

Université de Montréal

Analyse de la transformation du métier d'auxiliaire familiale et sociale en CLSC au
Québec depuis les années 1990

Par
Danielle Valmera Michaud

Département de sociologie
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M. Sc)
en sociologie

Avril 2013
© Danielle Valmera Michaud, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :
Analyse de la transformation du métier d'auxiliaire familiale et sociale en CLSC au
Québec depuis les années 1990

Présenté par :
Danielle Valmera Michaud

Yanick Noiseux
Président-rapporteur

Christopher McAll
Directeur de recherche

Marianne Kempeneers
Membre du jury

Résumé

Le vieillissement de la population et les différentes réformes du système de santé au Québec ont mené à divers bouleversements, et à un déplacement des soins et des services vers le domicile. Les groupes professionnels travaillant dans le secteur du maintien à domicile ont vu leur travail se transformer et évoluer au fil des ans. Selon R. Bourque (1992), qui s'est intéressée à la professionnalisation du métier d'auxiliaire familiale et sociale dans les années 1980 et au début des années 1990, les auxiliaires familiales et sociales font partie des travailleuses ayant connu le plus de changement dans la nature de leurs tâches depuis leur intégration à l'intérieur de la santé et des services sociaux en 1972. Notre recherche s'intéresse à l'évolution des pratiques professionnelles des auxiliaires familiales et sociales en CLSC au Québec depuis les années 1990. L'étude réalisée à l'aide de huit entretiens semi-dirigés portant sur l'évolution des pratiques des AFS depuis les années 1990, a permis de saisir et de comprendre l'évolution des tâches et des fonctions de ces AFS à partir de leur quotidien. Les résultats démontrent une spécialisation accrue du travail vers les soins d'hygiène et les actes délégués de type infirmier. Toutefois, l'hétérogénéité des pratiques de ces AFS témoigne de la survie de certaines tâches, notamment au niveau des activités de la vie domestique (AVD). L'enjeu majeur de ce groupe professionnel se situe dans la consolidation d'une association plus forte et plus inclusive afin de faire valoir leurs revendications et faire face aux défis qu'elles doivent surmonter au quotidien afin de faire reconnaître leur travail.

Mots-clés : auxiliaire familiale et sociale, maintien à domicile, division du travail, groupe professionnel, reconnaissance.

Abstract

The aging population and the various reforms within the health system in Quebec have led to various changes over the years. Professional groups working in the field of home care services have seen their work transformed and evolved over the past decades. According to Bourque (1992), who was interested in the professionalization of home-care workers in the 1980s and the early 1990s, home-care workers are among the workers who experienced the most change in the nature of their tasks since their integration in the Health and Social Services in 1972. Our research focuses on the evolution of the professional practices of home-care workers in CLSC in Quebec since 1990. This study that was realized with semi-structured interviews with eight home-care workers led to understand the evolution of the tasks and functions of these workers.

The result of this research shows a growing specialization of their work as well as increased tasks related to nursing care. However, the heterogeneity of these practices demonstrates the survival of certain tasks, particularly in terms of the activities of daily living. The major challenge in this group lies in the consolidation of a stronger and more inclusive association to assert their claims and to meet the challenges they face every day in order to recognize their work.

Key words: home-care workers, home care services, labor division, professional group, recognition.

Dédicaces

*À ma maman qui aurait bien aimé comprendre,
avant de quitter ce monde, ce que sa fille allait faire en sociologie
Je t'aime.*

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de recherche, Christopher McAll pour sa patience et son dévouement malgré le long processus qui a mené à l'écriture de ce mémoire. Merci d'être resté dans cette aventure, malgré toutes les embûches.

Je tiens surtout à remercier mon meilleur ami, mon mari Pierre Maltais qui a su être patient et qui m'a encouragé et enduré durant tout le processus d'écriture de ce mémoire.

Un merci tout spécial à mes deux filles, Lilyrose et Alicia qui sont arrivées pendant ma scolarité et l'écriture de ce mémoire. Malgré la difficulté de rédiger avec deux enfants en bas âge, elles ont été une source d'inspiration et de réconfort pour moi.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Dédicaces.....	iii
Remerciements.....	iv
Introduction.....	7
Chapitre 1 : Politique de maintien à domicile au Québec et acteurs périphériques.....	9
1.1 Réformes et politiques de maintien à domicile.....	9
1.2 Formes alternatives et complémentaires aux soins à domicile offerts par le secteur public.....	18
1.2.1 Le recours aux agences privé de placement.....	18
1.2.2 Les organismes communautaires.....	21
1.2.3 L'émergence de l'économie sociale comme alternative à la privatisation.....	22
1.2.4 Le chèque emploi-service (CES).....	26
Chapitre 2 Auxiliaires familiales et sociales : historique et enjeux.....	27
2.1 Développement du métier et intégration dans le système de santé et des services sociaux.....	27
2.1.2 Modification des tâches et des fonctions des AFS.....	33
2.1.3 Formation des auxiliaires familiales et sociales.....	34
2.1.4 Salaire et main d'œuvre.....	35
2.2 Revue de littérature sur les travaux portant sur les auxiliaires familiales et sociales au Québec.....	36
Chapitre 3 : Cadre conceptuel et problématique de recherche.....	43
Déqualification du travail du métier d'AFS.....	43
La reconnaissance du métier d'AFS.....	44
La division du travail.....	45
Décomposition/Recomposition du métier.....	48
La division sexuelle du travail.....	46
La spécificité du travail de soins.....	48
La recherche : sa pertinence.....	51
Chapitre 4 Méthodologie.....	53
4.1 Principes méthodologiques.....	53
4.2.1 Constitution de l'échantillon.....	55
4.2.2 Guide d'entretien et déroulement des entrevues.....	56
4.2.3 Traitement et analyse des données.....	57

Chapitre 5 Changements dans la pratique et préoccupations.....	59
5.1 Présentation d'un premier cas.....	59
5.1.2 Présentation d'un deuxième cas.....	72
5.2 Discours des autres AFS sur leurs pratiques.....	77
Chapitre 6 Reconstruction du métier : consolidation et reconnaissance.....	87
6.1 Délégation des tâches : mouvement de construction/reconstruction professionnel	88
6.2. Reconnaissance du travail et consolidation du métier d'AFS	91
Conclusion	96
Bibliographie.....	101
Annexe : Guide d'entretiens pour les entrevues avec les AFS	105

Introduction

Le vieillissement de la population et les différentes réformes du système de santé et des services sociaux au Québec ont mené à un changement de l'organisation des soins et à un déplacement des soins et des services vers le domicile et la communauté (Cognet, 2003). Le maintien à domicile est devenu la première option à considérer et la nouvelle manière de répondre aux besoins des personnes nécessitant des soins à domicile (MSSS, 2003). Le travail des auxiliaires familiales et sociales¹ constitue, depuis leur intégration dans le réseau de la santé et des services sociaux en 1972, une des composantes fondamentales des programmes de maintien à domicile (Bourque 1992; Cognet, 2000). Au fil des années, plusieurs tentatives ont été effectuées par ces travailleuses afin de faire évoluer cette catégorie d'emploi comme un métier reconnu socialement. L'étude de R. Bourque en 1992 a permis de constater le chemin effectué par les AFS dans le but de faire reconnaître ce métier comme une profession. Bien que ces tentatives aient permis une meilleure reconnaissance du travail effectué dans les années 1980, les différentes transformations et conjonctures économiques ont empêché la pleine reconnaissance du métier d'AFS.

L'objectif de ce mémoire est d'étudier l'évolution du rôle et des pratiques des auxiliaires familiales et sociales en CLSC au Québec afin de voir comment cette transformation a eu un impact sur leurs pratiques professionnelles.

Les deux premiers chapitres permettent une mise en situation de la problématique en explorant les différentes politiques de maintien à domicile développé au Québec depuis

¹ Dans le cadre ce mémoire, nous utiliserons le terme auxiliaire familiale et sociale (AFS) au féminin en raison de la forte présence féminine à l'intérieur de cette catégorie d'emploi.

les années 1970. L'évolution des différentes formes alternatives et complémentaires offerts par d'autres intermédiaires et l'évolution du métier d'auxiliaire familiale et sociale ainsi que la littérature scientifique qui lui est associée seront aussi abordées.

Cette mise en situation permettra d'élaborer à l'intérieur du chapitre 3 et du chapitre 4, un cadre conceptuel et une méthodologie en lien avec la sociologie des groupes professionnels de Hughes. Les concepts de « déqualification du travail », de « relation de soins » et de « reconnaissance » et de « division du travail » seront utilisés afin de répondre à la question de recherche.

Les deux derniers chapitres porteront sur la présentation et l'analyse des huit entretiens effectués auprès d'AFS dans trois régions du Québec. Cette analyse permettra de cerner l'évolution du rôle et des tâches des AFS rencontrées à travers le temps et de voir comment ces changements ont eu un impact sur leur métier.

Chapitre 1 : Politique de maintien à domicile au Québec et acteurs périphériques

Depuis les années 1960, une multitude de réformes ont vu le jour à l'intérieur du système de santé et des services sociaux au Québec. Au niveau du soutien à domicile, quatre politiques ont été élaborées par le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (1979, 1994, 2003, 2012). Chacune de ses politiques a permis de définir les différents soins et services dispensés à la population à domicile, mais aussi de clarifier certains enjeux et de définir les arrimages entre le secteur public, le secteur privé et le tiers secteur (Vaillancourt, 2009). Elles ont été développées en lien avec les différentes orientations gouvernementales de l'époque où elles ont vu le jour et aussi en lien avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la demande. Selon Gaumer (2006), ces réformes se sont succédées en occultant parfois la dimension sociale de la santé, réduisant ainsi les services sociaux à la portion congrue du système ou à des acteurs externes. Ce premier chapitre aura pour but de mieux comprendre dans un premier temps les différentes réformes et politiques de maintien à domicile développées par le gouvernement québécois depuis les années 1970. Dans un deuxième temps, seront exposées les différentes ressources alternatives utilisées par les services publics afin d'assurer les soins et les services nécessaires à domicile.

1.1 Réformes et politiques de maintien à domicile

La première réforme dans le domaine de la santé et des services sociaux, qui nous concerne, a vu le jour suite à la Commission Castonguay-Nepveu à la fin des années 1960. Elle avait pour but de revoir la totalité des services personnels au Québec

(White, 1992). Le mandat était d'élaborer « une politique d'assurance-maladie, une réforme du système médical et social et une nouvelle politique visant les professionnels, les paraprofessionnels, ainsi que l'établissement des modalités de leur rémunération. » (White, 1992 : 12) Presque tous les organismes fournissant des services de santé et des services sociaux furent intégrés à l'intérieur d'un réseau public et coordonnés par l'État. L'objectif principal était de rendre accessible à l'ensemble de la population du Québec des services équitables et de qualité, répondant à ses besoins (Commission, 1970-1972).

La première politique de services à domicile au Québec a vu le jour en 1979. Ce sont les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) qui géraient les enveloppes budgétaires et l'allocation des ressources sur leur territoire régional (Commission, 1970-1972). Les centres locaux de services communautaires (CLSC) étaient les établissements de première ligne qui ont mis en œuvre la politique de soutien à domicile. D'autres acteurs jouent aussi un rôle complémentaire et peuvent compter sur un appui financier de l'État par l'entremise du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) (Commission, 1970-1972). Cette première politique de soutien à domicile découle de l'identification des limites de l'institutionnalisation et des avantages de la prise en charge dans le milieu (Bourque, 1992). Cette désinstitutionnalisation, principalement des aînés et des handicapés, s'est effectuée dans un contexte de rationalisation des fonds publics, mais aussi sous une critique de l'institutionnalisation massive de certains groupes de population. La politique énoncée en 1979 définit son action et ses buts de cette façon :

« Par services à domicile on entend donc l'ensemble des activités visant à apporter au domicile du bénéficiaire un support psychologique, matériel et médical susceptible de compenser une perte d'autonomie, de prévenir ou de pallier à une

situation de crise et d'éviter ou d'abrégier le recours institutionnel. » (Bourque, 1992 : 117)

Le but de cette politique principalement destinée à l'égard des personnes en perte d'autonomie était d'offrir un « réseau complet de services à domicile se posant comme solution de remplacement à l'hébergement institutionnel. (Roy, 1994 : 11) » Cela visait donc la prise en charge par les personnes de leur propre santé, mais aussi la volonté d'affranchir les individus de la dépendance professionnelle des services de l'État-providence (Roy, 1994). Les services offerts sont variés : services d'assistance et d'aide domestique afin de compenser les limitations fonctionnelles et des soins et des services spécialisés avec des soins de différents professionnels de la santé afin d'améliorer la santé des individus (Trahan et Caris, 2002).

Par contre, les compressions budgétaires des années 1980 amènent les CLSC à soustraire une portion de plus en plus grande de leurs services à des ressources privées ou communautaires (Vaillancourt et al, 2003). Toujours selon Vaillancourt et al. (2003), la récession de 1981-1982 a fait réaliser à plusieurs décideurs des milieux gouvernementaux la nécessité de prendre conscience de la crise du fordisme et du providentialisme.

« Cette prise de conscience permet de saisir les avantages, tant pour la réduction des coûts des services que pour la qualité de vie des utilisateurs de services, d'une politique sociale qui favorise le maintien dans leur milieu de vie des personnes ayant des incapacités. » (Vaillancourt et al, 2003 : 57).

La crise des finances publiques des années 1980 aurait aussi amené les CRSSS et les CLSC à composer avec des budgets insuffisants et une demande croissante. La solution a été l'utilisation des ressources de main d'œuvre du secteur privé et du tiers secteur offrant une plus grande flexibilité à coût moindre. Les CLSC privilégieront le développement

des services de soins à celui des services d'aide à domicile (Bourque, 1992). Le recours à la sous-traitance ne s'est pas effectué de la même façon dans toutes les régions du Québec. Certaines régions opteront pour l'utilisation d'agences privées tandis que dans d'autres régions, ils auront davantage recours à la formule de l'allocation directe (Vaillancourt et al, 2003).

Au printemps 1986, la Fédération des CLSC du Québec publie un bilan du maintien à domicile. Ce bilan rapporte que l'alourdissement des clientèles et l'insuffisance de ressources sont les deux problèmes majeurs concernant le maintien à domicile. De plus, la plupart des CLSC accusaient un déficit sur le programme de maintien à domicile en 1984-1985 et, dans le but de répondre aux besoins grandissants des clientèles, certains CLSC ont accordé moins d'heures par usager tandis que d'autres ont donné plus de services, mais à moins d'usagers. (Roy, 1994 : 16) Certains éléments de ce bilan furent repris par la Commission Rochon en 1988. La Commission Rochon témoigne d'une préoccupation de mieux orienter les différents services en fonction de la capacité de payer de l'État (Vézina et al, 1994). L'accent est mis sur l'utilisation des ressources communautaires et la famille afin de pallier aux manques de ressources dans les CLSC. En réponse à la commission Rochon, une réforme administrative et structurale a eu lieu, et certains changements sont survenus dans la façon de dispenser les services. Cependant, certaines réformes budgétaires et une mauvaise conjoncture économique n'ont pas permis d'avoir l'effet escompté. Toutefois, la reconnaissance des organismes communautaires par la réforme Côté, a permis de considérer sur le plan théorique et pratique des contributions des initiatives d'économie sociale (Vézina et al, 1994). Les CLSC doivent déboursier plus que les budgets accordés par le gouvernement pour assurer un service de

maintien à domicile adéquat. C'est dans cette optique que les CLSC commencent à faire de plus en plus appel à des ressources extérieures afin d'assurer certains services tout en essayant de trouver une ressource alternative à celle du secteur privé.

Durant les années 1990, plusieurs débats ont eu lieu concernant la privatisation des services de santé et des services sociaux au Québec. En effet, selon Vaillancourt et al. (1993), l'enjeu de la privatisation à l'intérieur du système de santé amène à refaire le point sur la question des arrimages entre le secteur public, le secteur privé et le secteur communautaire. En 1994, le Cadre de référence sur les services à domicile de première ligne (MSSS, 1994) vient préciser certains paramètres par rapport à la gestion des services et du partage des responsabilités. Cette politique vient donc remplacer celle de 1979. Par contre, selon Roy (1994), plusieurs questions concernant le milieu de pratique ne sont pas résolues. Le recours aux ressources extérieures, par les CLSC dans le cadre d'entente de services doit être précisé régionalement et ont pour but d'atteindre une meilleure complémentarité et d'assurer la continuité et la qualité des services (MSSS, 1994 : 12). Le CLSC reste toutefois la principale instance et doit s'assurer que les services offerts correspondent à certains critères de qualité. Les ressources extérieures doivent toutefois s'engager à adopter des normes de qualité et les respecter (Fermon & Firbank, 2001). C'est dans cette optique que plusieurs entreprises d'économie sociale voient le jour, suite au Sommet sur le devenir social et économique du Québec en octobre 1996. Certains programmes gouvernementaux viennent soutenir de plus en plus le tiers secteur.

