eux qui s'installent autour de la table avec les intervenants. La participation dans les discussions de cas, comme l'accès différencié aux postes de responsabilité, amène à une distinction supplémentaire entre natifs et immigrants sans que ce soit explicitement voulu ou même perceptible aux acteurs.

La tension entre ces deux catégories de salariés (intervenants professionnels et auxiliaires familiaux) induit des stratégies de part et d'autres visant à préserver leur zone de pouvoir (traduite en termes d'autonomie et de compétences) si réduite soit elle concrètement. Ainsi lorsqu'un auxiliaire tient à mentionner un problème chez le client que l'intervenant n'a pas constaté, il doit contourner la situation en se référant d'un médecin, ce qui renverse le rapport hiérarchique. Ce

n'est plus l'auxiliaire qui a observé quelque chose, mais le médecin. L'intervenant peut alors prendre l'avis en considération.

Les intervenants peuvent proposer des actions qui vont à l'encontre des propositions de l'auxiliaire comme par exemple dans la situation suivante :

Un client est dangereux pour lui-même. Un travailleur social va choisir de réduire son champ d'autonomie par l'exercice d'une tutelle (gestion de son compte en banque, prise de ses rendez-vous médicaux, etc.) et ce, contre l'avis de l'auxiliaire qui le fréquente régulièrement. Ce client, voyant que le contrôle de sa vie lui échappe, refuse de coopérer et menace de retirer sa demande de service du CLSC. L'auxiliaire choisit d'ignorer les propositions d'actions du travailleur social afin de conserver la confiance de son client et ainsi continuer sa prise en charge.

Nous sommes ici, en face de deux stratégies différentes. Le travailleur social se réfère à ses compétences professionnelles (théoriques et pratiques) et préconise les mesures conservatoires qu'il estime nécessaires pour le client même si celui-ci s'y oppose. L'auxiliaire, par sa connaissance intuitive du patient acquise par la proximité quotidienne, va au contraire utiliser la confiance que celui-ci lui porte pour l'amener à faire ce qu'il croit être bon pour lui. En fait, pour les intervenants, la santé du client, sa sécurité, est ce qu'il y a de plus important... même si ce n'est pas toujours l'opinion du client. L'auxiliaire se sent donc "coincé" entre les consignes du CLSC et les clients. Le premier définit des priorités qui ne concordent pas nécessairement avec les attentes et *desiderata* des clients. Les auxiliaires doivent préserver la confiance de leur client et leur faire accepter les priorités du CLSC.

Néanmoins, les relations entre ces catégories tiennent compte aussi de différents facteurs et contextes qui pèsent sur le fonctionnement des équipes. Le type de clientèle, l'histoire micro-sociale de chacune des équipes, les politiques du CLSC ou plus globalement du gouvernement en matière de santé influent à tous les échelons de l'organisation du travail. Sans oublier le poids déterminant du chef de programme qui, par sa position de gestionnaire et de modérateur, donne le ton aux relations dans le cadre de son équipe. Ainsi, dans certaines équipes<sup>12</sup>, l'avis des auxiliaires est peu sollicité. Les décisions se prennent entre intervenants professionnels (excluant le chef d'équipe qui se contente de vérifier la possibilité au niveau des horaires). Là, les auxiliaires semblent se tenir sur la défensive et les relations avec les intervenants sont empreintes de tensions. En revanche, dans d'autres, l'opinion des auxiliaires est sollicitée de façon expresse. Les décisions, qui restent de la responsabilité du chef de programme, sont discutées longuement en équipe. Là, l'atmosphère est détendue (beaucoup de rires). Les relations entre intervenantes et auxiliaires dégagent une impression de chaleureuse collaboration.

### **La distribution et l'occupation des locaux**

La distribution et la façon d'occuper des locaux signent également la hiérarchie des rapports de travail. L'observation peut se faire à deux niveaux. Tout d'abord, on observe l'espace réservé à cette catégorie de personnel. Son usage ? Comment est-il investi ? Ensuite on peut s'intéresser à l'espace collectif. Qui l'occupe et comment ?

#### *L'espace réservé aux auxiliaires*

Les auxiliaires se partagent deux salles de travail. L'une est vitrée et sert à compléter les dossiers dans le calme, les conversations y sont prohibées. On l'appelle d'ailleurs la "salle du silence". On y retrouve seize cubicules vierges de

---

12 - Au moment de l'étude, l'organisation du travail est répartie en quatre équipes.

toute documentation personnelle. Cette salle, en dehors d'un babillard d'informations générales (au sujet du travail et des réunions diverses) ne comporte aucune décoration. La seconde salle n'a pas de fenêtre. On y trouve dix-huit cubicules où, à intervalle régulier (un sur trois environ), un téléphone est installé afin que les auxiliaires puissent communiquer avec leurs clients. Là, comme dans l'autre salle, aucun marqueur personnel n'indique une appropriation de l'espace de travail exception faite des casiers nominatifs mais ceci est récent. Le décès d'un auxiliaire a suscité le besoin d'identifier les casiers.

Les deux salles s'ouvrent sur le couloir et font face aux locaux des chefs d'équipe<sup>13</sup>. Dans la première salle une porte donne sur la cafétéria et dans la deuxième, une porte permet d'accéder directement au bureau des évaluateurs. Au total, les deux salles de travail offrent trente-quatre places pour la cinquantaine d'auxiliaires. Les auxiliaires doivent donc s'organiser pour accomplir leur travail de bureau. Ils gèrent leurs déplacements en conséquence.

Les deux salles de travail des auxiliaires se démarquent des locaux de leurs supérieurs par : l'absence de lumière naturelle, l'absence d'espace de travail personnel (chacun se partageant le même espace à tour de rôle), le peu de téléphone, l'absence d'accès à une boîte vocale. De plus, si l'on observe la distribution spatiale des locaux, nous constatons que les auxiliaires sont les employés les plus éloignés du centre de décisions. L'absence de décoration et d'objets personnels, l'ouverture à tout un chacun, l'absence d'espaces de travail personnels, concourent à rappeler que les auxiliaires sont de passage dans ces lieux. La reconnaissance de leur légitimité à occuper l'espace physique est à l'image de la reconnaissance de leur compétence. L'organisation spatiale, décourage l'intimité mais aussi le sentiment d'appartenance à l'institution CLSC.