L'abrogation en 1996 du régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et du financement des programmes établis (FPE) par le gouvernement fédéral ont réduit les transferts fédéraux dédiés à la santé. La politique du déficit zéro du gouvernement fédéral a amené une réduction de 30% des transferts versés aux provinces pour cofinancer les programmes dans les domaines de la santé, de l'éducation postsecondaire de la sécurité du revenu et des services sociaux (Vaillancourt et al., 2003). Ce changement de cap du gouvernement fédéral a servi, selon Côté et Pérodeau (2002), de rampe de lancement au virage ambulatoire entrepris par le gouvernement du Québec dans le milieu des années 1990. Le virage ambulatoire propose selon Côté et Pérodeau (2002), une transformation radicale du mode de fonctionnement des habitudes et des conceptions entourant la prise en charge des personnes malades. Cette transformation s'est effectuée selon une perspective de compressions budgétaires. En effet, le virage ambulatoire a eu pour but dans un premier temps de réorganiser le système socio sanitaire au point de vue de sa gestion. Son changement de philosophie met de l'avant, entre autres : une réduction des séjours hospitaliers, l'augmentation des chirurgies d'un jour et l'augmentation des soins à domicile (Côté et Pérodeau, 2002). Selon Gaumer et Desrosiers (2004), le virage ambulatoire repose essentiellement sur les CLSC. Les soins à domicile sont l'élément clé de cette politique. Cependant, selon Côté et Pérodeau (2002), cette politique s'est effectuée dans une perspective de compression budgétaire et favorise l'apparition d'une tendance à la privatisation de certains services :

« En diminuant les soins pris en charge en milieu hospitalier, il crée en effet une série de besoins que ne pourront plus combler les services publics de soins à domicile et que le secteur communautaire ne pourra ou ne voudra pas combler non plus. » (Côté et Pérodeau, 2002 : 15)

Suite à ces transformations, deux projets de loi sont venus modifier la structure et l'organisation des services durant les années 2000. En effet, la loi 25 et le projet de loi 83, adoptées en 2003 et 2004 amènent un nouveau mode d'organisation des services par la fusion des CLSC, des CHSLD et des CH, créant les CSSS. Trois acteurs majeurs composent le système de santé québécois : les CSSS, les agences de santé et des services sociaux et le MSSS. Le CSSS représente le cœur des réseaux locaux de services en organisant et en coordonnant la prestation des soins sur son territoire. Les agences de la santé et des services sociaux, quant à elles, soutiennent le développement et le fonctionnement des réseaux locaux de services tandis que le MSSS assume la planification, le financement et le suivi (Richard, 2006 : III). Ce nouveau mode de coordination amène selon Bourque (2004) un questionnement par rapport à la création de territoires administratifs. L'adoption du projet de loi 83 ouvre la voie à la sous-traitance en permettant aux établissements publics de sous-traiter certains services lorsqu'ils sont disponibles sur le territoire (CSS, 2004). Cette offre de services est effectuée par appel d'offres. Selon la Coalition Solidarité Santé (2004), les entreprises pourraient alors être tentées de rentrer à l'intérieur d'une logique de concurrence et réduire leurs coûts de main-d'œuvre.

Au même moment, la politique de soutien à domicile développée en 2003 (MSSS, 2003) et clarifiée en 2004 (MSSS, 2004) par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ensuite le plan d'action sur les services des aînés en perte d'autonomie (MSSS, 2005), tentent de trouver un équilibre dans le partage des responsabilités entre les différents acteurs des services à domicile. Selon les conclusions du ministère : « Il serait déraisonnable et inefficace de confier l'entière responsabilité de prise en charge de cette

question au ministère de la Santé et des services sociaux et à son réseau (MSSS, 2005;16). » Les principaux acteurs en jeux sont : la famille, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, l'établissement public et les dispensateurs privés. Les CSSS ont donc un rôle de coordination beaucoup plus important qu'auparavant. Les services de soins à domicile sont de plus en plus délégués aux organismes communautaires, aux entreprises d'économie sociale et aux agences privées. Les CSSS ont tout de même la responsabilité de s'assurer de la qualité des services et d'aider les usagers dans le choix d'un fournisseur. Ces fournisseurs de services ont pour la majorité d'entre elles des ententes de service avec les CSSS, tandis que d'autres font directement affaire avec les usagers.

Cette politique de soutien à domicile offre la possibilité aux entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD), d'élargir leurs paniers de services afin d'offrir des services d'aide à la vie quotidienne (AVQ). Cet élargissement du panier de services vient mettre fin au consensus de 1996 qui stipulait que les différents services ne devaient pas entrer en concurrence avec les services offerts en CLSC. Certains auteurs voient derrière ces mesures une logique de sous-traitance du tiers secteur : « Le CSSS évalue et organise les besoins en services à offrir et l'EESAD donne les services. Ainsi, l'acteur central demeure l'établissement public qui ne fait que déléguer des activités opérationnelles aux organismes du milieu (Gauvreau et al, 2009-2010; 26). » La relation entre les CSSS et le tiers secteur ressemblerait de plus en plus à une relation marchande où la concurrence entre les différents prestataires de services ferait baisser les coûts pour les CSSS.

La quatrième et dernière politique en matière de soutien à domicile « Vieillir chez soi » a vu le jour en 2012. Elle est de façon plus globale, une politique sur le vieillissement. Cette nouvelle politique tente, selon le MSSS, de changer les attitudes et les manières de faire dans le but de favoriser le maintien à domicile par toutes sortes d'actions. Pour ce faire, un total de treize ministères et organismes ont été impliqués dans cette démarche. Cette politique se démarque par l'ampleur de sa démarche et ses tentatives d'agir dans tous les domaines de la vie des aînés. Elle met aussi en lumière la nécessité d'adapter les soins et les services offerts à la clientèle vieillissante. En effet, selon les données du ministère, les personnes de 75 ans et plus représentent 75,7 % de la clientèle desservie (MSSS 2012 : 27). Les bases théoriques de la politique et son plan d'action s'inscrivent plus globalement à l'intérieur du cadre d'orientation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), visant un vieillissement actif :

« La politique Vieillir et vivre ensemble ainsi que son plan d'action s'inspirent de la vision du vieillissement actif prônée par l'OMS et adaptée à la réalité québécoise. Vieillir en restant actif est un processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse. Ce processus s'inscrit dans le parcours de vie des personnes, auquel la politique et le plan d'action veulent contribuer en favorisant une société pour tous les âges. » (MSSS 2012 : 41)

Plusieurs investissements supplémentaires seront consacrés afin de donner plus de services à une plus grande proportion de gens. Ces investissements supplémentaires seront accordés afin d'augmenter les services de soins infirmiers et de l'aide pour l'hygiène personnelle et l'alimentation. Ils servent aussi à consolider le soutien aux organismes communautaires auprès des personnes âgées et de leurs proches et afin de bonifier le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique et pour soutenir les entreprises d'économie sociale dans leurs pratiques d'affaires

(MSSS 2012 : 65). Cette dernière politique réaffirme et consolide donc la présence de différents acteurs externes afin de partager les différents soins et services dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces acteurs font maintenant partie d'un tout et cette politique démontre la nécessité du gouvernement d'utiliser différents acteurs sous différents aspects de la vie des aînés afin d'assurer leur bien-être et leur autonomie.

1.2 Formes alternatives et complémentaires aux soins à domicile offerts par le secteur public

À travers les années, plusieurs tentatives ont eu lieu afin de créer des ressources alternatives aux services publics. Une variété de formes de sous-traitance ont vu le jour afin d'avoir recours à des fournisseurs de services, et ce, pour diverses raisons. L'incapacité du secteur public d'assurer les services nécessaires et son incapacité financière à soutenir ses différents programmes sont des raisons mises de l'avant afin de comprendre le recours à ses fournisseurs. Ceux-ci sont multiples et varient beaucoup quant à leur vocation.

1.2.1 Le recours aux agences privé de placement

La présence du privé dans le secteur de l'aide à domicile ne date pas d'hier. Déjà, dans les années 1980, les pratiques de privatisation de certains services se faisaient de plus en plus sentir. Certains gestionnaires sous-traitaient une partie des services dans le but de combler les horaires de soirs et de fins de semaine. Par contre, certains services en semaine sont aussi sous-traités à des agences privées :

« Le coût horaire d'une auxiliaire familiale en CLSC est d'environ 13,25\$ (bénéfices marginaux compris) comparativement à 8,40\$ en agence privée ou en coopérative de travail [...] dans le contexte où les besoins et les demandes dépassent largement l'offre de services publics et où les perspectives

d'accroissement budgétaires sont faibles, les CRSSS et les CLSC ont de plus en plus recours à une forme ou l'autre de privatisation des services de maintien à domicile, en raison des économies de coûts qu'elles représentent. » (Vaillancourt et al, 1987 cité par Bourque 1992; 123)

Le recours à des ressources extérieures permet d'économiser une partie des coûts engendrés par le personnel permanent. Ce souci d'économie se fait dans un contexte où les budgets alloués au maintien à domicile ne suffisent pas à l'augmentation de la demande et à l'alourdissement des cas. Le MSSS se donne comme objectif de déterminer les balises quant aux recours aux agences afin d'éviter un glissement vers la privatisation (Bourque, 1992 : 125). Le recours à des agences privées de placement a permis pendant plusieurs années de sous-traiter une partie des services et éviter de dépasser les budgets alloués au maintien à domicile. Selon Gagnon et al. (2001), différents phénomènes conjoncturels sont venus favoriser la création de ce type d'entreprises. Le virage ambulatoire durant les années 1990 a laissé présager une augmentation de la demande de soins à domicile. La transformation de l'offre des services publics et des emplois qui y sont associés et le manque de ressources budgétaires, ont aidé à développer un marché des services à domicile. Des grandes agences et des microentreprises tentent de se trouver une part de marché en offrant des services de plus en plus spécialisés et en établissant des partenariats avec les CLSC de leur territoire :

« Les liens avec les CLSC sont très variables selon les territoires et les régions. [L]es CLSC [de la région de Montréal] sont débordés et achètent plus de services du privé que dans les autres régions. Pour les petites entreprises, notamment, il est difficile de collaborer avec les CLSC si on n'est pas du milieu, si on n'a pas de contacts, si on n'est pas intégré au milieu.. » (Gagnon et al, 2001 : 50)

Le recours aux agences privées ne se fait pas partout de la même façon et dans les mêmes conditions. Par contre, la création des EESAD dans le milieu des années 1990 a permis d'offrir une alternative à l'économie marchande et de mettre de l'avant le tiers secteur (Gauvreau et al, 2009).

Toutefois, dans les années 2000, le recours aux agences privées a connu une forte augmentation. Les CLSC ont dû conjuguer, encore une fois, avec le manque de ressources budgétaires et l'augmentation des demandes en matière d'aide à domicile (Cognet et Fortin, 2003). La main d'œuvre constitue le principal coût dans les services à domicile et cela semble être pour cette raison que certains CLSC ont eu recours à la sous-traitance. Autrefois utilisées afin de compléter les heures non couvertes par les CLSC, les agences privées sont de plus en plus utilisées afin d'éviter d'embaucher de la main-d'œuvre permanente. L'achat de ces services permet une réduction des coûts et évite la gestion directe du personnel. Cependant, plusieurs recherches (Cognet, 2003, David et al, 2003, Boivin & Pinard, 2007) tendent à démontrer que les conditions de travail pour les travailleuses œuvrant dans les agences privées ne sont pas les mêmes que celles travaillant pour les CLSC. Le personnel des agences ne bénéficierait pas d'un statut d'emploi fixe et des conditions de travail équivalant à celles offertes en CLSC. La sous-traitance de ces services aurait alors comme conséquence de précariser le domaine du soutien à domicile dans une perspective de réduction des coûts (Boivin et Pinard, 2007). Esther Cloutier et al. (2006) émettent comme hypothèse en conclusion de leur recherche sur les stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile, que les AFS d'agence constituent une population à risque pour la santé et sécurité au travail (SST) à cause de l'organisation du travail déficiente. De plus,

un regard critique a été posé sur la qualité des services offerts par le personnel des agences (David et al. 2003). Le personnel semble manquer de formation et certains CLSC reprochent aux agences de ne pas livrer les services promis faute de personnel (David et al. 2003). Par contre, le recours aux agences privées ne se fait pas dans toutes les régions de la province. Cette forme de sous-traitance se retrouve principalement dans la grande région de Montréal où il y a une très grande demande pour les agences privées de placement. Les résultats d'une recherche effectuée par Cognet et Fortin démontrent que certains CLSC dans la région de Montréal sous-traitaient jusqu'à 60 % des soins et services à domicile auprès d'agences privées.

1.2.2 Les organismes communautaires

Le rôle des organismes communautaires à l'intérieur des services à domicile n'est pas nouveau. Depuis les années 1970, l'utilisation de ressources communautaires a été une option avantageuse pour l'État. La création en 1973 du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est un des plus anciens programmes soutenant les organismes communautaires. Le rapport Rochon (1988) conclut que la reconnaissance des organismes communautaires comme partenaires dans la distribution de soins constitue un avantage économique non négligeable. Cet avantage vient du fait que ce type de partenariat exige seulement des budgets minimaux de fonctionnement et de soutien. L'utilisation des ressources communautaires a donc été effectuée dans une approche globale de la santé. Selon Panet-Raymond (1994), ce type de partenariat élargi permet à des professionnels, des citoyens aidants, des institutions et des ressources communautaires de travailler en concertation. Les groupes voués à l'autonomie et au maintien à domicile voient ce partenariat comme une reconnaissance des ressources

communautaires par les structures étatiques. Ces groupes s'occupent essentiellement d'effectuer des visites à domicile, de donner des services de transport adapté et d'offrir des services de dépannage alimentaire à domicile (Panet-Raymond, 1994). Certains groupes communautaires restent vigilants et désirent garder leur autonomie par rapport à l'État. Selon White (2001) :

« le milieu communautaire serait donc fragmenté en plusieurs composantes : les organismes communautaires autonomes qui mettent de l'avant des objectifs de changement social global et qui reconnaissent la confrontation et les conflits comme partie prenante des relations avec l'État; les organismes communautaires de service plus consensuels qui se définissent à partir de la complémentarité de leurs activités par rapport aux services publics. » (White, 2001 : 41)

Dans les années 2000, les nouvelles politiques de maintien à domicile ont amené de nouveaux types de rapport avec les organismes communautaires. Les CSSS sont maintenant responsables de coordonner les ressources communautaires avec des ententes de service. La coordination prend donc la place de la concertation et du soutien. Néanmoins, à l'intérieur des discours gouvernementaux, l'utilisation des ressources communautaires reste une priorité à l'intérieur des politiques de soutien à domicile. Selon Bourque (2004), les organismes communautaires devront tenter de tirer profit des possibilités offertes par les ententes de service. L'expertise citoyenne en opposition avec l'expertise professionnelle offerte par les CSSS permettrait de mieux répondre aux besoins locaux et établir les priorités des communautés.

1.2.3 L'émergence de l'économie sociale comme alternative à la privatisation

Depuis le début des années 1970, certaines organisations à but non lucratif (OBNL) étaient financées par l'État afin de dispenser des soins à domicile pour les personnes dans le besoin. Par contre, aucun système de financement adéquat n'avait été

mis sur place afin de compléter l'offre des services publics. Les personnes travaillant dans ces organisations étaient essentiellement des bénévoles, puisque le financement n'était pas suffisant (Vaillancourt et Jetté, 2009). Les auxiliaires familiales et sociales ont également tenté de créer une coopérative de travail au milieu des années 1980, afin d'offrir une alternative à la privatisation des services d'aide à domicile. La coopérative Auxi-Plus a ouvert ses portes en janvier 1986. Cette coopérative de travail « joue un rôle communautaire en créant un lieu de travail différent qui favorise la prise en charge par le milieu de ses conditions de travail et de vie, dans une perspective autre que celle qui prime habituellement dans le privé commercial, soit celle de l'unique recherche de profit (Bourque, 1992 : 168). » La coopérative Auxi-Plus s'est démarquée par le fait que la formation des auxiliaires familiales et sociales était une des préoccupations majeures de celle-ci. Pour être membre de la coopérative de travail, il était nécessaire d'être diplômée ou en voie d'obtenir son diplôme. Malgré tous les efforts fournis, la coopérative cessa ses opérations en juin 1990, puisque selon certains, la coopérative n'avait pas pu garder sa vocation première et ressemblait plus à une agence de placement (Bourque, 1992 : 171).

Au début des années 1990, plusieurs projets d'entreprise d'économie sociale en matière de soutien à domicile ont vu le jour. Plusieurs projets pilotes ont émergé afin de pallier aux difficultés des CLSC à financer son programme de soutien à domicile. Certains de ces organismes ont été créés avec l'aide des CLSC afin de répondre à des besoins spécifiques. Ce sont principalement les tâches d'entretien ménager qui furent sous-traitées. L'objectif du profit et de la rentabilité n'était pas l'élément central pour ces

entreprises qui avaient comme mission de soutenir les personnes ayant des besoins de services à domicile (Boivin et Pinard, 2007).

Dans le cadre du Sommet sur le devenir social et économique du Québec en octobre 1996, « l'économie sociale est adoptée comme stratégie pour l'emploi par les représentants syndicaux, communautaires, féministes et patronaux invités (Boivin et Pinard, 2007 : 50). » L'un des secteurs identifiés est celui de l'aide à domicile. Le gouvernement québécois soutient la création de différentes entreprises ayant pour but de réinsérer à l'emploi des personnes qui se sont éloignées du marché du travail pour différentes raisons. À l'intérieur du champ de la santé et des services sociaux, va se créer une multitude d'entreprises de services à domicile et d'entretiens ménagers.

« Sous l'appellation d'économie sociale, on regroupe les entreprises favorisant l'insertion sociale en fournissant un emploi valorisant, formateur et reconnu, et les solidarités, en renforçant la cohésion sociale, diminuant les tensions sociales, diminuant la solitude et l'isolement ou réduisant les problèmes de santé (physique ou mentale) dus au chômage et à l'exclusion. [...] Ce sont des emplois qui se veulent d'utilité sociale entendue dans sa plus large acception : soutenir les individus, mais aussi les communautés elles-mêmes; améliorer la qualité de vie des personnes, mais également les relations humaines et les rapports sociaux. » (Gagnon et al. 2001 : 52)

La finalité est donc double : assurer un emploi de qualité à des personnes trop longtemps éloignées du marché du travail et de l'autre côté, offrir des services de proximité de qualité à un prix abordable. Une gamme de services est donc mise sur pied par ces entreprises d'économie sociale, afin de compléter l'offre de services de plus en plus déficiente dans le secteur public.