---

13 - Ceci était vrai au moment de l'enquête, même si depuis la disposition des locaux a été modifiée.

Néanmoins, il faut souligner en contrepartie, le peu de désir d'investissement des locaux exprimé par les auxiliaires. De fait, l'auxiliaire familial considère que son travail est "sur la route". C'est là, qu'il trouve à exprimer toute son essence. Éloigné de toute supervision directe sur son travail, il jouit de son autonomie. La plupart des auxiliaires, loin de revendiquer expressément plus d'espace au CLSC, s'accommodent de cette situation qui, même si elle est à mettre au compte des effets de la cause, légitime finalement le temps qu'ils passent à l'extérieur.

### L'espace collectif

L'occupation de l'espace collectif suit la même logique. Lors des réunions du comité "multi", la disposition spatiale des participants reflète le degré de responsabilité de chacun. Le chef de programme, le chef d'équipe et les intervenants se placent autour (ou très près) de la table ronde pour discuter, alors que le ou les auxiliaire(s) restent nettement en retrait. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce modèle spatial récurrent. Premièrement, les intervenants professionnels, qui ont leur locaux plus près de ceux des chefs de programme où se déroulent les réunions, pourraient être les premiers arrivés. Ils auraient ainsi la possibilité de choisir leur place. De leur côté, les auxiliaires à la fois plus dispersés et plus éloignés du local arriveraient les derniers et s'assoiraient près de la porte. Pourtant, nous avons observé que, dans une situation où tous se présentent pratiquement au même moment, cette répartition spatiale tend à être respectée, sauf dans le cas où un auxiliaire tient absolument à discuter de la situation portée à l'ordre du jour. La seconde explication qui peut être avancée est relative aux implications de tel ou tel professionnel dans les dossiers abordés. En effet, les services de plusieurs clients sont examinés le même jour et les intervenants sont souvent impliqués dans quelques-uns de ces cas. Ainsi, il apparaîtrait normal que les personnes ayant à rester plus longtemps dans la pièce occupent une place centrale quand celles dont la présence n'est requise que quelques minutes



s'installeraient près de la porte. Mais cette explication ne se vérifie pas non plus. Même dans le cas où un intervenant ne doit rester que pour un client et l'auxiliaire pour plusieurs, c'est tout de même l'intervenant professionnel qui s'assoit à la table alors que l'auxiliaire reste en retrait.

On a légitimité à penser que l'espace s'attribue et s'occupe en fonction de la valeur accordée au rôle de chacun dans la discussion et que cette valeur est elle même relative à la position occupée dans le CLSC. Par ailleurs, les comportements dans les discussions des équipes "multi" renforcent cette conclusion (Cf. supra).

### **Les discussions informelles entre intervenants et auxiliaires**

Au cours des observations, nous avons constaté que, la plupart du temps, les discussions informelles (dans les couloirs, les ascenseurs ou la rue) respectent une certaine hiérarchie. Une discussion mettant en présence un intervenant a généralement lieu : soit entre intervenants, soit entre un intervenant et un chef de programme, soit entre un intervenant et un évaluateur. De leur côté, les auxiliaires familiaux conversent entre eux, avec les chefs d'équipe ou avec les évaluateurs. Ainsi, nous constatons une sorte de "fracture" au niveau des relations entre intervenants et auxiliaires qui semble limiter leurs échanges au cadre formel des réunions.<sup>14</sup>

Chacun s'accorde à penser que les soins et services à dispenser au client seront d'autant plus aisés qu'un bon contact aura été établi. Dans ce sens, la dimension relationnelle est bien au cœur de la dynamique où interagissent le client, son entourage familial, les auxiliaires et tout autre intervenant à domicile.

---

14 - Ces constats doivent être vérifiés par des observations de plus longue durée dans le cadre d'une future recherche.

Établir une relation de qualité avec le client requiert deux éléments fondamentaux. D'une part chacun des intervenants à domicile doit développer de la patience, de la diplomatie et de l'empathie pour permettre au client de s'exprimer en confiance. D'autre part chacune des interventions doit s'intégrer en synergie dans une dynamique globale qui assure au client et à sa famille que la prise en charge s'appuie sur une structure solide et cohérente. Les différents intervenants doivent en conséquence exercer en collaboration harmonieuse où les uns et les autres reconnaissent mutuellement leurs rôles, leurs compétences et leur complémentarité. Dans cet ensemble multidisciplinaire, les auxiliaires doivent occuper pleinement leur fonction. Or, plusieurs éléments peuvent fragiliser l'auxiliaire familial dans son exercice et faire obstacle au développement d'une bonne relation avec le client. Certains, déjà mentionnés, concernent le stress généré par l'organisation même du travail (l'horaire), d'autres ont trait à l'origine ethnique du client et/ou de l'auxiliaire, tandis que d'autres encore, concernent les relations des auxiliaires avec les autres catégories de personnels intervenants dans la prise en charge (chefs d'équipes, intervenants professionnels, chefs de programme, personnels d'agences).

### **Les relations sociales dans l'exercice du travail**

Beaucoup d'auxiliaires se réfèrent aux premiers temps du CLSC. Ils en parlent comme d'une période plus heureuse sur le plan professionnel. Plusieurs facteurs viennent à leur yeux expliquer le changement. Certains sont d'ordre contextuel, d'autres sont structurels. Si le travail était plus dur (essentiellement des ménages et des bains), il comportait moins de règles de sécurité et même s'il n'y avait pas vraiment de formation, le travail paraissait plus intéressant. Les auxiliaires avaient toutes sortes de clients (jeunes et vieux) et accomplissaient toutes sortes de tâches. Les clients et leur famille étaient vraiment reconnaissants.

Les auxiliaires formaient un petit groupe, organisaient des pique-niques et des sorties. Des activités sociales étaient organisées sur les lieux et hors du travail. Bref, il y avait moins de monde, moins de surveillance, moins de pressions et cela semble-t-il, était favorable aux échanges.