Toutefois, le « Consensus de 1996 » vient mettre des balises dans le champ de compétence des entreprises. Les entreprises d'économie sociale devaient se spécialiser spécifiquement sur l'aide domestique et ne pas toucher aux services d'assistance personnelle. Cette entente avait pour but d'éviter la concurrence avec le secteur public. Les EESAD n'avaient pas comme but premier de concurrencer les services publics, mais plutôt de créer de l'emploi de qualité pour les femmes, de lutter contre le travail au noir, de faire face au vieillissement de la population et aussi faire face au désengagement de l'État (Gauvreau, 2009). 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique furent créées au Québec suite au Sommet de 1996. Les partenariats entre l'État et les EESAD se sont concrétisés avec les différentes politiques développées par le ministère de la Santé et des services sociaux des dernières années. Dans le but de soutenir les EESAD, le gouvernement a créé en 1997 le PEFSAD (programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique) afin d'avoir une meilleure prise sur le champ de l'aide domestique qui avait été laissé auparavant aux agences privées et aux travailleurs autonomes. Les personnes pouvant faire partie du programme doivent faire affaire avec des entreprises d'économie sociale reconnues par le MSSS et peuvent bénéficier d'une réduction des coûts selon l'évaluation des besoins faite par les CLSC. Depuis quelques années, certains chercheurs (Bourque, 2000; Vaillancourt et al, 2003; Larivière, 2005; Charpentier, 2005; Vaillancourt et Jetté, 2009, Gauvreau, 2009; Vaillancourt, 2010) se sont penchés sur les liens entre l'État et le secteur de l'économie sociale. En effet, certains s'inquiètent du fait que les partenariats entre les deux soient nuisibles et porteurs d'un contrôle social de l'État (Larivière, 2005). Pour d'autres, il s'agirait plutôt d'un renouvellement du modèle de gestion publique du social qui tendrait vers une plus grande

démocratie (Bourque, 2008). Pour Gauvreau et al (2009), l'étude de l'EESAD et du CSSS de Chicoutimi au Saguenay Lac St-Jean tend à démontrer qu'une relation marchande s'installe de plus en plus entre les acteurs et définit l'EESAD uniquement comme fournisseur de services.

1.2.4 Le chèque emploi-service (CES)

Le chèque emploi-service est un programme d'allocation directe géré par Revenu Québec. Ce programme a été conçu en 1998 après plusieurs tentatives de programmes de forme d'allocation afin d'éviter le travail au noir, mais aussi pour permettre aux personnes de gérer eux-mêmes ou avec l'aide d'un organisme communautaire leurs soins à domicile (Boivin et Pinard, 2007). Revenu Québec gère la paie d'une personne préposée aux services d'aide à domicile que l'utilisateur aura décidé d'employer pour certains soins ou services. Il existe trois conditions afin de pouvoir faire partie de ce programme. L'état de santé de l'utilisateur doit être stable, il doit nécessiter des services à long terme et il doit être en mesure de gérer les services seul ou avec l'aide d'un proche. Cette allocation est attribuée par les CSSS après l'évaluation des besoins de l'utilisateur (MSSS, 2008). Le salaire horaire de ces travailleurs est établi par l'agence de la santé et des services sociaux. Une réforme du programme en 2002 a permis de protéger ces emplois par les Lois sur les normes du travail. Plusieurs moyens de pression avaient été exercés auparavant par plusieurs groupes qui déploraient le fait que les taux horaires étaient peu élevés et variaient d'une région à l'autre et des difficiles conditions de travail (Boivin et Pinard, 2007).

Chapitre 2 Auxiliaires familiales et sociales : historique et enjeux

Ce deuxième chapitre présentera en premier lieu l'historique du métier d'auxiliaire familiale et sociale au Canada, mais plus particulièrement au Québec. Cette mise en scène du métier permettra dans un deuxième temps de répertorier différentes recherches effectuées sur les auxiliaires familiales et sociales depuis quelques décennies au Québec afin de bien situer le contexte de cette recherche et l'état de la littérature à ce sujet.

2.1 Développement du métier et intégration dans le système de santé et des services sociaux

Selon le Conseil canadien de développement social, c'est à la fin des années 1950 que le métier d'auxiliaire familiale prend de l'expansion au Canada. En 1958, peu de personnes pouvaient avoir accès à ce type de service. En 1969, un total de 121 organismes d'auxiliaires familiales se trouvait sur le territoire canadien (Conseil canadien de développement social, 1974 : 11). Les différents services se concentraient dans les grandes villes et étaient accessibles principalement pour les familles chargées de jeunes enfants et pour parer à des situations d'urgence d'une durée limitée où la mère était invalide ou absente du foyer (Conseil canadien de développement social, 1974). À défaut de ne pas avoir accès à ces services, ils étaient alors dispensés par des membres de la famille, la plupart du temps des femmes ou par des travailleuses domestiques venant de l'étranger.

C'est à partir des années 1970 que la structuration de l'aide à domicile par les centres locaux de services communautaires (CLSC) a pris forme. La mise en place de l'État-

providence et l'étatisation des services auprès des personnes à domicile ont permis la reconnaissance du caractère professionnel de leur travail et une reconnaissance de leurs qualifications (Boivin & Pinard, 2007). Les personnes n'ayant pas de membres de la famille en mesure de prendre soin d'elles étaient prises en charge par les hospices et les hôpitaux. La désinstitutionnalisation s'est traduite par une volonté de garder les individus nécessitant des soins dans leur milieu de vie. La première politique de maintien à domicile apparaît donc à la fin des années 1970. En effet, cette politique est mise de l'avant dans un contexte marqué par l'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant des soins et la remise en cause de l'institutionnalisation (Conseil canadien de développement social, 1974).

Avant les années 1970, les services de maintien à domicile étaient réalisés par des unités de soins à domicile qui visaient à éviter chez ces personnes les hospitalisations précoces et favoriser un bon retour à domicile des personnes hospitalisées. La loi 65 sur les services de santé et les services sociaux, adoptée en 1971, permettra d'intégrer ces unités de soins au réseau public. Au départ, les soins infirmiers constituaient l'essentiel de l'aide à domicile. Progressivement, les services d'aide à domicile s'ajouteront afin d'assister dans leur quotidien des personnes en perte d'autonomie (Roy, 1994 : 9) :

Selon le ministère de la Santé et des services sociaux, « les services à domicile se sont développés par vagues successives au cours des trente dernières années, accompagnant les grands changements qui ont marqué l'évolution du système de santé et de services sociaux : la « réinsertion sociale » des personnes handicapées, la « désinstitutionnalisation » en santé mentale, le « virage ambulatoire » et le « maintien à domicile » des personnes âgées en perte d'autonomie. Tous ces vocables traduisent au fond la même réalité : le passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie. » (MSSS, 2003 : 1)

Selon la fédération des affaires sociales, le rôle de l'auxiliaire familiale dans les années 1970 se définissait comme étant :

« [une] personne qui, à domicile, supplée à l'absence du ou des responsables du foyer ou les assiste dans l'entretien quotidien de la maison, la préparation et le service des repas et le maintien du bien-être des enfants. Elle peut conseiller le responsable du foyer en ce qui regarde l'organisation matérielle et financière du foyer, l'éducation des enfants, l'alimentation et l'hygiène. »(Bourque, 1992 : 91)

L'auxiliaire familiale a deux fonctions spécifiques dans les années 1970. La première comporte un volet curatif. Cette fonction englobe la dispensation de services domestiques, certains soins et le maintien de la salubrité chez les usagers. La deuxième fonction comporte un volet éducatif et vise à développer des comportements de socialisation et de prévention chez certaines familles ayant des difficultés par exemple au niveau des habiletés parentales, du contrôle budgétaire ou au niveau de l'alimentation (Bourque 1992).

Le développement et les changements dans les services à domicile obligent les CLSC à redéfinir les fonctions et le rôle de l'auxiliaire familiale et ce, dès le début des années 1980. Selon la convention collective des auxiliaires familiales (1979-1982), le rôle de l'auxiliaire familiale connaît de légers changements comparativement à sa définition des années 1970. Elle se définit comme étant :

« [une] 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 au foyer. Elle participe à l'entretien quotidien de la maison ainsi qu'à la préparation et au service des repas. Elle accomplit au besoin, des tâches familiales et des travaux domestiques légers et peut occasionnellement contribuer en ce qui regarde l'organisation matérielle et financière du foyer, l'éducation des enfants le cas échéant, l'alimentation, l'hygiène et conseiller le ou les responsables du foyer sur ces matières. Elle fait les références, le cas échéant, aux programmes existants dans l'établissement. Occasionnellement et pour des

périodes de courtes durées, elle peut accompagner les bénéficiaires à l'extérieur du foyer pour les raisons ci-haut mentionnées »(Bourque, 1992 :92).

La définition du rôle et des fonctions de l'auxiliaire familiale permet à la profession de se définir à l'intérieur des services à domicile dans les CLSC et ce, à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire. Elle joue aussi à ce moment un rôle d'intermédiaire à cause de son contact privilégié avec les bénéficiaires (Bourque 1992 : 99).

Au cours des années 1980, différentes réorganisations du système de santé sont mises en œuvre. Les budgets consacrés à l'aide à domicile ne suffisent plus puisque le développement du secteur de l'hébergement est freiné, ce qui a pour conséquence d'alourdir la clientèle des services à domicile (Boivin & Pinard, 2007 :44). L'ensemble des employés du secteur public verra alors leur travail s'intensifier et leur charge de travail s'accroître. Cela aura alors comme conséquence d'orienter le travail des auxiliaires familiales principalement vers le côté curatif primaire et moins vers la dimension sociale et préventive de l'intervention. Selon Boivin et Pinard, (2007) les auxiliaires remarquent donc que les réorganisations dans le réseau de la santé et des services sociaux engendrent leur déqualification en ne prenant pas en considération l'aspect social de ce travail. L'aspect social du travail implique que les soins ne sont pas limités à l'action, mais aussi par le contexte de l'action à travers un rapport social (Saillant, 2002). De plus en plus, le travail des auxiliaires familiales est orienté vers le maintien à domicile des personnes âgées, malades ou handicapées, et répond aux demandes de soins et de supports curatifs de ceux-ci (Saillant, 2002). Le côté éducatif et de socialisation fait de moins en moins partie de la pratique des auxiliaires familiales. La perte de la dimension sociale du métier est une préoccupation majeure pour les auxiliaires

familiales. Selon Bélanger et al. (1987), les interventions se limitent de plus en plus aux soins d'hygiène. Le travail s'individualise, les réunions d'équipe se réduisent et les rapports entre les différents professionnels se hiérarchisent. Les auxiliaires revendiquent alors à la fin des années 1980, l'ajout du mot social » au titre de profession. Cet ajout visait non seulement la reconnaissance de la dimension sociale de leur travail, mais aussi qu'elles voulaient faire en sorte que les auxiliaires familiales et sociales ne puissent être uniquement considérées comme des femmes de ménage (Bélanger et al, 1987).

La réduction des transferts fédéraux aux provinces et les différentes réductions durant les années 1990, auront comme effet de réformer le système de santé québécois. Le virage ambulatoire est un des principaux éléments de la transformation du système de santé au Québec. Cette réforme consistait principalement à offrir davantage de soins à domicile à différentes clientèles. Cela aurait donc comme effet d'écourter et même d'éviter les séjours en milieu hospitalier en donnant davantage de services plus près des milieux de vie, au CLSC ou à domicile. Force est de constater que plusieurs changements ont eu lieu à l'intérieur du système de santé au Québec, et ce, autant dans sa philosophie de gestion et d'organisation que de division des tâches à travers les différents effectifs à l'intérieur du réseau. La structuration des différents métiers s'est faite, non seulement pour s'ajuster aux besoins de la clientèle vieillissante, mais aussi dans une perspective de réduction des coûts. Les réorganisations qui ont été mises en œuvre au fil des années ont eu des conséquences sur les travailleurs de ce secteur. Les auxiliaires familiales et sociales font partie des effectifs du secteur de la santé et des services sociaux ayant connu le plus de transformations au niveau de l'organisation du travail et de la prestation des soins (Boivin et Pinard, 2007). Durant les années 1990, elles ont dû se battre afin de

conserver l'aspect social de la profession et d'éviter la privatisation et la sous-traitance de leur champ d'expertise (Gazette des femmes, 1996). Dans le milieu des années 1990, les services d'aide domestique ont pu être sous-traités de façon plus explicite avec le développement massif des EESAD à partir de 1996 (Jetté et Vaillancourt, 2008).

Depuis la fin des années 1990 et le début des années 2000, les orientations gouvernementales et les différentes politiques de soutien à domicile sont de plus en plus orientées vers les services à domicile comme la meilleure option à envisager pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Le rôle des auxiliaires familiales et sociales est donc d'une importance capitale (MSSS, 2003). Plusieurs changements ont cependant eu lieu autant au niveau des tâches que des fonctions des AFS. De plus, la question de la privatisation des soins de santé et de la sous-traitance reste au cœur des services de soins à domicile. La restructuration et les fonctions des AFS se sont donc modifiées en lien avec les conjonctures politiques et économiques qui, d'une part, réaffirme la nécessité de leur présence à l'intérieur des équipes multidisciplinaires à l'intérieur des CLSC et des programmes de soutien à domicile et, d'autre part, la nécessité d'utiliser une main-d'œuvre extérieure afin de diminuer les coûts de main-d'œuvre.

2.1.2 Modification des tâches et des fonctions des AFS

En 2003, la loi 90 modifiant le Code des professions est venue modifier le travail des AFS. En effet, les articles 39,7² et 39,8³ ont permis la déprofessionnalisation des soins invasifs et de l'administration des médicaments. La responsabilité d'autoriser à certains non-professionnels de pouvoir pratiquer ces soins invasifs et l'administration de médicaments, dans le cadre d'un programme de soutien à domicile revient au CLSC (Bélanger 2009). Cet ajout dans le cadre de travail des AFS leur donne le droit d'exercer certains actes réservés autrefois aux infirmières ou infirmières auxiliaires. Ces nouvelles compétences médicales des auxiliaires les inscrivent dans un nouveau champ d'intervention, mais tendent selon Vaillancourt et Jetté (2008) à un décalage de compétence amenant selon eux à la dévalorisation de la dimension relationnelle du métier d'auxiliaire. En effet, ces gains au niveau de ces nouvelles compétences se sont faits au détriment des tâches d'entretien ménager, maintenant de plus en plus reléguées au secteur de l'économie sociale et au secteur privé.

Plus récemment, en 2007, certains titres d'emploi ont connu des modifications dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les AFS font maintenant partie des auxiliaires aux services de santé et sociaux⁴. Cette appellation regroupe les intervenants

² « Les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne qui sont requis sur une base durable et nécessaire au maintien de la santé ne constituent pas une activité professionnelle réservée à un membre d'un ordre, lorsqu'ils sont fournis par une personne agissant dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire ou de type familial visée à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires.» (Bélanger, 2009)

³ «Malgré toute disposition inconciliable, une personne agissant dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire et de type familial visée à l'article 39.7 ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un établissement qui exploite un CLSC, dans une école ou dans un autre milieu de vie substitut temporaire pour les enfants, peut administrer des médicaments prescrits et prêts à être administrés, par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale, vaginale ou par inhalation ainsi que de l'insuline par voie sous-cutanée.» (Bélanger, 2009)

⁴ Les auxiliaires aux services de santé et sociaux regroupent ces emplois: intervenant ou intervenante en milieu résidentiel, préposé ou préposée en résidence, intervenant ou intervenante en milieu de vie, préposé ou préposée de résidence, auxiliaire familiale et sociale et auxiliaire à domicile.

en milieu résidentiel et ne fait pas seulement référence aux auxiliaires familiales et sociales. (MSSS, 2011). Les auxiliaires aux services de santé et sociaux sont définis comme étant :

« Personne qui, dans un domicile, une résidence, foyer de groupe ou milieu de même nature, assume un ensemble de tâches ayant pour but d'accompagner et de supporter l'utilisateur et sa famille ou de suppléer à ses incapacités dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique. Elle voit également à favoriser l'intégration et la socialisation de l'utilisateur dans des activités individuelles et communautaires. Dans le cadre de ses fonctions, elle voit à l'hygiène, au bien-être, au confort, à la surveillance et aux besoins généraux des usagers. Elle est appelée à faire l'installation de certains appareils ou à donner certains soins plus spécifiques pour lesquels elle a été formée. Elle est appelée à préparer des repas ou à effectuer des travaux domestiques. Elle renseigne les responsables et les membres de l'équipe de ses observations sur les besoins de l'utilisateur ainsi qu'à l'élaboration du plan de service ou d'intervention et à la réalisation de celui-ci. » (MSSS 2011; I.2.10)

L'impact de ce changement dans la nomenclature d'emploi n'a toutefois pas encore été documenté. Il est quand même possible de constater que cette fusion dans ces titres d'emploi pourrait peut-être mener à l'embauche de l'un ou l'autre de ces intervenants pour combler un poste autrefois réservé aux AFS.

2.1.3 Formation des auxiliaires familiales et sociales

L'exigence en matière de formation pour les AFS s'est modifiée au cours des années. Au début de la profession, dans les années 1970, aucune formation n'était nécessaire. Une attestation d'expérience dans un travail connexe était suffisante à l'embauche. Dans le but de professionnaliser le métier d'AFS, elles ont tenté de faire en sorte qu'une formation en assistance familiale et sociale à domicile soit demandée par les employeurs autant du secteur public que du secteur privé. Dans les années 1980, une formation de 450 heures fut instaurée afin d'acquérir les bases du métier. Elle pouvait être complétée après embauche (Meintel et al, 1999 : 18). Depuis, la formation des AFS s'est précisée afin de mieux répondre aux besoins changeants des CLSC et aux changements dans leurs tâches. La formation maintenant requise par la plupart des employeurs du secteur public est celle en *Assistance familiale et sociale aux personnes à*

domicile. Ce diplôme d'études professionnelles d'une durée d'environ 960 heures permet d'acquérir des connaissances afin d'intervenir à domicile auprès de différentes clientèles, de donner des soins de base, d'effectuer des déplacements sécuritaires (PDSB) et d'établir une relation d'aide efficace (École de métier des Faubourgs; 2012). Cette formation permet de bien préparer les futures AFS aux nouvelles réalités de pratique autant au niveau de l'aide aux personnes qu'aux soins médicaux qui doivent être prodigués par celles-ci.

Bien que la formation reste un atout pour l'embauche des AFS, certains candidats ne possédant pas la formation en assistance familiale et sociale aux personnes à domicile peuvent tout de même être embauchés. L'embauche des personnes sans formation se fait principalement dans le secteur privé et de l'économie sociale. L'expérience dans les soins aux personnes et dans l'entretien ménager peut parfois suffire. Selon les données du rapport d'analyse de la situation de travail des auxiliaires familiales et sociales, il est arrivé à plusieurs reprises dans le secteur public que certains candidats possédant une expérience pertinente jumelée avec une formation en PDSB ou une formation de préposée aux bénéficiaires ont pu occuper le poste d'auxiliaire familiale et sociale (MELS, 2005 : 11).

Depuis quelques années, la formation en assistance familiale et sociale à domicile semble de plus en plus boudée au profit de certaines autres formations. C'est dans ce contexte de pénurie que le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé au ministère de l'Éducation du loisir et du sport d'abaisser certains critères d'admission à la formation. En effet, il est maintenant possible, et ce, depuis 2008 d'accéder à cette formation à la fin du secondaire 3 au lieu du secondaire 5 autrefois exigé. Selon la représentante de l'association des auxiliaires familiales et sociales du Québec, ces nouvelles exigences causent plusieurs problèmes en termes de reconnaissance de la valeur du diplôme ainsi que du métier d'auxiliaire familiale et sociale (Roy, 2010).

2.1.4 Salaire et main d'œuvre

Du point de vue salarial, le revenu moyen est plus bas que dans le secteur public et ces conditions de travail modestes pourraient expliquer le fort roulement de personnel

à travers ces deux secteurs (Service Canada, avril 2011). Selon des données datant de 2008, il y avait un total de 17 000 aides familiaux/aides familiales, aides de maintien à domicile et personnel assimilé au Québec (Emploi Québec, 2008).

Les personnes à l'intérieur de cette profession sont majoritairement des femmes (87 %) et la tranche d'âge la plus importante occupant ces emplois est celle des 45 ans et plus (57 %). Seulement 8 % de cette main-d'œuvre se trouve dans la catégorie d'âge 18 à 24 ans. De plus, plus de 36 % de ces travailleurs occupent un poste à temps partiel comparativement à 19 % pour l'ensemble des professions au Québec. Le métier d'auxiliaire familiale peut sembler moins attrayant pour les jeunes. Il existe par la suite une division entre les auxiliaires travaillant dans les CLSC et celles travaillant pour les agences privées et pour les entreprises d'économie sociale en terme de salaire et de conditions de travail.

2.2 Revue de littérature sur les travaux portant sur les auxiliaires familiales et sociales au Québec

L'étude de Bourque (1992), a permis de retracer, non seulement l'évolution de la profession depuis ses débuts et jusqu'à la fin des années 1980, mais aussi de relater les différentes difficultés à faire reconnaître le travail d'auxiliaire familiale et sociale comme un métier. Selon Bourque, plusieurs facteurs ont entravé le processus de professionnalisation et de reconnaissance du travail à cette époque. Selon elle, les plus grands obstacles ont été l'assimilation du rôle et de la fonction des auxiliaires familiales à la domesticité et la difficulté à donner à la profession sa spécificité sociale permettant la pleine reconnaissance de ce statut professionnel (Bourque 1992 : 24). L'étude de Bourque tente de démontrer la difficulté de la reconnaissance d'une profession dont l'exercice s'enracine dans le champ de la domesticité. Elle se demande alors quels sont les facteurs qui influent sur la démarche de la professionnalisation des auxiliaires de cette

époque. Elle dénote que les différents acquis des auxiliaires des années 1970 sont mis en danger dès 1984. La crise de l'État-Providence a créé une dualisation du marché et de ce fait un mouvement de déprofessionnalisation du métier d'auxiliaire. Elle en arrive à la conclusion que les auxiliaires ont réussi à se défaire partiellement de la fonction de maternage en s'occupant davantage d'une clientèle dont les besoins sont davantage curatifs. Par contre, cette évolution a eu un effet pervers. En effet, Bourque réalise que la tendance à la concentration des auxiliaires du côté curatif a occulté le volet social de la profession. C'est ce volet social qui avait permis aux auxiliaires de prendre une distance avec la domesticité et de prétendre à un statut professionnel (Bourque, 1992 : 176). Elles sont alors ramenées à un statut de préposés au ménage et aux soins quotidiens des malades. De plus, la difficulté à répondre aux critères d'une profession et de faire la preuve d'un certain nombre de connaissances théoriques par rapport à des besoins développés par une formation précise, rend difficile la reconnaissance du statut professionnel et renvoi les compétences des auxiliaires aux qualités naturelles des femmes. Selon Bourque, il serait important de prendre en considération le potentiel au niveau social et éducatif des auxiliaires. Les défis sont donc majeurs pour ce groupe de travailleuses. Bourque en vient à la conclusion qu'elles doivent éviter la disparition des tâches domestiques malgré le fait qu'elles les pénalisent au niveau de la reconnaissance professionnelle. Elles doivent par la suite, réintégrer les volets de la prévention sociale et de l'éducation pour ensuite, développer des alliances afin que les revendications à une formation pertinente et à un statut professionnel puissent être mises de l'avant de façon fructueuse.

Quelques années plus tard, Cognet et plusieurs collaborateurs (Cognet, 2000; Cognet et Raigneau, 2002; Cognet et Fortin, 2003) se sont penchés sur les concepts d'identité, du genre et de l'ethnicité en lien avec le métier d'auxiliaire familiale et sociale en CLSC. Dans son étude sur les territoires de travail et les enjeux identitaires chez les auxiliaires familiaux des Centres locaux de services communautaires, elle examine les pratiques professionnelles et la dynamique des relations à l'intérieur de deux contextes de travail : en CLSC et au domicile du client. Ces deux contextes de travail, qu'elle nomme des territoires, sont deux endroits distincts où les compétences requises ne sont pas les mêmes. Le premier territoire est le domicile du client. Les AFS y passent la majeure partie de leur temps de travail. Elles doivent aider concrètement le client et les tâches changent en fonction des besoins de celui-ci (Cognet, 2000 : 4). Bien que ce territoire peut être le lieu de tension, de négociation et de surinvestissement, Cognet dénote qu'il est perçu généralement par les AFS de cette étude comme étant un espace d'autonomie et de reconnaissance. Le deuxième territoire est celui du CLSC. Elle définit cet espace comme en étant un de tension, car les risques de conflits dus aux tensions interindividuelles ou interprofessionnelles sont plus vives (Cognet, 2000 : 6). Cognet remarque que l'institution tend à ne pas attribuer beaucoup de pouvoir et d'espace lors des échanges avec les autres professionnels. Par contre, certaines AFS ont tout de moins constaté que l'augmentation du temps passé en CLSC permettait d'améliorer leurs relations socioprofessionnelles et leur contact. Elle conclut que la fragilité sur le plan identitaire des AFS est un poids plus important dans leur charge psychologique au travail. Une des pistes de solution envisagée est de créer une homogénéité sur le plan de la

formation théorique et celui des positions vis-à-vis des institutions afin de permettre des investissements identitaires de meilleure qualité (Cognet, 2000 : 10).

D'autres études de Cognet ont tenté de démontrer comment le genre et l'ethnicité interviennent dans la division du travail de la santé. L'organisation du travail de la santé se caractérise, selon Cognet, par l'importance du partage et de la lutte aux compétences.

« Dans ces luttes ou, plus exactement, cette compétition aux compétences, la légitimité à s'approprier celles-ci ou à l'inverse à déléguer celles-là, s'appuie surtout sur un système de références qui met en scène divers types d'appartenance : professionnelle ou disciplinaire, organisationnelle, mais aussi de genre ou/et d'ethnicité. Ces appartenances mises en jeu le sont parfois explicitement parfois implicitement, mais toujours de façon croisée. » (Cognet et Raigneau, 2002 : 25)

Cognet dénote qu'au Québec, l'accès aux emplois à l'intérieur des organisations de la santé se distribue différemment entre les hommes et les femmes comme entre les nationaux et les étrangers. L'étude effectuée auprès de 181 individus travaillant dans les équipes de soutien à domicile à l'intérieur de trois CLSC et trois agences privées de la région de Montréal a permis de dégager deux constats. D'une part, la délégation en santé prend place à l'intérieur d'un triple rapport de domination impliquant le genre, le statut migratoire et l'origine ethnique. Le rapport de domination entre les hommes et les femmes se fait dans les zones de partage des professions et des actes de soins tandis que les deux autres rapports de domination s'exerceraient dans la dualité public-privé. Une majorité des AFS dans l'étude était des femmes et presque la moitié était d'origine immigrante. Ce sont les actes moins prestigieux et dévalués qui sont délégués à ces professionnelles subalternes. L'enjeu des AFS réside, selon Cognet, dans la tentative de gagner leur indépendance face aux infirmières et dans l'obtention d'une meilleure

reconnaissance par l'appropriation d'actes. Le partage des tâches entre les infirmières et les AFS se dessinent derrière une bataille entre le « nursing » et le « care ». Selon Cognet, les infirmières ont pu profiter des différents débats sur les actes professionnels pour se réserver un territoire propre relevant du « nursing ». Les AFS n'auraient alors hérité que des tâches moins nobles et moins prestigieuses que les infirmières ne voulaient plus pratiquer. D'autre part, le recours aux immigrants afin de combler les besoins éprouvés dans le secteur sanitaire surtout au niveau des agences privées se fait dans une perspective de réduction des coûts. Les conditions de travail et les conditions salariales ne sont pas les mêmes dans les deux secteurs. Cette particularité vient créer des situations de travail différenciées où le travail effectué n'a pas la même valeur.

Sous un autre registre, Cloutier et al. (2006) ont effectué quelques recherches sur les AFS et les infirmières des services de soins et de maintien à domicile. Ils se sont penchés principalement sur le rôle de l'organisation du travail des services de soins à domicile comme soutien à l'élaboration de stratégies protectrices du travail des AFS et des infirmières. Dans une étude exploratoire menée quelques années auparavant, Cloutier avait remarqué que les emplois d'auxiliaire présentaient des risques importants pour la santé et sécurité au travail, autant au niveau physique que psychologique. L'analyse fine de l'activité de travail par ces chercheurs a par la suite révélé l'existence de stratégies protectrices qui viseraient la préservation de leur santé physique et psychologique. Ces stratégies se développeraient avec l'expérience du milieu. Elles sont classifiées en six groupes selon leur objectif principal : la réduction des contraintes posturales, la réduction des risques d'incident, la réduction de la charge de travail et des contraintes temporelles, l'amélioration de la circulation d'information et de la qualité relationnelle et la réduction

de la pression reliée au travail (Cloutier et al, 2006 : 61). Ils en viennent à la conclusion que les CLSC doivent créer et préserver une organisation du travail et des espaces de discussions pour les AFS afin de prendre en compte le travail réel de celles-ci. Ces résultats ont permis d'alimenter des réflexions et d'élaborer des pistes d'amélioration d'organisation du travail avec les CLSC concernés.

Plus récemment, Boivin et Pinard (2007) ont abordé la question des travailleuses à domicile au Québec. Elles font l'évolution du métier d'auxiliaire depuis les années 1970 en tentant de comprendre comment les modalités d'organisation des services d'aide à domicile et de l'emploi agissent sur les conditions de travail, l'accès aux droits sociaux et à la capacité d'action collective des travailleuses (Boivin et Pinard, 2007 : 34). Elles constatent que les AFS n'ont pas réussi à faire reconnaître leur profession comme les infirmières et les infirmières auxiliaires l'ont faite. Malgré plusieurs efforts de stratégies de reconnaissance professionnelle afin de restreindre l'accès à la profession et de maintenir sa qualification par l'enrichissement de leurs tâches, les réorganisations profondes qui ont lieu dans les années 1990 autant à l'interne qu'à l'externe ont eu raison de ces efforts. De plus, la division entre les travailleuses du secteur public et celle des autres fournisseurs de service constitue une entrave dans la capacité de reconstruction d'un pouvoir collectif. La reconstruction de leur capacité collective permettrait selon Boivin et Pinard de contrer certains effets des réorganisations en cours. Elles mettent également en lumière l'objectif de dépasser la concurrence organisée entre ces travailleuses et la nécessité de créer un espace commun et de projets partagés malgré la division entre les catégories des fournisseurs de services.

Toutes ces études dénotent la difficulté des auxiliaires à faire reconnaître, et ce à travers le temps, le métier d'auxiliaire familiale et sociale comme étant une profession à part entière. Les difficultés sont nombreuses et les défis sont énormes. La crise de l'État-Providence dans les années 1980 a eu un impact majeur sur les acquis des années 1970 comme le démontre Bourque (1992). Au fil des études présentées dans le cadre de cette brève revue de littérature, la reconnaissance de la profession et d'un savoir-faire spécifique nécessitant une formation font partis de la trame des différentes études présentées. Le partage des tâches entre professionnels et la division du travail dans le secteur public/privé semblent remettre en cause les compétences exclusives des auxiliaires et semblent avoir comme trame de fond des questions de genre et d'ethnicité (Cognet et Fortin, 2003). La question de l'autonomie et de l'identité des auxiliaires et de leur capacité collective sont aussi des éléments déterminants dans la constitution d'une profession.

Le prochain chapitre tentera d'élaborer un cadre conceptuel permettant de saisir ces particularités et d'élaborer une problématique part rapport à l'évaluation du rôle et des tâches pour ensuite développer une question de recherche en lien avec ces préoccupations.

Chapitre 3 : Cadre conceptuel et problématique de recherche

Les transformations en cours en ce qui a trait aux tâches et aux conditions d'exercice du métier d'AFS, s'inscrivent à l'intérieur d'une réorganisation globale des soins de santé au Québec (David et al, 1999). De multiples réformes se sont succédées et ont eu des conséquences sur l'organisation du travail autant à l'intérieur du secteur public que dans le secteur privé. Un partage des tâches s'est aussi effectué parmi les professionnels et les non professionnels de la santé. L'étude de l'évolution des pratiques professionnelles des AFS en CLSC nécessite la mise en liens d'une série de concepts sociologiques se rattachant aux questions de qualification du travail, de la reconnaissance au travail, du travail de soins, de division du travail jumelés à la question des rapports sociaux de sexe. Cela permettra un meilleur éclairage par rapport à la question de recherche. Ces concepts seront ensuite repris afin d'analyser les différents entretiens effectués dans le cadre de ce mémoire.

Déqualification du travail du métier d'AFS

L'État, à travers ses différentes politiques, peut participer à un processus de structuration du marché du travail en créant un marché externe proposant des emplois similaires à celui du secteur public. Les différentes politiques de maintien à domicile établies par le gouvernement n'ont pas eu les ressources humaines et financières suffisantes afin de répondre aux demandes en termes de services et de soins. (Cloutier et Van Daele, 2011). Selon Cognet (2003), les différentes réformes de la santé ont mené à l'externalisation d'un certain nombre de soins et de services. Ces réformes ont eu comme conséquence de créer un marché secondaire, n'ayant pas les mêmes exigences en termes de conditions d'emploi et de formation. Ce marché secondaire, composé d'agences de

placement et d'entreprises d'économie sociale, offre des services similaires au secteur public, mais à coût moindre. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes travaillant pour ces entreprises n'ont pas la même formation que celle dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces préposés à domicile font de plus en plus les mêmes tâches que les AFS en CLSC. Selon Boivin et Pinard (2007), cette situation vient déqualifier en partie le travail des auxiliaires familiales et sociales en CLSC puisque le même travail peut être effectué par des préposés à domicile n'ayant pas le même niveau de formation. Cette déqualification s'explique, selon Gauvreau (2009) par la naturalisation de certaines tâches de travail effectuées par ces travailleuses. Le travail de soins effectué par ces travailleuses et les compétences requises dans ce travail seraient socialement naturalisés.

Selon Braverman (1976), le processus de déqualification du travail peut aussi avoir lieu lorsque le travailleur se fait enlever toute tâche de conception pour ne lui laisser que l'exécution de son travail. Le travailleur subirait une perte de contrôle sur son procès de travail. Cette perte d'autonomie le laisserait à l'intérieur d'un travail déjà pensé pour lui et où il n'a pas de contrôle.