“Il y avait ce qu'on appelle le groupe des anciens, une vingtaine. On allait assez souvent au restaurant le soir, on faisait une petite sortie comme ça puis, il y en a qui sont parties à la retraite ... c'est différent.”

Aujourd'hui, les déplacements constants en raison du travail ne favorisent pas les rencontres entre auxiliaires. De plus, l'aide à l'alimentation est venue ajouter une nouvelle tâche aux heures de repas. Le système de rotation de la demi-journée de présence obligatoire au CLSC pour le comité de révision ne permet qu'une relation sporadique entre collègues. Pour se joindre de manière impromptue, les auxiliaires doivent nécessairement passer par le chef d'équipe qui connaît l'horaire de travail de chacun. Seule la fête du Noël réunit encore les employés.

Néanmoins à côté du pessimisme de ces discours, on peut noter qu'il existe tout de même des groupes qui se forment sur des bases affinitaires (la langue, la cigarette, le célibat, etc.). Certains se voient hors du CLSC, organisent des sorties au restaurant ou s'invitent les uns chez les autres.

C'est sans doute davantage dans les relations aux autres professionnels que les relations se sont modifiées. Depuis la création des pré-CLSC, le nombre d'auxiliaires a quadruplé. L'augmentation relativement rapide des employés, ainsi que la fusion des pré-CLSC en ont fait une institution très bureaucratisée. L'organisation du travail répond à des règles impersonnelles et des rationalités

contraignantes. Les tensions interindividuelles ou interprofessionnelles sont plus vives et les risques de conflits plus nombreux.

“Je trouve qu'on était plus valorisé nous autres. Les gens appréciaient beaucoup plus le travail. Il y avait moins de conflits intérieurs. La boîte était plus petite, c'était comme une petite famille, tout le monde se parlait, tout le monde était gentil. Maintenant c'est comme si le chef d'équipe est un *dispatcher* qui te donne les clients comme ça. J'aimerais bien qu'elle me donne les caractéristiques de cette personne, me la présente avant que je la prenne vraiment.”

Dans leurs discours, les auxiliaires distinguent plusieurs sources de tensions qui rendent difficiles leurs relations aux clients et à leur entourage mais aussi aux autres professionnels.

*Les auxiliaires et les autres catégories professionnelles : entre hiérarchie et rapports de pouvoir*

La relation semble meilleure avec les intervenants professionnels qui ont commencé à travailler dès le début du CLSC. Ils connaissent les auxiliaires, leur personnalité, leur manière de travailler et, cela facilite les relations. En revanche, les auxiliaires trouvent que les plus récemment arrivés, paraissent plus distants des auxiliaires, de leur travail. La modification dans le système de la santé (avec le virage technologique) a entraîné la relocalisation des intervenants professionnels venant des hôpitaux. Ces nouveaux venus ont une autre manière de fonctionner et s'intègrent difficilement au cadre de travail du CLSC. Il apparaît aux auxiliaires que ces derniers ne les comprennent pas.

“Les nouveaux arrivants au CLSC ont un petit peu de misère à s'adapter avec l'équipe “multi”. Il faudrait qu'ils apprennent ce qu'est notre rôle. [...] C'est pas la même philosophie.”

Autre que l'ancienneté, les entrevues mettent en évidence des sensibilités très différentes, selon les trajectoires professionnelles. Parmi les auxiliaires rencontrés, ceux qui occupent (ou ont occupé) des postes de responsabilité signalent pratiquement tous une très nette amélioration de leurs relations socioprofessionnelles. Il apparaît que l'occupation de ce type de poste, qui entre autres augmente le temps passé au CLSC, fournit l'opportunité d'augmenter et d'améliorer les contacts. De même, l'aspect promotionnel qui entoure ces postes augmente l'estime de soi nécessaire à l'engagement de relations plus égalitaires. Parmi ceux-ci, la position d'auxiliaire-évaluateur se distingue par la haute qualité des échanges qu'ils disent avoir avec les intervenants professionnels.

L'analyse de ces trois types de trajectoires (auxiliaire, auxiliaire-évaluateur, chef d'équipe) indique que l'expérience des postes de responsabilité se répercute sur l'ensemble des pratiques professionnelles (relations collégiales, relations avec les partenaires et avec la hiérarchie, interprétation de l'organisation du travail, interprétation des objectifs du CLSC, acceptation des règles et contraintes), même lorsque l'auxiliaire n'occupe plus le poste. Ce n'est pas tant l'aspect financier qui peut accompagner une “promotion” (les évaluateurs ne perçoivent aucune prime) qui constitue le principal bénéfice, mais plutôt la reconnaissance symbolique qui lui est liée.

Entre le temps des pré-CLSC et aujourd'hui, certains auxiliaires décrivent une perte de leur autonomie et par voie de conséquence, une perte de reconnaissance de leur travail et compétence. Ils ont le sentiment de ne pas (ou

ne plus) être appréciés à la hauteur de leur dévouement. Plusieurs indicateurs attestent à leurs yeux de leur “dévalorisation”. Par exemple, contrairement aux autres professionnels, la distribution d'autocollant les identifiant comme membres du CLSC “soins à domicile” ne parvient pas toujours jusqu'à eux. Pour en obtenir, ils doivent parfois en faire la demande au service à l'accueil qui en distribue aux familles clientes. De même, les intervenants ne les avisent pas toujours de leurs visites auprès du client. Or, pendant la durée de la présence de l'intervenant, l'auxiliaire est obligé d'interrompre son travail. Il accumule un retard qui se reportera sur les visites suivantes. Aussi, il doit consigner au dossier du client les changements et les services dispensés. Mais si un intervenant professionnel veut consulter le dossier il aura priorité, même si dans la règle formelle les dossiers doivent être accessibles aux auxiliaires lors de leur demi-journée de présence.

Le temps passé chez un client est sous surveillance. L'obligation de justifier de son emploi du temps traduit pour l'auxiliaire le manque de confiance de ses supérieurs. De fait, les observations confirment ce climat de gestion centré sur le temps au CLSC. La rentabilité constitue un thème majeur dans le discours général.