La reconnaissance du métier d'AFS

La reconnaissance du travail semble être un enjeu important lorsque l'on parle de la transformation du métier d'AFS. En effet, le manque de reconnaissance du travail des AFS peut être directement relié à la nature de celui-ci. Selon Saillant (1991), le travail de soin et d'aide à domicile semble être une continuité des tâches domestiques. Le travail relationnel effectué aussi par les AFS peut être vu, par certains, comme inhérent à la nature féminine et ne demandant pas de qualification quelconque. L'enjeu des

compétences et des qualifications dans le travail relationnel est donc directement relié aux enjeux de savoirs et de représentations sociales. Selon Dussuet (2002) :

« l'analyse du contenu concret en travail de ces emplois fait apparaître une grande variabilité des tâches effectuées [...] les femmes qui interviennent au domicile des particuliers ont en commun d'accomplir des tâches qui se substituent à celles effectuées habituellement gratuitement par les femmes en tant que filles, épouses et (ou) mères. Cela explique que la qualification reconnue de ces emplois est nulle, tant le travail domestique gratuit est perçu comme non qualifié. » (Dussuet, 2002 :149)

La division du travail

Hughes et ses étudiants se sont intéressés à la division du travail. Afin de prendre en compte les effets de la stratification sociale, Hughes fait une distinction entre la division technique du travail et la division morale du travail (Champy, 2009). Le premier repose sur les compétences et sur la maîtrise de savoirs et de savoir-faire afin d'accomplir certaines tâches spécialisées. La division morale du travail renvoie plutôt à une répartition des tâches en fonction de leur inégale désirabilité. Selon Hughes, le travail professionnel comprend un ensemble de tâches, dont certaines peuvent être considérées comme peu agréables. Hughes appelle ces tâches le « sale boulot ». Certains métiers tendraient alors à améliorer leur sort en déléguant des tâches moins nobles à des métiers en dessous d'eux dans la division du travail (Champy, 2009). La définition des tâches est en évolution constante et se construit à travers les interactions avec les autres groupes professionnels.

« [...] C'est le cas par exemple des infirmières qui, d'un côté, obtiennent de nouvelles tâches que les médecins abandonnent et, de l'autre, en cèdent aux aides-soignantes, qui elles-mêmes en abandonnent au personnel de service qui n'a pas de contact direct avec les malades. Et les médecins qui prennent eux-mêmes en charge des tâches considérées

comme du sale boulot occupent des positions particulièrement peu prestigieuses au sein de la profession. » (Champy, 2009 :56)

La délégation de certaines tâches semble nécessaire afin de préserver l'agrément de la pratique et le prestige relié à l'exercice de la profession. Hughes utilise aussi deux autres notions afin de comprendre la division du travail. La licence et le mandat permettent une exclusivité et une autonomie leur permettant une reconnaissance des compétences et du champ d'expertise.

La division sexuelle du travail

La division sexuelle du travail est un des enjeux à prendre en compte dans le but de bien saisir les difficultés dans la reconnaissance du métier d'AFS. Les tâches de la vie quotidienne, les tâches de la vie domestique ainsi que le travail de soin sont étroitement reliés à ce concept. Selon Kergoat (2000), le concept de la division sexuelle du travail a deux principes. Le premier renvoie au principe de séparation. Cela implique donc qu'il y a des travaux et des tâches de femmes et d'hommes. Le deuxième est un principe hiérarchique où le travail d'homme vaut plus que le travail de femme. Le manque de valorisation du travail des femmes viendrait en partie du fait qu'il a été traditionnellement effectué à la maison. Selon Daune-Richard et Devreux (1992), la division sexuelle du travail assigne aux hommes comme aux femmes leur place dans la famille et dans la production. Leur analyse du travail des femmes, a permis de constater que les femmes, de par leur nature, sont plus aptes à prendre soin d'autrui. Le rôle de la socialisation des jeunes femmes afin de veiller aux tâches familiales et domestiques, renforce et favorise l'attitude soignante des femmes (Saillant, 1992).

Selon Angeloff (2008), les emplois de services et d'aide à domicile sont avant tout des métiers de femmes. Ces emplois ont une double origine : domestique et sociale. L'émergence de ces types d'emploi est vue, selon Dussuet (2002), comme une externalisation du travail domestique. Puisque le travail domestique est habituellement effectué gratuitement par les femmes en tant que filles, épouses ou mères, la question de la reconnaissance d'une qualification peut poser problème. De par leurs qualités naturelles, les femmes seraient alors vouées à un maternage élargi (Juteau et Laurin, 1988). En définitive, ce qui était effectués gratuitement par les femmes du foyer sont maintenant en parti effectués par une personne étrangère à la famille. Par contre, la professionnalisation des tâches domestiques ont permis la création de plusieurs types de services rémunérés. Cependant, Guillaumin (1978) note que la tierce personne qui effectue ce type de travail est presque toujours une femme. La question des compétences professionnelles reliées à ce travail se pose encore (Ennuyer, 2003).

La construction d'une identité sociale et professionnelle basée sur des compétences et des savoirs-faires relationnels et techniques permettraient une meilleure reconnaissance du travail des AFS. Selon Cloutier et Van Daele (2011), au-delà de l'aspect technique du travail, il faut que l'aspect relationnel soit officiellement reconnu en tant que composantes réelles exigeant du temps, pour que le travail des AFS soit reconnu en entier. Selon Lichtenberger (1999), il peut être difficile de cerner la notion de compétence puisque le travail réel est constitué de qualifications qui ne sont pas nécessairement technique et où les recompositions personnelles sont plurielles et dépendent de facteurs imprévisibles.

Décomposition/Recomposition du métier

Le métier d'AFS serait en train de connaître un double mouvement de décomposition/recomposition du métier. D'une part selon Cloutier & Van Daele (2011), le métier s'appauvrit en éliminant ou en réduisant des tâches non spécialisées de type domestique ou d'accompagnement et d'autres parts, une certaine qualification se développe avec l'exécution d'actes auparavant réservés à certains autres professionnels de la santé. Selon ces auteurs, cette délégation d'actes tend à augmenter l'aspect technique du travail au détriment des aspects relationnels (Cloutier et Van Daele, 2011). Il est alors à se demander si l'augmentation des aspects techniques du travail des AFS constitue un pas significatif vers la reconnaissance et la professionnalisation du métier.

La spécificité du travail de soins

La relation de soins développée à l'intérieur des services à domicile contient certaines particularités, car elle se développe chez le domicile du patient. Selon Saillant (1999), les soins constituent un ensemble de pratiques, de savoirs, de symboles, de comportements d'aide déployés lors de l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps-esprits selon des périodes plus ou moins longues. Les soins ne sont pas limités à l'action, mais aussi par le contexte de l'action à travers un rapport social. Les soins s'effectuent donc dans un univers relationnel où la négociation peut être un préalable à l'administration du soin et où la confusion est facile et fréquente entre les soins formels et les soins informels. Puisque le travail à domicile constitue le plus souvent un travail d'équipe ou plusieurs AFS et autres professionnels de la santé interviennent auprès des mêmes clients, une coordination et une délimitation précise des tâches sont importantes

afin que les demandes ne dépassent pas la mission des différents intervenants (Cloutier et Van Daele, 2011). Dans le cas des AFS, les représentations de leur rôle et de leur travail peuvent causer certaines ambiguïtés dans les tâches à effectuer. Cognet et Fortin (2003) dénotent dans leur enquête que certaines AFS sont parfois confondues pour des « servantes » ou une « femme de ménage ». Pour certaines, cette confusion amène une sensation de non-reconnaissance de leur statut, de leurs missions et de leurs tâches. Le dépassement des services sous forme de tâches non prévues, semble, selon Cognet (2002), un des moyens parfois utilisés par les AFS afin d'établir une relation positive avec les clients permettant une meilleure intervention auprès de ceux-ci. Selon Cloutier et Van Daele (2011), le développement d'habiletés relationnelles est nécessaire « pour que réussissent les subtiles négociations pour amener les clients à collaborer aux soins, dans le cadre de plusieurs contraintes. » Ce serait avant tout l'expérience pratique du métier qui permettrait de développer ce type de compétences qui protégerait les AFS en matière de santé et sécurité au travail (SST). Cloutier et Van Daele (2011) suggèrent plusieurs pistes de bonnes pratiques organisationnelles dans les services à domicile peuvent être privilégiées afin d'établir une bonne relation de soins. La définition du rôle de l'intervenant et des tâches à effectuer constitue des éléments centraux. Elles dénotent que certains liens affectifs qui se tissent à l'intérieur de la relation de soins rendent difficile le refus de certaines demandes des clients. Pour éviter des situations de conflit de rôle, il est nécessaire de définir les tâches permises et les tâches interdites à l'intérieur d'un certain contrat avec le client. De plus, puisque le domicile est un lieu de vie qui n'offre pas toujours les conditions propices à l'intervention, il est aussi nécessaire d'aménager

l'environnement de travail, à l'intérieur des salles de bains par exemple, afin de réduire les problèmes de SST liés à l'environnement de travail (Cloutier et Van Daele, 2011).

La recherche : sa pertinence

Les différents éléments abordés à l'intérieur du cadre conceptuel ainsi que dans les précédents chapitres, ont permis de mettre en lumière les différents enjeux reliés à l'évolution des pratiques professionnelles des AFS depuis les années 1970.

Comme il a été possible de constater, la difficile reconnaissance du travail de soins est intimement liée à la déqualification de ce type de travail. Les questions de division sexuelle du travail ainsi que la nature des tâches effectuées sont en liens avec ces difficultés. Le processus de décomposition/recomposition du métier d'auxiliaire familiale et sociale en CLSC devrait a priori permettre une meilleure reconnaissance du métier, car elles sont amenées à effectuer des tâches de plus en plus spécialisées et de moins en moins des tâches domestiques. Par contre, les différentes configurations des offres de services pour effectuer certains services ont amené la délégation de ces tâches dites spécialisées. Qu'en est-il réellement dans le quotidien des AFS?

Depuis l'étude de Bourque (1992), aucune étude n'a abordé la question de la professionnalisation du métier d'AFS. Plusieurs études, comme il a été possible de voir, ont abordé différents aspects du métier. Bien que le but premier de ce mémoire était de s'interroger sur la professionnalisation, certaines difficultés en termes de recrutement et d'organisation n'ont pas permis d'aller de l'avant avec cette question. Il est tout de même pertinent de s'interroger sur les transformations du métier et de l'évolution des pratiques professionnelles des AFS.

Dans le cadre de cette recherche, nous allons nous poser la question suivante :

Quel est l'impact de l'évolution du rôle et des tâches des auxiliaires familiales et sociales en CLSC sur leurs pratiques professionnelles?

Le but de ce mémoire sera de s'interroger sur les différents aspects qui ont mené à des changements à l'intérieur des pratiques professionnelles des AFS en CLSC. L'évolution des rôles et des tâches des AFS est due, selon nous, à une multitude de facteurs qui ont été présentés précédemment. Le processus de recomposition du travail, qui semble s'effectuer dans le cas des AFS et de plusieurs autres professionnels de la santé, est en liens avec la nature du travail, du savoir-faire nécessaire à l'exécution du métier et peut aussi être orienté par les différentes politiques publiques. Afin de répondre à cette question, nous interrogerons des AFS sur l'évolution de leurs pratiques professionnelles. L'étude de leur parcours et de l'évolution de leur métier, nous permettra de bien saisir la réalité du quotidien.

Chapitre 4 Méthodologie

Dans ce chapitre, nous allons exposer, en premier lieu, les principes méthodologiques de la tradition interactionniste qui ont permis la réalisation de ce mémoire. Par la suite, nous verrons comment le guide d'entretien et les entretiens ont été réalisés.

4.1 Principes méthodologiques

Le regard interactionniste considère le monde social comme « une entité processuelle, en composition et recomposition continues à travers les interactions entre acteurs, les interprétations croisées qui organisent ces échanges et les ajustements qui en résultent » (Morrissette et al, 2011 : 1). Ce regard permet non seulement de prendre en compte le point de vue des acteurs, mais aussi de croiser ces points de vue entre eux. C'est pour cette raison que nous considérons ce regard comme étant le plus propice à la compréhension de l'évolution des pratiques professionnelles des AFS. Un des principes de base de l'approche développée par Hughes sur l'analyse des groupes professionnels postule qu'interroger un métier, c'est se questionner sur l'organisation dans laquelle il prend place et étudier la division du travail dans laquelle il s'inscrit. Il peut sembler alors important de considérer l'ensemble des activités nécessaires à l'accomplissement du travail et les différents groupes professionnels qui les accomplissent afin de bien comprendre les processus en cours (Dubar et Tripier, 2005).

Selon la sociologie interactionniste des groupes professionnels, la personne elle-même est la mieux placée pour décrire et analyser son activité de travail. C'est à partir de l'entretien de recherche de type biographique qu'il est possible de resituer une activité professionnelle dans une dynamique temporelle. Cette dynamique temporelle permet de reconstituer l'entrée dans le métier ou l'emploi, le déroulement de l'activité, les

bifurcations, les anticipations et les réussites et les échecs. Cependant, ce point de vue n'est pas suffisant. Il doit être articulé avec le fait que toute activité est relationnelle et interactive.

C'est sur ces assises que ce projet de recherche prend forme. L'analyse de l'évolution du rôle et des tâches sur les pratiques des AFS permettra de comprendre les différents processus à l'œuvre, particulièrement au niveau de la monopolisation des actes de travail et autour de la recomposition de la division du travail. Ces transformations se font dans un contexte où, la demande pour les soins à domicile est en constante augmentation et une pluralité d'acteurs sont maintenant en jeu et en concurrence les uns avec les autres, puisque le secteur public ne semble plus pouvoir fournir à la demande. Ces transformations se font aussi dans un contexte où les tâches et les fonctions des différents groupes professionnels dans le système de santé se renouvellent et se transforment à travers le partage des compétences. L'analyse de la perception des AFS sur l'évolution de leurs pratiques professionnelles, permettra de mettre à jour leur situation de travail.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes penchés sur plusieurs aspects du travail des AFS. Le premier est la compréhension de l'évolution des pratiques à partir d'entrevues semi-dirigées effectuées avec des AFS. Le deuxième aspect de cette recherche consistait à voir comment l'évolution de ces pratiques a eu un impact sur leur travail au quotidien. Pour le terrain de recherche, nous avons voulu mettre l'emphase sur des entrevues semi-dirigées avec des AFS de trois villes différentes du Québec. Deux de ces villes sont des grandes villes tandis que la troisième est de taille moyenne et est située plus au nord du Québec. Huit entrevues semi-dirigées ont été effectuées afin de mettre à jour les pratiques actuelles des AFS à partir de leur parcours professionnel. Nous sommes

partis du constat de la sociologie interactionniste stipulant que la personne elle-même est la mieux placée pour décrire et analyser son activité de travail (Morrisette, 2011). La reconstitution par les AFS de leur activité de travail a donc permis de situer leurs pratiques dans une dynamique temporelle. La première question posée lors de l'entrevue était : « Pouvez-vous me raconter votre dernier quart de travail? » Cette première question, assez large, constituait une porte d'entrée sur la pratique de l'AFS. Non seulement cette question permettait de décrire certaines pratiques, mais elle permettait aussi la description de lieu, de personnes et d'intervenants venant moduler les pratiques des AFS. Par la suite, il était possible de revenir sur certains éléments plus spécifiques concernant les tâches de travail et le contexte dans lequel elles sont effectuées. L'entrevue portait par la suite sur les tâches de travail effectuées au début de la pratique. Ayant exposé les tâches effectuées au début de la pratique de l'AFS et les pratiques actuelles en vigueur, il était plus évident pour l'AFS d'expliquer les changements qui se sont déroulés entre ces deux périodes pouvant expliquer ces différences.

4.2.1 Constitution de l'échantillon

Afin de recruter les AFS, nous avons en premier lieu rencontré la représentante de la région de Québec de l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec. Cette première rencontre a permis de trouver une façon de recruter les AFS. La représentante de la région de Québec nous a alors mis en lien avec des AFS de différentes régions. Cependant, seulement deux personnes ont accepté d'effectuer ces entrevues. Vu l'échec de cette méthode de recrutement, la représentante de la région de Québec de l'Association des auxiliaires familiales et sociales, nous a mis en lien avec des responsables du soutien à domicile de certains CSSS des trois régions. Cette mise en lien

a permis le recrutement des participants manquants pour effectuer les entrevues. Ces difficultés de recrutement au sein des AFS ne peuvent pas être sans conséquence en vue de l'interprétation des résultats. En effet, nous avons espéré passer à l'extérieur des CSSS afin de recruter les AFS. Nous voulions ainsi éliminer le risque que les AFS se sentent contraintes et aient peur de représailles par rapport à leur employeur.

Le recrutement des participants s'est fait sur une base volontaire. Par contre, certains critères de sélection devaient être respectés afin de pouvoir effectuer les entrevues. Ces critères étaient : 1) avoir un minimum de 10 ans d'expérience comme AFS; 2) travailler en CLSC; 3) travailler dans l'une des trois régions sélectionnées. Huit participants ont donc été recrutés. Sur les huit personnes, sept sont des femmes. L'échantillon n'a pas l'étendue souhaitée au départ. La difficulté de recrutement et le refus de certains participants ont sans doute été les éléments qui n'ont pas permis une très grande participation.

Bien que le nombre d'entrevues puisse sembler faible d'un point de vue statistique, il peut toutefois convenir. Selon Hamel (2000), l'échantillon n'est pas seulement une affaire de nombre : « L'échantillon s'inscrit parfaitement dans cette voie consistant à représenter concrètement la réalité en vue de l'introduire dans une connaissance par concepts qui la convertira sous une forme indépendante de sa propre nature (Hamel 2000; 14-15). » Dans ce cas, la représentativité sociologique n'est pas une question de nombre, mais plutôt une question de représenter adéquatement l'objet d'étude.

4.2.2 Guide d'entretien et déroulement des entrevues

Le guide d'entretien a été construit afin de pouvoir reconstituer les pratiques actuelles et celles au début de la pratique des AFS. Quatre thèmes ont été abordés : 1) la tâche actuelle de travail; 2) le début de la pratique; 3) les changements dans la pratique et 4) expériences antérieures et formation. Ces quatre thèmes étaient introduits par une question générale permettant à l'AFS d'orienter ses propos. Cependant, chacune des questions restait assez large afin de permettre à l'AFS de pouvoir parler de sa pratique de façon ouverte et spontanée. Des points de repère étaient explicités dans le guide d'entretien afin de pouvoir s'assurer que certains aspects précis de la question avaient été abordés.