En cas de conflit avec un client, les auxiliaires ne se sentent pas toujours soutenus par le CLSC. Les propos échangés entre les chefs de programme, les intervenants et les chefs d'équipe à ces occasions laissent entendre leur difficulté à appréhender la situation et prendre position.

“J'avoue que je ne sais pas qui ment [*de l'auxiliaire ou du client*].”

Dans l'exercice même de son travail, l'auxiliaire se sent prisonnier d'un système dont il n'a pas la maîtrise. Au-dessus, il est soumis à des décisions de ses supérieurs hiérarchiques qu'il n'approuve pas toujours mais qu'il doit

néanmoins appliquer quitte à “déplaire” au client. Par exemple, en cas de révision de services alloués le client dérouté peut alors se retourner contre l’auxiliaire.

“Quand on coupe les services, le client pense que c'est parce qu'on l'aime pas, ou alors il dit qu'on est raciste.”

En même temps, au-dessous, il est en concurrence avec les auxiliaires d'agence privée<sup>15</sup> qui ne subissent pas les mêmes contraintes que dans le secteur public. Ceux-ci, de par l’aspect commercial de leur relation, sont plus enclins à accéder aux demandes des clients même si elles sont infondées. Puisque le client est leur “gagne-pain”, il est dans leur intérêt de ne pas lui déplaire et d’exécuter toutes les tâches qu’il exige, au détriment parfois de son bien-être. L’auxiliaire voit saper son travail et sa crédibilité auprès du client.

“Le problème c'est quand on se fait remplacer par les agences qui souvent n'ont pas de formation ou se plient aux caprices de la clientèle pour pouvoir passer.”

Globalement les auxiliaires vivent des relations difficiles avec les autres professionnels. Plusieurs parlent d’un manque d’écoute et d’une certaine agressivité à leur égard de la part de leurs supérieurs.

“J'avais fait comme une démarche pour modifier les choses dans mon travail, puis ça avait pas été reçu. Mais alors là pas du tout. Ça j'avais trouvé ça... le sentiment de ne pas être écouté. Tu amènes des choses, mais tu as le sentiment d'être face à un mur où il n'y a pas de communication, pas d'échanges. Tu ne te sens

---

15 - Le CLSC fait également parfois appel à des agences privées afin d'assurer un suivi chez un client, lors des heures de fermeture du CLSC (la nuit, la fin-de-semaine) ou en fonction d'un surplus de tâches. Les employés d'une agence ont, en principe, moins de formation que les auxiliaires. Leur salaire est nettement inférieur à celui offert par le CLSC.

pas reconnu par exemple. T'as pas le sentiment d'être reconnu, apprécié.”

### La relation entre auxiliaires et clients : l'espace de la reconnaissance

Les commentaires négatifs des clients sont redoutés par les auxiliaires. Ils sont générateurs de stress. L'auxiliaire tisse patiemment les fils de la relation qui l'unit au client et redoute l'incursion des tiers (intervenants professionnels, auxiliaires privés) qui peuvent très vite la faire basculer à son désavantage. Ainsi lorsque les intervenants professionnels prennent des décisions qui ne satisfont pas le client, celui-ci peut se retourner contre l'auxiliaire qui représente le CLSC. L'auxiliaire doit alors négocier, prendre le temps de pacifier la situation, pour pouvoir continuer à dispenser ses services. Les auxiliaires familiaux jouent constamment le rôle d'intermédiaire entre le CLSC et les clients. Parce qu'ils les connaissent bien, ils savent les sécuriser lors des changements de services, d'équipements ou pour la visite d'un intervenant professionnel. Dès les prémises de la prise en charge, ils accorderont une importance toute particulière à l'instauration d'une relation positive.

“Souvent une relation, si on part sur la mauvaise piste au départ, c'est bien difficile de revenir. Évidemment il y a possibilité de donner un service puis tout ça, mais c'est bien difficile de s'enligner. C'est vraiment l'importance des premiers contacts.”

Par leur travail, les auxiliaires ont accès à l'intimité du client dans toutes ses dimensions : son environnement (maison, dynamique familiale), son intégrité physique et psychologique (lecture du dossier, soins corporels, confidences). Mais cette relation n'est pas réciproque. En conservant confidentiel son numéro de téléphone, en ne visitant jamais ou rarement le client hors de ses heures de



travail, l'auxiliaire délimite le lien établi avec son client. Néanmoins, l'entrecroisement entre la vie professionnelle et la vie privée de l'auxiliaire n'est pas exclu (ne serait ce que par l'échange de confidences) et il s'accroît encore dans les situations de crise. Un client est hospitalisé et l'auxiliaire va le visiter. Un autre décède et l'auxiliaire est invité à ses funérailles. La mort du client semble d'ailleurs délivrer l'auxiliaire de sa réserve professionnelle. Plusieurs interrogés déclarent conserver des liens avec les familles d'ex clients.

La clientèle est plutôt stable. Un auxiliaire peut visiter plusieurs années une même personne. Il peut aussi le rencontrer quotidiennement quand l'état de santé du client l'exige. Le nombre et l'ancienneté des visites développent l'intimité de la relation entre le client et l'auxiliaire. Parfois, la présence de la famille, surtout si elle est reconnaissante des services apportés et respectueuse de l'auxiliaire, va faciliter la relation et éventuellement son extension au groupe familial. Mais diverses stratégies seront mobilisées dès le début pour créer le climat de confiance et personnaliser la relation.

“Au départ c'est... comment je pourrais vous dire... On en jase avec les clients, on dit qu'on vient de tel ou tel endroit: "Oh! de quel coin tu viens ?" et, puis là on entreprend des conversations là-dessus.”

Parler dans la langue maternelle du client, lui parler de son pays, mettre en avant les origines ethniques et les pratiques culturelles, faire des blagues, trouver ce qui l'intéresse vraiment, s'occuper de son apparence physique (coiffure, rasage, maquillage) sont au nombre de ces stratégies.

*Ethnicité et culture : facteurs de proximité et facteurs de distance dans la relation*

Tous les auxiliaires pratiquent deux, voire trois langues. Il arrive régulièrement que le client et l'auxiliaire possèdent une langue de communication en commun. Quand le client et l'auxiliaire n'ont aucune langue en commun, la famille (les enfants du client le plus souvent) sert d'intermédiaire pour les premiers contacts, expliquer les services ou les changements. Par la suite, la communication se fait par gestes.

“Je dis tout le temps on parle le singe parce qu'il y a tellement de langues. On a des gens qui ne communiquent ni en français ni en anglais, on communique par gestes. Ce qui m'aide beaucoup, c'est l'expérience des années mais je trouve que des fois c'est assez difficile.”

“Le langage gestuel. Ça, c'est multiethnique. On a pas de problème avec les mains... ça parle beaucoup. Oui le langage gestuel est beaucoup utilisé.”

Le plus souvent il est avantageux pour un auxiliaire de travailler chez un client parlant la même langue. Le contact est plus aisé à s'établir. L'instauration d'un climat de confiance s'en trouve facilitée.

“Il y a vraiment une facilité de communication. Dans ce sens-là, il y a une facilité d'établir des liens. Il y a un bagage qui est commun et qui fait qu'on peut aller plus loin dans la relation. Je me rendrai pas compte d'être plus longtemps chez le client, parce que on a plus de choses à se dire. Vous voyez, ce sont ces détails là. Je vais être plus longtemps, je ne verrai pas le temps passer. Ca va me paraître moins lourd. Je vais être moins épuisé à la fin. J'aime parler mais si je suis obligé d'expliquer

continuellement ... Je me rends compte à quel point la langue fait la différence pour établir la communication."

Mais selon les auxiliaires, cette proximité linguistique, peut aussi présenter des effets inverses. Le travail peut devenir plus difficile, parce que le client a des attentes plus élevées

"Quand tu as la même nationalité ou que tu parles la même langue, ils pensent qu'ils vont pouvoir te demander plus. C'est plus difficile à négocier car les attentes sont grandes et ils se fâchent."

Parce que la langue est commune, il peut être plus difficile de s'en tenir aux accords conclus avec le CLSC.

"Disons que si j'ai un client qui parle espagnol comme moi. C'est pas tellement *fun* la relation...Parce qu'il pense, parce qu'on parle la même langue, qu'il va en profiter plus..."

La tension peut alors devenir assez vive et la relation conflictuelle. Qu'elle se présente sous un jour positif ou négatif, l'ethnicité est au cœur de la relation avec le client. À défaut de la langue, tout autre facteur lié aux origines ethniques et aux pratiques culturelles peut être mobilisé dans les relations auxiliaires/clients. La diversité des origines des uns et des autres ne fait qu'ouvrir le champ à ces possibilités. Auparavant la clientèle comprenait à la fois davantage de francophones et moins d'immigrants. L'évolution démographique du quartier a modifié sa composition sur le plan ethnique. De nouveaux migrants se sont installés aux côtés de vagues plus anciennes. Cette multiethnicité dans les rencontres auxiliaires/clients qui est bien souvent un médiateur avantageux dans la relation, engendre aussi à l'occasion des incompréhensions qui rendent difficile la relation.

Le développement de l'affinité peut s'appuyer sur l'expérience partagée de la migration ou du statut d'étranger au Québec. Les auxiliaires d'origine immigrante semblent croire que la relation sera meilleure entre immigrants.

“Parce que ce sont deux origines qui se sont rencontrées tu comprends ... Ce sont deux origines d'immigration, deux étapes différentes ou deux époques différentes d'immigration, ça complémente, je crois. Par exemple, je vais te dire, moi, je te dis ce que j'entend. Les gens, de l'Europe de l'Est n'aiment pas les *French Canadiens*. Ils les trouvent mal élevés, ils les trouvent impolis, en tous cas, ils les trouvent vulgaires...”

Mais cette “complicité” n'est pas toujours présente. L'auxiliaire immigrant peut refuser d'entrer dans ce jeu où il voit plus de risques pour lui que d'intérêts.

“Une autre chose aussi quand ils sont de la même langue, ils parlent beaucoup contre le monde d'ici... Du CLSC, de tout, des Québécois : “Ah oui, ici ils sont comme ça, ici ils sont comme ça. Ici pour ça j'aime pas ça.” Alors moi j'évite.”

Ou encore cette “complicité” entre immigrants exclue les gens de couleur.

“Sauf que tu peux arriver chez une cliente qui, peut être je sais pas moi, qui n'aime pas ta couleur.”

De son côté la clientèle québécoise dite “de souche” peut marquer une préférence pour les auxiliaires d'origine québécoise.

“Parce que j'avais ici dans le secteur des Québécoises qui connaissaient ma belle-mère. Quand j'arrivais je disais: je

m'appelle X.Y. "Êtes vous la belle-fille de G. ?" Alors, tu sais, j'ai pas de misère à me faire accepter, pas du tout."

Tout comme les auxiliaires Québécois notent une aisance plus grande avec leurs compatriotes.

"Il y a une complicité... je sais pas trop quel mot employer. Complicité, solidarité... d'emblée il y a comme un sentiment d'être reliés. Il y a une aisance qui est spontanée, qui est automatique. C'est là, c'est un fait. C'est pas nécessairement une complicité hautement intellectuelle ou cérébrale ou romantique. C'est un bagage commun. Ça veut pas dire que tout le monde... que tous les Québécois de souche sont sympathiques. C'est pas ça du tout que ça veut dire. Mais c'est comme si il y avait un plus au niveau de la communication"

Néanmoins le devoir de solidarité entre collègues peut transcender les distinctions ethniques, comme dans le cas raconté par un auxiliaire immigrant.

"Il est tombé sur un de mes collègues qui est Québécois et quand il a répété ce qu'il avait fait lui-même, pensant que parce que mon collègue était Québécois...: "Tu sais le "maudit français" et nan, nan, nan...". Mon copain, il est pas méchant mais c'est un bon ami pour moi, il paraît qu'il l'a assis dans le bain et lui a dit: "Toi là! Ça vient de s'éteindre parce que ce gars là, c'est mon ami." Il était mal tombé."