Les entrevues ont été effectuées à l'endroit que l'AFS le désirait. Le but était de mettre l'AFS à son aise afin qu'elle puisse s'ouvrir et répondre aux questions sans se sentir contrainte dans l'espace. La durée des entrevues varie entre 40 minutes et 70 minutes. Une période d'explication de l'objet de recherche avait précédé l'entrevue. L'explication de l'objet de recherche a permis de mettre l'AFS au courant des objectifs de la recherche, de créer un climat de confiance et aussi a permis la signature du formulaire de consentement.

4.2.3 Traitement et analyse des données

Le traitement et l'analyse des données ont été effectués de façon inductive à l'aide de l'analyse thématique de discours. Le type de démarche utilisé est la thématisation séquenciée. La thématisation séquenciée consiste à effectuer une préanalyse de quelques entretiens. La grille d'analyse résultant de cet exercice contient alors un ensemble de thèmes et de catégories permettant ensuite l'analyse de la totalité du corpus (Paillé et Mucchielli, 2008). De ce fait, l'analyse a été menée en deux temps. En premier lieu, deux

des entretiens ont été choisis afin de faire ressortir certains éléments du travail des AFS. Nous avons donc exposé leur journée de travail pour ensuite procéder à l'identification de certains thèmes portant sur l'évolution de leurs pratiques professionnelles. Nous sommes partis des propos des AFS afin de construire des thèmes propres à leur vocabulaire. Nous voulions de cette façon, éviter d'imposer des termes et des concepts ne reflétant pas la réalité des AFS étudiées. La tâche première de l'analyse thématique est une fonction de repérage où le but premier est de relever les termes pertinents à la question de recherche (Paillé et Mucchielli, 2008). Les thèmes observés ont été repris afin d'analyser les six autres entretiens et de faire ressortir quelques convergences et divergences entre eux. Cette étape correspond à la deuxième fonction et concerne la capacité de documenter l'importance de certains thèmes et de relever des récurrences et des regroupements. Nous sommes quand même restés ouverts à la possibilité d'ajouter d'autres thèmes en cours d'analyse afin d'enrichir les données et de mieux saisir l'évolution des pratiques des AFS.

Chapitre 5 Changements dans la pratique et préoccupations

Ce chapitre a pour but de présenter les différentes observations obtenues grâce aux entretiens réalisés avec les AFS. Nous présenterons en premier lieu deux cas dans leur ensemble. Les cas de Céline et de Manon seront mis en scène dans le but de bien comprendre le déroulement d'une journée de travail d'une AFS, mais aussi de donner une description du quotidien dans lequel ces tâches s'inscrivent et permettre ainsi un point de départ pouvant éclairer la question de recherche initiale. Dans un deuxième temps, à partir des éléments recueillis avec les deux entretiens de départ, la présentation des six autres entretiens permettra de mettre à jour l'évolution des pratiques professionnelles des auxiliaires familiales et sociales à l'aide des catégories répertoriées suite à l'exposition des cas de Céline et Manon.

5.1 Présentation d'un premier cas

Le premier cas exposé est une AFS que nous appellerons Céline et qui travaille en CLSC depuis 1995 dans un grand centre urbain. Elle est présentement en préretraite et travaille trois jours par semaine. Lorsqu'elle parle de son travail, Céline fait référence à plusieurs dimensions. Les éléments revenant le plus souvent tournent surtout autour de la nécessité d'établir une relation de confiance et de l'adaptation face aux différentes situations de travail. Elle a aussi plusieurs idées face aux raisons des changements sur sa pratique.

Lorsqu'elle nous fait part de sa dernière journée de travail, Céline raconte qu'elle a donné trois soins d'hygiène le matin et deux l'après-midi pour ensuite revenir au CLSC pour effectuer des fonctions administratives. Lorsqu'elle parle de son travail, elle le fait en décrivant non seulement les tâches qu'elle doit accomplir chez les clients, mais aussi en

donnant une brève description de l'état de santé physique et psychologique de ceux-ci. La description de l'état de la personne semble expliquer les raisons de sa venue chez lui.

*« J'ai commencé avec une personne qui est physiquement très très très atteinte et diminuée. Elle est en chaise roulante électrique et on va la lever à deux le matin. »
AFS6*

Le travail en équipe semble être rare dans le cas de Céline. Il se produit habituellement lorsque la clientèle est considérée comme trop lourde soit physiquement ou psychologiquement. D'un point de vue physique, le travail à deux AFS permet de faciliter le lever et les déplacements du client. Cela permet aussi de réduire considérablement le temps de travail et même de protéger l'autre AFS lors du soin lors de certains cas problématiques.

Les soins donnés à cette première cliente ont été le lever, le bain et l'habillement. La deuxième cliente, se trouvant sur son horaire, était relativement loin en termes de kilométrage, soit environ 19 kilomètres. C'est une personne qu'elle rencontre habituellement afin de lui faire une toilette partielle, lui changer son pansement et ensuite lui donner son petit déjeuner. Elle décrit la dame comme une dame allant très bien et qui a le soutien de son fils et de sa fille. Pendant le soin, le chien de la dame est attaché près d'une porte afin de ne pas être « dans ses jambes ». La troisième clientèle rencontrée est aussi à 19 km de distance. C'était une nouvelle cliente qu'elle ne connaissait pas. Après avoir fait connaissance, Céline a réalisé que c'était une dame qui était simple d'approche et à l'aise face à sa présence. Le soin donné était un bain complet. Après son heure de dîner, Céline a été rencontrée une nouvelle dame faisant de l'Alzheimer dans une maison d'hébergement. Après avoir fait connaissance, elle a rapidement regardé l'état des lieux

et de ses vêtements. Malgré le fait que la dame lui avait dit qu'elle avait mis le linge le matin même, elle a réalisé qu'il n'était pas propre. Elle lui a donc trouvé de nouveaux vêtements après le bain.

« Effectivement, [...]elle m'avait dit que c'était son linge du matin qu'elle venait tout juste de changer, mais une fois enlevé je l'ai senti un petit peu pour voir si tout était propre. Et non ce n'était pas propre. Donc j'ai tout vérifié pour lui trouver du linge propre pour lui remettre après son bain. » AFS6

Avant de quitter cette dame, Céline l'a installée dans son salon afin qu'elle puisse allonger ses jambes afin de faciliter la mise de bas. Elle a ensuite fait un appel à l'infirmerie de la maison de l'hébergement afin de les avertir que la dame était prête pour la mise de bas. Céline s'est ensuite déplacée chez une autre dame ayant une blessure à l'épaule. Elle décrit la cliente comme étant une personne qui accumule beaucoup d'objets à l'intérieur de son logement. Lors de sa visite, elle n'a pas pu donner le bain au lavabo puisqu'une compagnie de plancher était venue cirer le plancher et la salle de bain était remplie d'objets et de meubles. Céline lui a donné une toilette partielle au levier dans la cuisine en avertissant la dame qu'il serait mieux que la salle de bain soit dégagée la semaine prochaine afin de faciliter le soin. Si la situation n'est pas corrigée, elle devra avertir la travailleuse sociale qui s'occupe du dossier afin qu'elle puisse s'assurer que les corrections soient effectuées. La dernière heure de travail de l'AFS s'est effectuée au bureau afin de faire des rapports puisqu'elle avait eu une annulation, car la cliente avait été hospitalisée. Cette heure lui a permis de faire des appels aux intervenants et de noter certaines informations aux dossiers.

Suite à la description de sa dernière journée de travail, certains aspects de sa pratique ont été repris en détail. Cela a donc permis par la suite de décrire certaines tâches de travail

qu'elle exécute habituellement dans le cadre de sa pratique. Pour le cas de Céline, la majorité des soins donnés sont reliés aux soins d'hygiène :

« C'est des toilettes, c'est des bains. C'est un peu de loi 90, mettre des crèmes, des crèmes topiques pour des infections. C'est toujours un peu la base du soin, c'est souvent le soin d'hygiène, mais il est entouré de toutes sortes de choses. » AFS6

Il lui arrive donc de donner des médicaments, de changer des pansements, de mettre des crèmes, de donner et/ou préparer des repas. Son travail contient également un volet administratif au CLSC. Elle a une rencontre administrative par mois au CLSC et des rencontres multidisciplinaires afin de discuter de la situation de certains clients. Elle rencontre aussi régulièrement ou laisse des messages aux travailleurs sociaux et autres intervenants afin de mettre au courant les autres intervenants de changements ou de complications :

« Je vois au moins une travailleuse ou une infirmière dans la semaine pour un cas ou deux [...] On se laisse aussi beaucoup de messages vocaux sur la boîte vocale [...] C'est des petits messages des fois qui sont courts, mais qui sont nécessaires. » AFS6

Préoccupations

Un aspect important dans la pratique de Céline est l'établissement d'une relation de confiance entre elle et ses clients. Elle raconte qu'elle prend toujours quelques minutes avec chacun des clients avant de donner le soin et elle continue de le faire pendant le soin. Selon elle, le temps passé à parler avec les clients permet de faire oublier le côté humiliant d'être lavé et nu devant quelqu'un :

« Je leur dis bonjour comment ça va, c'est la première fois qu'on se voit puis bon je commence toujours par me présenter, je crois que c'est un devoir. On arrive chez

des gens, on s'en va dans le côté le plus intime. Si on arrive pas à faire un bon contact au départ... moi je ne veux pas qu'un étranger rentre chez nous et me dise enwoye par là. » AFS6

La prise de contact et l'écoute sont donc décrites comme un devoir, mais aussi comme un facilitateur afin d'obtenir la confiance du patient. Lorsqu'ils sont présents, Céline trouve aussi important de saluer les aidants naturels sur place et se renseigner sur leur bien-être puisqu'ils occupent une place cruciale dans le maintien à domicile de ces personnes. La discussion et l'échange sont des éléments importants dans le travail de Céline.

Lorsque Céline évoque différentes dimensions de sa pratique, elle utilise souvent le terme adaptation lorsqu'elle parle de ses tâches à accomplir. Elle l'utilise autant lorsqu'elle parle de son lieu de travail, de son temps de travail et des différentes difficultés qu'elle rencontre au quotidien. Elle fait aussi allusion à l'état du lieu de travail qui semble influencer la capacité de donner le soin et lui demande une adaptation constante de la part de l'AFS.

« Alors là, j'ai été obligé de faire une toilette dans le levier parce qu'elle a fait un grand ménage et son bain était plein à rebord. » AFS6

L'équipement de travail dépend aussi du lieu où elle se trouve. Elle doit s'adapter aux matériels disponibles sur place pour les utiliser adéquatement :

« C'est un lève patient au plafond et comme j'avais jamais été chez lui, je ne savais pas tout à fait comment il marchait. Je savais à peu près. » AFS6

Le lieu de travail nécessite donc une adaptation constante de la part de l'AFS. Elle doit se familiariser avec les lieux et l'équipement disponible sur place. La présence d'animaux ou la propreté des lieux peuvent aussi avoir un impact sur le soin.

En ce qui concerne le temps de travail, Céline prétend ne pas regarder pas l'heure. Elle prend toujours le temps de donner le soin sans nécessairement regarder le temps qu'elle prend pour le donner :

« Ça fait 10-15 ans que je fais ça, je ne regarde ni montre, je ne regarde pas l'heure. J'ai le temps point[...] le principal c'est de ne jamais être à la course avec les humains. Parce que si tu essaies d'aller vite avec quelqu'un qui est malade, il n'y a rien de bon là-dedans. Il faut s'adapter à son rythme et à ses capacités. »
AFS6

Par ailleurs, elle trouve nécessaire de prendre le temps de donner le soin. Prendre le temps pour elle, signifie de ne pas être à la course et de donner tous les soins nécessaires. Lorsqu'elle quitte le domicile d'un client, elle s'est donc assurée que le client ait reçu tous les services qu'il devait avoir être pressée.

Elle évoque aussi d'autres difficultés qu'elle peut rencontrer dans son quotidien. Les deux premiers problèmes relevés par Céline sont les bouleversements dans son horaire et le kilométrage. Elle doit passer d'un secteur à l'autre et faire beaucoup de kilométrage, car elle doit faire les clients dans un ordre précis.

« Après ça je suis allée voir une autre dame et là je suis revenue à 19 km plus loin [...] Je ne pouvais pas faire les deux unes après l'autre. La madame au lit il fallait que je me dépêche pour aller la faire avant d'aller faire l'autre qui était proche de ma première dame, mais ça n'avait pas la même urgence. » AFS6

De plus, lorsque Céline n'a pas de soin à donner, elle doit retourner au CLSC afin de travailler dans ses dossiers et faire du travail administratif. Son horaire est bouleversé suite à un décès d'une de ses clientes qu'elle faisait de façon régulière tous les après-midi :

« La troisième madame que j'ai été, elle c'est le matin et je suis revenue au CLSC parce que j'avais une demi-heure de lousse. Alors je me suis envenue ici au CLSC, j'ai travaillé dans mes affaires [...] Ces temps-ci mon horaire est très très très bouleversé. J'avais une dame que je faisais tous les après-midi de 2 à 4 et elle est partie, elle est décédée. C'est pour ça que j'ai beaucoup de changements sur mon horaire. Tant qu'ils n'auront pas stabilisé, un peu toujours les mêmes, ben là je me promène. » AFS6

Les « trous » laissés dans son horaire sont donc comblés par une clientèle qu'elle ne connaît pas ou peu. Bien qu'elle aime parfois sortir de sa routine, puisqu'elle trouve qu'avoir toujours la même clientèle peut devenir lourd à la longue, elle considère quand même que les remplacements demandent un défi et une constante adaptation. Elle trouve cependant que ces remplacements font mieux apprécier la routine par la suite.

Un autre problème soulevé par Céline concerne les cas plus lourds. Elle évoque le cas d'un client chez qui les AFS avaient de la difficulté à donner le soin. Suite à de nombreuses plaintes de la cliente, le comité multidisciplinaire du CLSC a trouvé comme solution d'être deux AFS pour effectuer les soins :

« Et en plus cette personne, elle était un peu, elle faisait de la violence verbale et de la manipulation. Elle se plaignait tout le temps beaucoup beaucoup. Quand on a discuté en multidisciplinarité de ce cas-là et la meilleure solution a été de se mettre à deux pour aller donner le soin. Depuis ce temps-là, les plaintes sont coupées du 3/4. » AFS6

À un autre moment, Céline fait part aussi d'un problème rencontré, lors d'un remplacement. Elle était alors arrivée avec un délai de quinze minutes chez le client et il semblait mécontent du retard. De plus, une préposée d'une entreprise privée donnait aussi des soins après ceux de l'AFS. Le client et la préposée n'étaient pas contents de la situation et l'ont fait savoir à l'AFS. Elle dit être sortie « vider » de chez ce client nonobstant le fait qu'elle a tout de même réussi à garder son calme malgré les tensions :

« J'avais été appelée pour remplacer quelqu'un qui rentrait pas, je suis arrivée une quinzaine de minutes de retard, le temps de partir d'ici et d'arriver là-bas et il n'était pas de bonne humeur. Il était « bougonneux » un petit peu et effectivement j'ai rencontré la dame, mais on n'a pas échangé beaucoup parce que moi je m'occupais du monsieur [...] Parce que là le monsieur il bougonnait, il disait que j'étais en retard et elle aussi elle s'est mise à bougonner. J'ai dit, non, non, non. Je ne suis pas si en retard que ça. Je ne peux pas passer par-dessus le trafic. On m'a avisé à 8h et à 8h15 j'étais chez vous. Je trouve que j'ai bien fait. Mais tout au long du soin que je lui donnais, ils ont chialé entre eux à cause du retard. » AFS6

Le climat de travail engendré par la tension due au retard a créé un inconfort autant chez l'AFS que chez le client. Elle ne se sentait pas responsable du retard et elle prétend avoir fait de son mieux afin d'arriver le plus vite possible. Elle a laissé une note au dossier concernant cette situation lorsqu'elle est revenue au CLSC, car le client avait l'intention de porter plainte au CLSC.

Malgré tout, Céline trouve que le travail d'AFS est plus reconnu qu'auparavant auprès des autres professionnels. Par contre, la reconnaissance auprès de la clientèle est aussi plus marquée. Elle dit s'être toujours fait apprécier auprès de la clientèle. Par contre, elle trouve qu'il reste encore du travail à faire auprès des autres professionnels au CLSC. Elle se rappelle d'une fois où elle s'est fait appeler la « laveuse de » :

« Je me rappelle au début, je me suis déjà fait dire, « la laveuse de madame un tel. » Ça c'était moi l'auxiliaire, la laveuse de. Ça j'entendrais plus ça jamais jamais. C'est ça la différence. Plus on va travailler en équipe, plus chaque personne va apprécier [...] Mais il y a peut-être un peu de chemin encore à faire. Encore un peu de chemin. » AFS6

Le travail d'équipe et la prise en compte de l'expertise des AFS pourraient selon elle, améliorer la reconnaissance du travail des AFS.