Les questions ethniques ne sont pas l'apanage des seuls migrants. Elles émergent de façon valorisante ou discriminante pour et par eux, comme pour et par les Québécois "de souche". Elles se matérialisent dans des imputations ou des revendications d'expériences et de marqueurs communs (migration, pays en

commun, langue de communication, références culturelles, etc.). L'ethnicité est partout et nulle part. Elle intervient comme médiateur de la relation entre l'auxiliaire et le client. Elle est invoquée pour expliquer des attitudes. Et si les auxiliaires insistent davantage sur la solidarité professionnelle entre collègues, elle réapparaît pourtant au détour des conversations.

En théorie, la politique adoptée au CLSC Côte-des-Neiges veut que le service soit supprimé en cas de racisme. Mais les clients peuvent inventer des histoires de vol ou de services non donnés pour se “débarrasser” d'un auxiliaire qui leur déplaît sans jamais mettre en avant la dimension ethnique. Pour l'auxiliaire la possibilité lui est offerte de changer de client si la relation devient vraiment trop difficile. Ce dernier, ne doit cependant pas s'en prévaloir trop souvent.

Parfois le travail pour le CLSC conduit à un rapprochement ethnique sans qu'il soit *a priori* présumé des conséquences.

“Je me rappelle quand j'ai commencé, on m'a mené pour travailler avec les jeunes familles réfugiées, parce que je serais une interprète. C'est là que j'ai accumulé des relations avec des gens qui, après, me téléphonaient. Je ne devais pas donner mon téléphone, mais eux étaient tellement démunis que j'ai décidé de remplir des papiers, des choses en dehors de mon travail de jour.”

Par ailleurs, au CLSC comme dans nombre des sphères sociales, la clientèle est perçue et catégorisée selon des représentations culturalistes. Les rapports avec les clients sont décrits comme plus difficiles par l'ensemble des auxiliaires dans le cas de certaines catégories ethniques. La relation avec les Juifs Marocains est dite très problématique. Ces derniers traiteraient les auxiliaires “comme des esclaves”, les maltraiteraient verbalement. Les Juifs de Russie sont réputés

difficiles. Bien qu'installés sur le sol québécois depuis plusieurs décennies, ils ne parlent pas ni français ni anglais. Ils exigent beaucoup de services et leurs familles ne veulent pas coopérer (refus d'investigation financière, refus d'implication de soi, etc.). Ils sont en outre méfiants envers tout ce qui représente le gouvernement et a trait aux papiers officiels. Les ressortissants de certains pays d'Asie comme les Sikhs, les Tamouls ne posent pas de problèmes, dit-on, pour la simple raison qu'ils ne demandent pas de services. Les Cambodgiens, en revanche, sont réputés pour constituer une communauté à problèmes. La majorité d'entre eux ne parlent pas le français et, beaucoup sont analphabètes (y compris les enfants qui ont grandi dans les camps de réfugiés.) La rumeur veut que les handicapés soient cachés par la communauté.

Dans l'une des équipes, l'origine du client constitue une donnée importante du dossier. L'origine du client sert souvent à expliquer son comportement. Mais dans toutes les équipes, les origines ethniques des clients sont évoquées en termes de problème : Est-ce qu'on peut inscrire tel client Québécois au centre de jour Juif ? Comment communiquer avec tel client qui ne parle que telle langue ? De façon générale, les auxiliaires sont souvent hésitants face aux difficultés qu'ils associent aux appartenances culturelles du client.

"Par exemple un monsieur Hongrois. Lui, il pensait que j'étais son esclave. O.K., il y avait sa maladie mais c'était pas sa maladie qui le mettait comme ça,! C'est la culture qu'il avait. Il faisait son affaire pareille comme s'il était dans son pays. Moi je lui ai dit : "Écoutes. Je viens travailler pour toi. Je viens t'aider. Je viens pas pour te faire chicaner. Je viens t'aider, mais si tu coopères pas avec moi, moi je peux pas rien faire pour toi." Il m'a mis dehors.

J'ai pensé à sa maladie mais non, ça n'avait rien à voir avec sa maladie, c'est sa façon d'être."

Bien sûr, l'ethnicité n'est pas le seul facteur déterminant des relations entre les auxiliaires et leurs clients. La famille peut ne pas jouer son rôle d'allié et devenir une gêne potentielle à l'instauration d'une bonne relation avec le client. En cas de conflit familial, l'auxiliaire peut ne pas réussir à établir un contact chaleureux avec le client ou ne pas obtenir de l'entourage la reconnaissance attendue pour le travail accompli. Ces réactions sont bien évidemment aux antipodes de ce que l'auxiliaire recherche.

Parmi les autres il en est un d'importance qui nous paraît devoir être souligné. Si la population s'est diversifiée sur le plan ethnique, elle a aussi évolué sur le plan clinique (augmentation de la part des soins de deuxième et troisième ligne) avec entre autres, une proportion croissante de la population psychiatisée.

#### *Le poids des pathologies psychiatriques dans les relations*

L'augmentation des cas psychiatriques complique le travail des auxiliaires qui ont bien des difficultés pour entrer en contact avec une population dont les repères sociaux et mentaux sont déroutants. La relation est d'autant plus instable que ces patients réagissent de façon "anormale" et imprévisible. L'insatisfaction dans les relations avec ces clients est généralement liée à l'agressivité de ces derniers. La pathologie même de ces malades a un impact sur leur humeur et leur rapport à autrui. Certains clients donnent à voir d'un caractère grincheux, tandis que d'autres ont des attentes démesurées et exigent toujours plus de services.

"J'ai un client qui est schizophrène et lui avait comme idée que tout lui était acquis. C'est-à-dire que : "Toi tu es auxiliaire familial, tu dois faire ma lessive, mon ménage, mon bain..." Quoi, lui il



avait acquis que c'est ça que j'allais faire... Il devenait agressif verbalement. Ce qui fait que là, avant qu'il aille trop loin, j'ai appelé l'intervenant-pivot afin qu'il puisse lui faire comprendre quelles étaient mes tâches. C'était très important de lui faire comprendre où sont les limites."

Comme on peut le voir, si l'agressivité est habituellement verbale et dirigée vers l'auxiliaire, elle peut également prendre d'autres formes très déstabilisantes bien que moins directes telles que refuser de laisser entrer l'auxiliaire ou téléphoner au CLSC pour se plaindre. Dans les deux cas, l'auxiliaire qui doit se justifier auprès de ses supérieurs, se sent placé dans une situation inconfortable.

"J'arrive chez quelqu'un qui a un diagnostic de schizophrénie, une personne âgée. C'est une nouvelle cliente. Comme c'est quelqu'un qui a un problème de comportement et qui a beaucoup de médicaments à prendre, les médicaments sont sous clé, dans un coffre avec un cadenas à combinaison ...J'essaie d'ouvrir le cadenas et je n'y arrive pas ... Plus j'avais de la misère à ouvrir le cadenas, plus elle réagissait. Et puis là c'était les pleurs, c'était les cris : "J'ai pas mes médicaments, je vais mourir." Puis, comme si c'était pas assez, elle a téléphoné au CLSC! Parce que même si elle a bien des problèmes, elle est quand même assez... capable de faire bien des choses. Elle a téléphoné au CLSC, à mes patrons, pour leur demander d'envoyer quelqu'un d'autre parce qu'il y avait quelqu'un qui ne savait pas travailler. Donc là ça rajoute... ça c'est la situation la plus inconfortable que j'ai vécue."

Pourtant, en dépit de toutes ses difficultés, l'auxiliaire familial "aime son travail". La relation au client inclue une dimension humaine qui le dédommage

largement. La sensation de “se rendre utile” donne sens à toute son action et au-delà, à son engagement professionnel.

## **CONCLUSION**

Au final de cette première étude, on réalise à quel point le travail des auxiliaires familiaux est peu connu. De même, on est incapable de mesurer son efficacité. Certes on peut avancer une liste de tâches bien concrètes et aisément mesurables en temps ou en coût, mais c'est sans compter la dimension humaine de ce travail qui s'exerce sur de la "matière vivante et agissante". La faiblesse de la formation théorique ne permet pas de saisir sur quel(s) modèle(s) ces catégories de personnel (si tant est qu'un tel statut leur soit d'ailleurs reconnu; l'absence de textes administratifs réglementant cette catégorie de travailleurs montre bien à quel point elle est occultée) s'appuient dans la pratique de leur exercice. Il semble le plus souvent qu'ils fassent appel à leurs intuitions et se tirent comme ils peuvent des contradictions où ils tombent inmanquablement, que celles-ci soient inhérentes à leur histoire propre ou qu'elles viennent de l'institution dont malgré tout, ils dépendent. Le manque de références théoriques, le flou des limites de leur travail rendent difficile le maintien de la distance thérapeutique. Dans ce cadre, tout élément qui peut servir la relation est saisi. L'ethnicité comme l'âge sont des variables toujours présentes et aisément mobilisables. L'implication dans la relation duale entre l'auxiliaire et le client est inévitablement forte et les risques maximum pour une gratification faible.

“ Des fois quand on nous demande la définition de l'auxiliaire, c'est quoi ? C'est rentrer dans une maison, observer tout ce qui va pas, prendre la merde pour nous et donner le reste aux professionnels. La réponse c'est ça.”

Comme toutes professions peu valorisées, celle des auxiliaires est en quête d'un espace qui lui soit propre où elle puisse se régénérer. La relation au client et à son entourage lui offre cet espace. Il est naturel que les auxiliaires le saisissent à

leur avantage même si cela peut être parfois une source de mésentente avec les autres professionnels.

Les expériences positives exprimées par les auxiliaires en relation avec leur clientèle sont maximisées par le partage d'un moment unique, intense, généralement caractérisé par l'aspect exceptionnel du moment comme aider un client en phase terminale. La satisfaction est ressentie habituellement du fait, soit d'avoir vaincu un défi (comme de gagner la confiance d'un client), soit d'avoir le sentiment d'avoir soi-même cheminé à travers l'expérience, soit d'avoir obtenu la reconnaissance de la famille (par l'invitation aux funérailles, par une lettre au CLSC, par des paroles aimables)

“Je me souviens d'un cas où la dame avait un cancer, elle avait 52 ans ... Quand la dame est morte, on m'a appelé le soir chez nous à minuit pour me le laisser savoir et on a insisté pour que j'y aille le lendemain matin. Et quand il y eu les funérailles, c'était de la communauté juive, on a insisté pour que j'aille en avant avec la famille, m'asseoir. C'est assez exceptionnel, parce que je suis pas juive ... Alors je trouvais que c'était comme un témoignage de respect pour le travail que j'avais fait et un merci aussi par le même occasion.”

L'auxiliaire se rend chez le client pour l'aider et pour éventuellement lui permettre de retrouver une certaine autonomie. Mais le client apporte également quelque chose à l'auxiliaire au travers des épreuves qu'ils affrontent ensemble. L'intensité de ces épreuves peut d'ailleurs modifier le regard que porte l'auxiliaire sur la vie.

“Parce que je comprenais pas qu'elle ait le courage ... Je trouve que ça m'a valorisé à apprendre avec elle, j'ai appris beaucoup avec elle. À travers la maladie, à travers la difficulté, à travers la vie, j'ai appris beaucoup.”

L'auxiliaire peut alors se dépasser et combler son besoin de se rendre utile. Dans ces expériences hors du commun l'auxiliaire a le sentiment de vivre une relation extrêmement satisfaisante sur le plan personnel et professionnel. L'expression de la reconnaissance d'un client ou de sa famille constitue aux yeux de l'auxiliaire une preuve de son effective utilité en tant que travailleur.

En l'état, ces premiers résultats soulèvent d'autres interrogations. Ainsi on a vu que dans les discours des auxiliaires, le travail à l'extérieur du CLSC est valorisé au détriment de celui accompli à l'intérieur. De fait, il est clair que leur énergie est surtout investie dans le temps du travail à domicile, dans la relation au client. Mais on peut se demander si c'est le travail extérieur qui est objectivement valorisant et valorisé ou s'il s'agit là d'une interprétation d'une réalité où les auxiliaires n'auraient pas d'autres alternatives que d'investir dans cet espace ?