Évolution et changements dans la pratique

Lorsqu'elle évoque sa pratique, au début de sa carrière au milieu des années 1990, Céline évoque le fait qu'elle faisait beaucoup plus d'entretiens ménagers et de repas. La journée était habituellement divisée en deux. Durant l'avant-midi, elle effectuait habituellement des soins d'hygiène. Par la suite, en après-midi les services offerts étaient plus au niveau des courses, de la préparation de repas et d'autres tâches qui pouvaient prendre un après-midi :

« La grosse différence, je crois, c'est qu'on faisait beaucoup d'entretiens ménagers, de repas, de choses comme aller faire des commissions avec les gens, de faire des commissions pour les gens s'ils ne pouvaient pas venir avec nous, d'aller dans les banques et dans les caisses. On avait des fois des demi-journées au complet chez la même personne. C'était souvent l'après-midi parce que le matin on faisait le plus de toilettes possible, des bains, des soins d'hygiène. » AFS6

Outre les tâches en tant que telles, Céline trouve que l'équipement de travail n'était pas le même auparavant et que les soins d'hygiène n'étaient pas aussi sécuritaires. Elle prétend que l'évolution s'est faite tranquillement autant pour protéger l'AFS que pour protéger le client :

« Faire des grandes toilettes aux gants à genou au lit avec des grands lits de 54 pouces à terre on a fait ça. Avec des bassins d'eau à côté de nous autre sur une

petite table [...] On a fait ben des affaires qu'aujourd'hui ça n'aurait pas de bon sens faire ça. Dans ce temps-là, on n'était pas équipé comme aujourd'hui. Des bains dans le fond du bain on a fait ça, embarquer la madame ou le monsieur dans le fond du bain et les faire mettre à genou en petit bonhomme. » AFS6

Lorsque Céline aborde les raisons des changements dans la pratique, elle évoque principalement quatre aspects : l'augmentation et l'alourdissement de la clientèle, les changements administratifs dus au virage ambulatoire, la loi 90 et la présence d'organismes intermédiaires assurant maintenant une partie des services.

Céline trouve que lorsqu'elle a commencé à travailler au CLSC en 1995, les services à domicile étaient encore très peu connus du public. Selon elle, les gens n'étaient pas au courant de toute la gamme de services qui pouvait leur être offerte et c'est souvent lorsque les soins étaient demandés par les médecins qu'ils se donnaient. Maintenant, elle trouve qu'il y a une plus grande connaissance du public face aux services offerts, mais aussi une plus grande population malade ou vieillissante ayant besoin de ceux-ci. Cela a donc eu comme impact d'augmenter la charge de travail des AFS et de peu à peu changer la nature de leurs tâches. La demande augmente, mais le nombre d'AFS sortant des écoles diminue de plus en plus d'où, selon elle, la présence d'organismes intermédiaires pour compenser la prestation de services des CLSC. La présence de ce qu'elle appelle les organismes privés serait là pour pallier à la difficulté des CLSC de répondre à la demande. Elle ne trouve pas mauvais le fait que les soins donnés par les AFS se rattachent plus aux soins de santé et moins à l'entretien ménager et à la préparation de nourriture. Le suivi de l'état de santé du client est donc prioritaire et d'autres intermédiaires peuvent, selon elle, donner une partie des autres services :

« Tu n'as pas nécessairement à appeler la travailleuse sociale ou l'infirmière pour dire que j'ai fait un ragoût aujourd'hui pis un jambon pis un spaghetti pour qu'il ait à manger pour la semaine. S'il a des plaies, ben là il faut que l'infirmière ou la travailleuse sociale ou si tu vois qu'il y a quelque chose, des bleus, là il faut que ce soit en multidisciplinarité tout de suite. Je crois qu'ils ont gardé ce qui était le plus important de ce côté-là. » AFS6

Selon Céline, la clientèle est de plus en plus lourde malgré la présence de meilleurs supports et de meilleurs équipements. Les « cas lourds » sont jugés comme étant plus difficiles et en plus grand nombre. Elle trouve que les gens sont « plus diminués » et les cas sont de plus en plus difficiles. Le travail est alors très physique et nécessite une bonne forme physique.

La loi 90 sur les actes délégués a aussi façonné la pratique des AFS. Céline explique que la loi 90 a permis de clarifier certains aspects de la pratique. Certaines tâches prévues dans cette loi étaient déjà selon elle effectuées par les AFS. L'ajout de certaines tâches a par contre eu comme effet d'augmenter la charge de travail des AFS :

« La loi 90 quand elle est arrivée ça été, des tâches qui sont été ajoutées dans nos affaires et des tâches qu'on n'était pas habitué nécessairement. Il y a des tâches qu'on faisait déjà sans savoir qu'on ne pouvait pas le faire. C'était demandé de le faire alors on le faisait pis on s'est rendu compte que quand ils ont mis la loi 90, on s'est rendu compte que non on ne pouvait pas mettre de suppositoire, mais c'était marqué sur le plan alors on le faisait. » AFS6

Selon elle, la charge de travail des AFS a atteint sa limite. Il ne faudrait pas l'augmenter encore plus sous peine de diminuer la qualité du service :

« Mais si on serre un peu trop le citron, si on serre un peu trop la vis et qu'on donne trop de service à une même personne ça devient, ça donne plus la même qualité de service. » AFS6

Le dernier aspect évoqué pour expliquer les changements est relié au virage ambulatoire et aux changements administratifs survenus par la suite. Le virage ambulatoire a amené beaucoup de changements au sein de l'organisation. La fusion de plusieurs CLSC, CHSLD et hôpitaux a créé selon elle de grands changements :

« Ça l'a changé la façon d'administrer. Les façons de faire ont changé un peu à l'interne [...] Un moment donné, les employés on était tannés de toujours du changement. Je pense que ça l'a été plus dur que le changement de clientèle et l'évolution [...] on a été réaménagé pis on embarquait dans le secteur de l'autre et on arrivait d'un CLSC et tu t'en venais, comment on dit ça avec un autre CLSC, mais c'est toi qui transférait chez eux. On n'était pas toujours bienvenu. » AFS6

Le changement des façons de faire a créé des tensions et a même amené certains AFS à faire des dépressions selon l'AFS. Chaque « boss » avait sa façon de faire et sa façon de voir les choses par rapport aux services à domicile. Durant ces changements, il y a eu selon Céline, beaucoup de changements dans l'administration, et à chaque fois les façons de faire étaient modifiées. Tout cela a donc nécessité une adaptation auprès des AFS de tous les CLSC concernés.

Que peut-on retenir du cas de Céline par rapport à l'évolution du métier d'auxiliaire familiale et sociale? Premièrement, d'un point de vue technique, les tâches de travail semblent de plus en plus se spécialiser et se concentrer sur les soins d'hygiène. Lorsque Céline a raconté sa dernière journée de travail, les soins d'hygiène semblaient constituer une bonne partie de son travail. Les activités de la vie quotidienne (AVQ) semblent de plus en plus prendre la place par rapport aux activités de la vie domestique (AVD) qui semblent de plus en plus disparaître dans les tâches de Céline. Les actes délégués (loi 90) prennent tout de même une place de plus en plus importante dans la prestation de soins.

La distribution et la prise de médicaments, l'application de crème et le changement de pansement sont des tâches de plus en plus présentes dans le cas de Céline. D'un point de vue relationnel, le travail de Céline ne semble pas avoir changé avec la clientèle, et ce, malgré le fait qu'elle a moins de temps à consacrer à chacun. La gestion de son temps de travail et le fait de parler pendant le soin lui laisse le temps de discuter et de se renseigner du bien-être de la clientèle. Il lui semble par contre important de ne pas augmenter davantage la charge de travail des AFS, afin d'éviter d'abaisser la qualité des services offerts.

Lorsque Céline évoque les changements dans la pratique, elle semble voir d'un bon œil le fait que certaines tâches aient été reléguées à des organismes privés. Il lui semble plus important de garder les tâches reliées à la santé afin d'assurer un suivi avec les autres professionnels au CLSC. Elle évoque également une meilleure reconnaissance du travail effectué par les autres intervenants au CLSC. Malgré le fait qu'elle ne se fait plus appeler la « laveuse de madame un tel », elle trouve néanmoins qu'il reste un peu de travail à faire. Cependant, ce qui a eu le plus d'impact dans sa pratique sont les changements occasionnés par les différentes fusions lors du virage ambulatoire. Le climat de travail s'est alors dégradé et l'adaptation aux nouvelles façons de faire semble avoir été difficile autant pour elle et que pour ses collègues.

L'analyse de l'évolution du travail de Céline a permis d'avoir un aperçu d'un cas précis. Il a été possible de relever plusieurs constats permettant de voir comment les différentes transformations des tâches des AFS et les différentes ressources intermédiaires utilisées ont eu un impact sur les dynamiques professionnelles permettant l'évolution du métier.

Nous allons partir de ces constats pour examiner un deuxième cas. L'analyse du prochain cas permettra de distinguer des convergences et des divergences entre les deux.

5.1.2 Présentation d'un deuxième cas

Maintenant, nous allons voir le cas de Manon, une AFS travaillant en CLSC dans une ville de taille moyenne dans le nord du Québec depuis 1995, suite à la fermeture des centres familiaux où elle travaillait auparavant. Nous allons tenter de voir comment le travail de Manon s'est transformé au fil des années en partant des différents constats que nous avons retrouvés dans le cas de Céline. Le cas de Manon diffère en plusieurs aspects de celui de Céline. Elle n'a pas vécu les mêmes transformations dans son travail.

Lors de sa dernière journée de travail, Manon a rencontré un total de cinq clients: quatre le matin et un l'après-midi. Les soins donnés consistaient principalement des soins d'hygiène, mais aussi l'accompagnement d'une cliente pour faire des courses. Elle a commencé sa journée avec une dame relativement âgée qui demeure seule dans son appartement. Ses enfants aimeraient qu'elle aille en résidence, mais elle ne veut pas. C'est une dame très ordonnée qui ne veut pas que les choses soient déplacées :

« C'est une dame qui ne faut pas déplacer les choses, qui me donne juste deux serviettes, mais qui a une grande serviette de bain que je pourrais lui mettre sur son dos parce qu'elle gèle, mais elle ne veut pas. » AFS2

Elle décrit la dame comme étant relativement autonome et en mesure de se donner une partie du soin d'hygiène. Par contre, cette journée-là, la dame ne sentait pas bien et c'est elle qui s'est occupée du soin. La deuxième cliente rencontrée est une dame très âgée. C'est une dame qui refuse catégoriquement tout soin d'un homme. Manon est très attachée à cette cliente. Elle la décrit comme étant une madame qui agit un peu de façon

infantile et qui a besoin de beaucoup de réconfort. La dame lui téléphone parfois afin de lui demander de ses nouvelles ou pour lui donner des renseignements au niveau de son état de santé. Manon va deux fois par semaine chez cette dame pour lui donner un soin d'hygiène complet, car elle a des problèmes d'incontinence. Outre son soin d'hygiène, elle prend toujours le temps de la réconforter un peu. La troisième cliente rencontrée est une dame qu'elle ne faisait plus habituellement depuis son changement de secteur. Manon était contente de la retrouver dans son horaire :

« Ensuite de ça, la troisième dame ce n'est pas ma cliente, je dépanne une régulière qui est en congé. C'est une dame que j'ai déjà eu par contre et qui était très attachée à moi. Parce qu'à l'époque, j'ai eu sa sœur qui était malade et quelques années après j'ai eu cette dame. » AFS2

C'est une dame qui aime beaucoup parler. Elle n'a pas d'enfant et ses sœurs habitent dans d'autres régions. Manon tente de lui donner le plus de temps possible pour l'écouter pendant le soin d'hygiène, mais elle ne trouve pas ça toujours évident. La quatrième dame rencontrée ce matin-là est une dame âgée de 91 ans. Elle ne fait que l'aider un peu pour se préparer et prendre son bain. Elle est relativement autonome. Par contre, il y a quelques semaines, la dame a fait une chute et s'est cassé une hanche. Elle est présentement en réflexion afin de savoir si elle veut aller en résidence ou non. Elle a par contre beaucoup d'aide à la maison. En après-midi, elle a rencontré sa dernière cliente de la journée. C'est une dame qui a le cancer et qui va régulièrement à l'hôpital pour d'autres problèmes de santé. Cela faisait plus d'un mois et demi qu'elle ne l'avait pas eu sur son horaire. Manon va faire des courses avec cette dame. Elles vont habituellement à la banque et au magasin, mais aujourd'hui elles se sont concentrées sur son épicerie. La dernière heure de travail de Manon de 15h à 16h, est habituellement consacrée à du temps de bureau où elle remplit leur « PSP ».

La dernière journée de travail de Manon n'est pas nécessairement représentative de ses journées de travail. Il lui arrive certains matins d'avoir moins de clients à rencontrer, selon la lourdeur de ceux-ci. De plus, lorsqu'elle n'a pas de course prévue en après-midi avec un client, elle a habituellement deux soins d'hygiène. :

« Moi je trouve que c'est correct quatre bains le matin et... Mais c'est pas tout le monde qui font quatre bains le matin et qui font des sorties. Comme le mardi et le jeudi, je ne fais pas de sorties, je fais six bains. » AFS2

Outre les tâches mentionnées précédemment, il lui arrive quelques fois d'aider certains clients au niveau de l'entretien ménager. Par contre, elle trouve que plusieurs tâches disparaissent tranquillement au profit des soins d'hygiène et des courses.

Préoccupations

L'établissement d'une relation de confiance est un aspect qui revient à maintes reprises dans le discours de Manon lorsqu'elle parle de son travail. Cet aspect du travail est très important pour Manon et, lorsqu'elle y fait référence, elle parle surtout de l'écoute. Elle fait mention que les clients ont besoin de parler et d'être écoutés puisque les AFS sont parfois les seules personnes qu'ils voient au courant de la journée :

« Oui, oui, l'écoute est aussi important que le bain. C'est sure que lorsque les gens sont bien entourés et qui ont une famille c'est correct. Mais notre clientèle bien souvent elle est toute seule. Il y en a qui se confie à nous. J'avais un monsieur à l'époque, il n'y a pas d'enfant, sa famille presque pas, alors il attendait que j'arrive. Le contact était très bon. J'y allais une fois par semaine et quand j'étais en vacances, il avait hâte que je revienne. Parce qu'il s'habitue... » AFS2

Donc tout comme Céline, l'écoute semble constituer un élément essentiel dans la pratique, non seulement pour établir une relation de confiance afin de donner les soins, mais aussi pour laisser un peu de temps aux clients pour se confier lorsqu'ils n'ont pas ou peu de visites durant la semaine.

Lorsque Manon fait référence au temps de travail, elle le fait spontanément en évoquant le fait qu'elle aime donner du temps. La notion de temps est en premier lieu reliée au temps qu'elle peut consacrer à chaque personne et elle semble vouloir en consacrer le plus possible. Elle n'aime pas travailler vite, elle préfère prendre son temps afin de ne pas bousculer les clients. Manon trouve qu'elles ont de moins en moins de temps pour effectuer le travail demandé.

« Moi j'aime donner du temps. Je fais comme je peux, mais c'est pas toujours évident. AFS2 »

Elle relate aussi un cas qui reflète certaines difficultés par rapport à l'exercice de la profession. Elle doit parfois faire face à des situations délicates imprévues :

« Mais pas des affaires comme... ou une fois quand il y avait un monsieur qui avait de la peine, qui pleure parce que la personne qui est avec lui est à l'hôpital et qu'il n'avait pas mangé. Là, j'ai appelé la coordonnatrice et la journée même ça se réglait. » AFS2

L'AFS est parfois amené à régler des problèmes de différents ordres puisqu'elle entre à chaque visite dans le quotidien des patients et qu'une partie de sa tâche consiste à remarquer les problèmes et les rapporter aux gestionnaires en charge du dossier.

Au début de la carrière d'AFS de Manon, les tâches étaient un peu plus diversifiées, tout comme la clientèle. En effet, il arrivait souvent à Manon d'effectuer des achats et de la préparation de nourriture, de l'aide dans la gestion du budget et dans la recherche de logement en plus des soins d'hygiène :

« Mettons une recherche de logement. On prenait le journal, on effectuait une liste. On allait chez le client et on faisait des visites, même des résidences privées aussi. Pour l'aide à l'alimentation, on demandait ce qu'il aimait manger et tout et pour leur santé aussi. Pour le budget, c'était toujours un peu compliqué parce que souvent, c'est des gens qui étaient sur la sécurité du revenu. AFS2 »

Malgré l'abandon de certaines tâches effectuées au début de sa pratique, Manon n'exécute pas nécessairement d'autres tâches pour compenser. Le CSSS de Manon n'a pas encore permis aux AFS d'effectuer les actes délégués. Elle ne fait aucun soin invasif et ne donne pas de médicaments. Elle est toutefois confortable avec les changements et elle ne voit pas la nécessité pour elle d'effectuer ces tâches. Les soins sont de plus en plus concentrés sur les soins d'hygiène. Il lui arrive aussi de faire quelques sorties par semaine, en après-midi, avec certains clients. Lorsqu'elle ne fait pas de sortie, elle effectue six bains durant la journée.

Le temps accordé à chaque client est un élément qui a changé avec le temps. La charge de travail a considérablement augmenté, mais Manon trouve qu'il est encore possible de donner de bons soins malgré cette augmentation de la charge de travail :

« Non ce n'est pas plus difficile, mais les choses ont changé. On a plus de clientèle, on reste un peu moins longtemps, mais ça se fait bien. Peut-être que, non c'est correct quatre bains le matin. On a le temps de donner de l'écoute à la personne. AFS2 »

Le dernier changement évoqué par Manon est le changement au niveau administratif. L'augmentation des équipes de travail a fait en sorte qu'il y a un manque de communication. Selon elle, les plus petites équipes permettaient un meilleur travail et de meilleures relations. Ces étroites relations permettaient selon Manon, de régler plus facilement certains problèmes en groupe.

D'un point de vue technique, le travail de Manon semble se concentrer surtout autour des soins d'hygiène. La plupart des AVD ont disparu. Contrairement à Céline, Manon ne fait pas encore de tâches reliées à la loi 90 et cela ne la dérange pas. Le temps accordé à chaque client et aux déplacements semble avoir diminué dans les deux cas. Cela a eu une

incidence sur l'aspect relationnel de la pratique. L'écoute semble être la pierre angulaire du travail de Manon. Elle semble avoir toujours le temps pour l'écoute de la personne. En dernier lieu, les changements administratifs et au niveau de la structure dans les CSSS semblent avoir eu un impact dans la façon de communiquer et de traiter les problèmes. Elle trouvait plus facile une structure plus petite, où la proximité permettait des échanges plus fréquents.