Par ailleurs, le travail de l'auxiliaire est souvent perçu par les autres comme un simple travail d'exécution, le “Savoir” et les compétences qui lui sont inhérentes étant réservés à d'autres. Au Québec comme dans l'ensemble du monde du travail occidental, le savoir théorique se conjugue avec les plus hauts statuts professionnels tandis qu'à l'inverse un certain dédain stigmatise le savoir pratique, apanage des catégories occupationnelles les moins élevées. Pourtant tout au long de l'observation des pratiques au travail, c'est bien le savoir pratique qui est constamment en jeu. Comment il se construit et comment y avoir accès ?

Dans des recherches futures nous continuerons d'explorer l'interrelation entre ethnicité, formation, position institutionnelle, pratiques et perceptions de leur travail par les auxiliaires. Suite à cette étude pilote nous comptons mener une enquête beaucoup plus extensive qui sera centrée sur les questions suivantes:

1. Quelles sont les incidences des différents types de formations sur les pratiques de travail qui, par voie de conséquence interfèrent dans les dynamiques d'intégration des auxiliaires dans les équipes multidisciplinaires ?
2. Les positions de responsabilité institutionnelle (expérience de postes tels que chef d'équipe) agissent-elles comme la formation dans ces effets sur les pratiques et rapports de travail des auxiliaires ?
3. Quel est l'effet de ces deux facteurs par rapport à la pertinence de l'ethnicité dans les perceptions, pratiques et rapports de travail ?

L'objectif ultime de cette nouvelle recherche sera d'aider les organismes et les intervenants à maximiser les apports à la clientèle et, contribuer à la meilleure intégration des auxiliaires dans les équipes multidisciplinaires, ainsi qu'à améliorer la satisfaction au travail de ce groupe de salariés. Nous croyons que de telles améliorations concernent les CLSC dans leur ensemble, compte tenu de la position clef des auxiliaires familiaux par rapport aux communautés locales desservies par ces institutions.

## GLOSSAIRE

**Auxiliaire familial(e) et social(e)** : Personne qui à domicile et, en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire s'il y a lieu, supplée à l'absence et/ou à l'incapacité temporaire du ou des responsables du foyer (Cf. Convention collective).

**Auxiliaire-évaluateur** : auxiliaire qui à mi-temps est chargé de vérifier en collaboration avec l'ergothérapeute les besoins matériels et techniques au domicile des clients en regard de la sécurité et de l'ergonomie du travail.

**Chef d'équipe** : auxiliaire familial(e) et social(e) chargé de gérer les horaires des autres auxiliaires. À cette position est associée une prime mensuelle.

**Chef de programme** : intervenant professionnel de formation, la personne occupant ce poste encadre une équipe multidisciplinaire responsable de l'un programme de santé (santé globale ou maintien à domicile) défini par les orientations de santé publique.

**CLSC** : Centre Local de Services Communautaires

**Guichet unique** : organisation de soins spécifique pour une clientèle âgée de 65 et plus en perte d'autonomie ou à risque de l'être.

**Intervenant professionnel** : cette catégorie regroupe les infirmiers, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les diététistes, physiothérapeutes.

**Intervenant-pivot** : responsable d'un client. Il est chargé de la liaison entre les différents intervenants autour de ce client.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BIBEAU, G., CHAN-YIP, A.M., LOCK, M., ROUSSEAU, C., STERLIN, C., & FLEURY, H. (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*, Boucherville, Gaëtan Morin.
- COENEN-HUTHER (1983). « Médicalisation et définition de la situation : le cas d'institutions de placement à long terme pour personnes âgées », *Revue suisse de sociologie*. vol.9, 2, pp. 313-335.
- COGNET M., (1999). *Migrations, groupes d'origines et trajectoires : vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels ?*, Presses Universitaires du Septentrion, Coll. Thèse à la carte, N° 27180, Villeneuve d'Ascq.
- COHEN-EMÉRIQUE, M., (1993). « L'approche interculturelle dans le processus d'aide », *Santé mentale au Québec* XVIII, 1, pp.71-92.
- DANIEL, E. V. (1984). *Fluid Signs : Being a Person the Tamil Way*, Berkeley, California, University of California Press.
- DELBOS, G. (1993). « "Eux ils croient ... Nous on sait ..." », *Ethnologie française* XXIII, n° 3, pp. 367-383.
- GLASER, B. et STRAUSS, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory Stratégies for Qualitative Research*, University of California, Chicago : Aldine Publishing Company.
- HENEMAN, B., LEGAULT, G., GRAVEL, S., FORTIN, S., & ALVARADO, E. (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. Rapport de recherche. Montréal, Université de Montréal, Ecole de service social et Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- LEGAULT, G. et LAFRENIÈRE, M. (1992). « Situations d'incompréhensions interculturelles dans les services sociaux : problématique », *Santé mentale au Québec*, XVII, 2, pp. 113-132.
- LEGAULT, G. et LAFRENIÈRE, M. (1992). *Femmes, migrations, interventions: une rencontre interculturelle*, Rapport de recherche, Montréal, Université de Montréal, École de service social.
- LEGAULT, G. et ROJAS-BENAVENTE, E. (1988). « Femmes immigrantes et travail social: une recension des écrits », *Service social*, 1 et 2, pp. 176-196.

- McALL, C., TREMBLAY, L. et LE GOFF, F. (1997 ). *Proximité et distance. Les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*. Editions Saint-Martin, Collection Pluriethnicité-Santé-Problèmes sociaux, Montréal.
- NEYSMITH, S. M. (1996). « Les soins à domicile et le travail des femmes: la force de l'habitude », *Lien Social et Politiques - RIAC*, 36, pp. 72-80.
- SAINSAULIEU, R. (1985). *L'identité au travail*, Editions Presses de la Fondation Nationale des Sciences politiques, Paris, (1977).