Les deux cas présentés ont permis d'avoir une vue d'ensemble sur les pratiques de ces AFS dans leur quotidien. À partir de l'analyse de leur dernière journée de travail et des questions sous-jacentes, il a été possible de mettre à jour certaines dimensions de leur travail. Ces dimensions seront reprises pour analyser les six autres entretiens effectués dans le cadre de ce mémoire.

5.2 Discours des autres AFS sur leurs pratiques

Début de la pratique

Comme dans le cas Manon et Céline, les six autres AFS ont vu leur travail évoluer au fil des années. En effet, de façon généralisée, les tâches de ces AFS étaient beaucoup plus diversifiées. Auparavant, bien que les soins d'hygiène occupaient déjà une place prépondérante, beaucoup de place était aussi accordée aux AVD. La préparation de nourriture, le ménage, les courses ne sont que quelques exemples de tâches effectuées plus fréquemment il y a quelques années :

« Bien autrefois, il y a une dizaine d'années, on faisait de la nourriture, de la recherche de logement. Ça, je dirais qu'on en fait moins. On en fait moins parce qu'il y a la coopérative. C'est comme eux maintenant qui font la nourriture. Donc nous on est plus concentré sur les soins d'hygiène. » AFS3

« On faisait à manger, on passait la balayeuse, on donnait le bain à travers ça. Amener les gens faire des commissions, il y avait du support au niveau de la famille même les travailleurs sociaux, ils étaient plus présents à domicile. On travaillait beaucoup plus au niveau social qu'infirmiers. » AFS5

« Moi ça remonte en janvier 1999. À ce moment-là, on avait des ménages complets. Quand je parle complet, c'était 2-3 heures pour faire du ménage. Époussetage, lavage de plancher, les comptoirs de salle de bain, les tapis, en tout cas, les vitres. » AFS7

Selon certains, la marge de manœuvre afin d'effectuer certaines tâches était plus grande.

Il y avait moins de contrôle encadrant la pratique des AFS :

« C'est sûr que le code d'éthique des auxiliaires familiales et sociales existait à l'époque, mais euh disons que ce n'était pas tout à fait encadré dans le CLSC. Et on avait aussi, comment je pourrais dire ça...une marge de manœuvre qui était beaucoup plus grande, donc nos tâches étaient très diversifiées. On pouvait autant faire de la supervision de la prise de médicaments, que de l'entretien ménager léger bien entendu.... En passant par la lessive ou du gardiennage. » AFS1

Il pouvait donc arriver que parfois, les AFS effectuaient certaines tâches qui n'étaient pas dans leur description de tâches. Aussi, certaines règles dont, entre autres, celles entourant les soins d'hygiène n'étaient pas les mêmes ou n'étaient pas respectées de la même manière. Les risques de blessures étaient en général plus accrus :

« C'était différent dans le temps dans le sens que les règles pour les soins d'hygiène, on pouvait laver les gens avec des récipients d'eau à la baignoire au lieu d'avoir des douches téléphones pour tout le monde [...] Il y avait énormément de sièges de bain qui était toléré. J'ai déjà vu des chaises pliantes que l'on utilise pour s'asseoir dehors dans les bains. » AFS7

Évolution et changements dans la pratique

Lorsque les AFS rencontrées parlent des changements dans la pratique et de l'évolution du métier d'AFS, elles le font de trois façons. En premier lieu, les changements évoqués ont rapport à la tâche de travail. En effet, un changement s'est effectué au fil des années dans la nature des tâches. La loi 90 modifiant le Code des professions et permettant la

délégation de certains actes infirmiers a eu un impact pour certaines. Néanmoins, pour certaines, ces actes délégués ne font pas partie de leur quotidien :

« Aussi, il y a la différence avec la loi 90 qui est venue encadrer aussi notre travail au niveau des actes médicaux délégués. Tout ça, nous avons un cartable qui définit les actes que nous pouvons poser et encore là, toujours sur la condition que nous soyons formés au préalable par une infirmière qui va chez le client [avec nous]. » AFS1

« La différence qu'il y a avec aujourd'hui, j'te dirais que aujourd'hui il n'y a presque plus de ménage. Ya presque plus de bouffe qui se fait. Et puis euh... on a la loi 90 qui est embarquée, c'est ça la différence. Ça veut dire qu'il y a les curages, il y a les prises de médicaments, les gouttes dans les yeux, ces affaires-là, ça c'est différent d'avant. » AFS4

Sinon pour d'autres AFS, tout comme dans le cas de Manon, les tâches se concentrent surtout au niveau des soins d'hygiène et des courses :

« La loi 90 vous parlez? Quand je suis rentrée il y a dix ans, ils me disaient que dans pas long vous allez faire des actes délégués et des tensions, des médicaments. Onze ans plus tard, je ne fais encore rien de ça. Il n'y a pas eu d'avancement. » AFS3

« Les charges de travail depuis environ dix ans, ça l'a pas vraiment changé. C'est vraiment quatre le matin et deux l'après-midi. Si j'ai une épicerie, je garde un deux heures. Au lieu de deux bains d'une heure, bien c'est une épicerie de deux heures. » AFS3

Pour la majorité des AFS rencontrées, les tâches se spécialisent de plus en plus. Plusieurs activités de la vie domestique ont été abandonnées et les soins d'hygiène constituent le plus gros du travail. Toutefois, certaines pratiques subsistent :

« Moi, j'ai une de mes collègues de travail que je sais qui se rend à domicile d'une cliente, pis elle fait deux heures de travail, de ménage. C'est une dame qui est en palliatif, qui a des enfants, des jeunes enfants donc dans ce dossier-là on vient pour ça. » AFS4

« Oui, oui, oui. Je fais trois machines hier. Laver, sécher, plier. Et j'ai laissé une note que la sècheuse fonctionnait avant de partir. » AFS8

« Moi c'est plus les AVQ, les activités de la vie quotidienne, les soins d'hygiène, la supervision de la prise de médicaments, c'est toutes ces choses-là que j'ai à faire le plus. Donc en ce qui concerne au niveau de l'entretien ménager léger, aussi la préparation de repas, j'ai quelques cas, mais ce n'est pas la majorité. Donc principalement la prise de médicaments et les soins d'hygiène, c'est principalement ce que je fais. » AFS1

« C'est-à-dire maintenant là tout ce qui s'appelle nettoyage, c'est-à-dire à part que nettoyer notre air de travail la bon, des ménages en tant que tels on en fait plus, y'a les anciens qui ont été conservés, mais aussitôt qu'ils se terminent ils ne le renouvellent pas parce qu'il manque de main-d'œuvre pour être capable de les équiper tout ce qui concerne le ménage et puis les grosses préparations de nourriture. » AFS7

Dans un autre ordre d'idée, l'établissement d'une relation de confiance et l'écoute sont des aspects du travail de l'AFS qui ne sont pas modifiés avec le temps. Cela semble un aspect nécessaire à la pratique. La relation de confiance qui doit se construire avec le patient se développe peu à peu au fil des interventions. Cette relation de confiance permet l'acceptation des services, mais bien que nécessaire, ne semble pas être incluse dans le temps de travail :

« Il y a aussi, nous avons des discussions avec la clientèle pour établir une relation de confiance avec le client de manière à ce qu'il puisse accepter nos services. Parce que ce n'est pas évident qu'une personne chez qui on est envoyé va accepter nos services. Il y a des cas où c'est plus difficile entrer, on doit y aller avec douceur, délicatement, des petits pas à la fois, c'est un travail de longue haleine et on doit aussi se fixer des objectifs par rapport à ça. » AFS1

« Le support-écoute est tout aussi important que le soin en tant que tel. La madame qui n'a pas eu de visite ou qui a de l'abus ou qui a des enfants, mais qui vont jamais les voir. Nous autres ben souvent on est les seules visites dans la semaine. Ils sont contents de jaser avec nous. Eux autres dès fois ils mettent le bain de côté pis ils disent de s'asseoir et de jaser avec eux. Pis moi je sors satisfaite autant de l'avoir lavé que de ne pas l'avoir lavé. » AFS3

« Faut se trouver des moyens pour, pour parler de ça. Durant un soin d'hygiène, on peut parler là. Tu sais, c'est quand même une bonne place, même si avant on

avait plus de temps plus que ça pouvait se faire assis sur le coin de la table, puis maintenant c'est ça, on gère notre temps autrement. » AFS4

« On va placoter c'est sûr. Moi je les connais pas en tant que personnes âgées, je les connais en tant que hommes ou femmes qui ont fait toute une vie. C'est des romans, c'est extraordinaire. C'est effrayant tout ce qu'ils peuvent me conter des histoires. » AFS5

Lorsque les AFS parlent des changements dans la pratique, elles le font aussi en traitant de l'évolution de la clientèle et du contexte dans lequel le travail s'effectue. L'origine de ces changements est multiple et varie d'un CSSS à l'autre. Néanmoins, il reste tout même qu'un fil conducteur se dessine chez chacun des AFS interrogés. En effet, un des constats revenant le plus souvent est celui de l'alourdissement de la clientèle. Il a été possible de constater que l'alourdissement de la clientèle peut s'effectuer à deux niveaux : psychologique et physique. Les AFS rencontrées expliquent que la clientèle devient de plus en plus difficile. Le fait que la clientèle reste de plus en plus longtemps à domicile et devienne de moins en moins autonome rend le travail des AFS un peu plus difficile. Les AFS donnent de plus en plus de soins à une clientèle atteinte d'Alzheimer. Cette maladie demande d'établir une relation de confiance avec le client et, dans les cas plus lourds, beaucoup de patience et de compréhension face aux cas de démence. Au niveau physique, le manque de mobilité de la clientèle rend souvent les déplacements et les soins plus difficiles à réaliser. Dans certains cas, il est nécessaire d'avoir deux AFS pour un seul client. Une des AFS rencontrées explique comment son travail n'a pas vraiment changé avec le temps, mais qu'il est de plus en plus difficile à effectuer avec une clientèle vieillissante et de moins en moins autonome :

« Ce qui a changé, ce que je peux dire c'est que les cas sont plus lourds. Que les personnes restent plus longtemps à domicile. C'est ça le but oui, mais il manque

de ressources intermédiaires, les CHSLD sont pleins. Alors quand ils sautent l'étape où ils sont plus autonomes à la maison du tout et que l'aidant naturel est fatigué et épuisé, il n'y a pas de place. Ils doivent attendre. » AFS 3

« Ma journée de jeudi c'est beaucoup beaucoup de personnes en perte d'autonomie qui sont atteintes de maladie d'Alzheimer. Beaucoup de démence et de choses comme ça. C'est des gens qui sont plus difficiles d'approche. » AFS5

En plus de la lourdeur des cas qui vient complexifier les tâches des AFS, il y a aussi l'augmentation du nombre de clients par jour qui rend le travail plus difficile. Chaque action de l'AFS est analysée et décortiquée afin d'établir le temps accordé chez un client. Le temps est donc compté et c'est à l'AFS à l'ajuster lorsqu'il y a des imprévus ou des clients qui prennent plus que le temps alloué. La gestion du temps de travail est un élément qui revient souvent au fil des entretiens effectués auprès des AFS :

« On fait plus de monde aussi. On en fait un ou deux de plus par jour. On fait 7 à 8 clients par jour dépendant des tâches ça peut aller à 8 clients. On en fait plus, plus, mais c'est peut-être plus encadré. Mais les structures sont assez...il ne faut pas avoir les pieds dans la même bottine. » AFS5

Certains doivent parfois couper dans leurs pauses ou leur heure de dîner afin de ne pas manquer de temps :

« Mon heure de dîner, si j'ai terminé à 12h chez quelqu'un, le temps d'aller quelque part pour dîner à moins de rester dans son stationnement ou devant la maison. Si je me rends à un endroit et que je prends 10 minutes là et que le suivant est à 20 minutes de route bien j'ai une demi-heure de dîner. » AFS7

« Une aide à la prise de médicaments est environ 15 minutes. Mettre les bas supports à quelqu'un il faut ajouter 15 minutes supplémentaires, donc les actes sont décortiqués de cette façon-là dans notre cadre de référence. On peut avoir 15 minutes pour un acte, 30 minutes pour un autre acte, ça va aussi à une heure pour les soins d'hygiène à la douche, ça peut aller jusqu'à 1 heure et demie pour un bain éponge au lit pour certains clients qui ne peuvent pas prendre la douche parce qu'ils sont en détérioration. » AFS1

Le temps est donc compté et c'est à l'AFS à ajuster son temps de travail lorsqu'il y a des imprévus ou des clients qui prennent plus que le temps alloué. La gestion du temps de travail est un élément qui revient souvent au fil des entretiens effectués auprès des AFS. Il arrive que l'AFS doive couper dans son temps de travail puisqu'elle a débordé chez un autre client :

« Ça arrive ça que dès fois c'est plus long chez un, mais d'autres fois c'est plus court chez l'autre, alors moi je commence de 8 à midi. Alors je m'arrange pour que chacun aille sa place. Habituellement, ça rentre dans mon temps. » AFS5

« [...] Cette dame-là, elle a de la misère là vraiment à marcher là, au point que ça va me prendre dix minutes avant de me rendre à la salle de bain. Tu sais on en a des comme ça là. Les autres alentours vont pallier souvent au fait qu'il y en a une qui est moins vite, parce qu'il faut quand même leur laisser le temps hein...on peut pas les pousser, pis leur dire, vite, vite, vite, je veux aller prendre un café. » AFS4

Le temps accordé au bureau pour accomplir certaines tâches administratives est limité pour certaines.

« Dans ton heure, tu as ta note écrite, tu as tes statistiques et tu as les notes par ordinateur et PSP. Puis sur l'heure il faut que tu aies le temps d'aller voir la travailleuse sociale, l'infirmière ou iben les téléphones à faire parce que quand tu as de nouveaux clients il faut que tu les cédules. Fais que dans le fond dans l'heure ça va vite. Puis en plus dans l'heure tu as quinze minutes de pause. » AFS3

Tout comme dans le cas de Manon et Céline, le fait de prendre son temps, de ne pas être à la course avec les clients revêt une extrême importance :

« C'est avec les personnes ce n'est pas comme une manufacture où vous rentrez et vous pesez un bouton et la machine fonctionne. Avec les personnes, il faut prendre le temps. Il y a des personnes que vous allez et c'est très bien, magnifique. Mais en général, c'est des personnes en perte d'autonomie. On ne peut pas arriver là et dire qu'on vient pour votre bain et madame là... On ne peut

pas faire ça. On doit prendre un peu le temps de mettre la personne en confiance, pour qu'elle vous connaisse un peu. » AFS8

Les changements dans la structure des CLSC ont aussi eu un impact sur le travail des AFS. Pour certains la fusion de plusieurs CLSC, surtout pour les AFS provenant de grands centres urbains ont eu un impact sur leur travail. :

« Moi c'est ça c'est sûr que ça l'a changé aussi. C'est rendu très gros. Ce n'est plus la petite base familiale là. J'ai eu de la misère à m'adapter à ça. » AFS5

« Oui nous sommes... oui, c'est depuis que nous sommes ensemble qu'ils nous ont mis pour travailler la fin de semaine et qui ont mis de travailler le soir et que le CLSC travaille la fin de semaine et donne le service le soir et les choses comme ça. OK. Et c'est ça. Maintenant, si on vous dit d'aller travailler dans tel secteur, il faut aller dans tel secteur. Alors tandis qu'avant c'était seulement notre secteur. » AFS8

Pour d'autres, certains changements administratifs au niveau des CSSS ont un impact sur leur pratique. L'approche programme développée par certains CSSS a eu comme impact de spécialiser le travail de certaines AFS. Pour d'autres, ce changement n'est pas vu de manière positive. Une AFS raconte que lorsqu'elle a été formée, c'était pour faire un éventail de tâches et pour travailler avec une clientèle diversifiée. Maintenant, elle travaille toujours avec le même type de clientèle et elle effectue un nombre de tâches limitées :

« Avant l'approche programme qui date de deux ans moi je faisais de tout. De l'épicerie, de la nourriture, des personnes déficientes physiques intellectuelles, des personnes âgées. J'allais dans les foyers. Mais maintenant on est toutes par catégorie. Ça, je trouve ça triste un peu, parce qu'on peut plus toucher à tout. » AFS3

« L'approche programme a changé, on est rendu tous par clientèle, ça l'a changé. C'est...pour nous autres on ne voit pas ça positif. Comme je vous disais tantôt on aimait ça toucher à toutes les sortes de clientèle et maintenant tu es

attirée sur un. Ça, c'est plus plate. À part ça, les soins en tant que tels restent le même. » AFS3

En dernier lieu, les AFS parlent des changements dans leur pratique et de différents acteurs présents au niveau du maintien à domicile. Elles sont conscientes qu'une multitude d'acteurs sont maintenant présents et ont un rôle dans le maintien à domicile. Le manque d'effectifs et la présence d'organismes intermédiaires ont aussi eu des répercussions sur leur travail. Dans certains cas, certaines agences remplacent des AFS à l'intérieur des CSSS. Dans d'autres cas, des services autrefois offerts par les CLSC, sont maintenant offerts par ces organismes intermédiaires :

« Ce qui a amené, comment dire, le plus gros des changements, c'est le manque de main-d'œuvre par rapport aux soins d'hygiène. Il y a fallu dire que l'on confie le ménage et la nourriture à d'autres instances. » AFS7

« On intègre plein d'organismes, l'AQTR, le Répit. Quand ils ne sont plus capables de se faire de la nourriture, on met en place la dinette roulante. Tous les organismes de tous les milieux viennent en place par le CLSC pour que la personne reste le plus longtemps possible à domicile. » AFS3

« Dès fois quand on a pas assez de monde au CLSC, c'est les agences qui vont venir. Même les personnes nous le disent, on donne de plus en plus de travail à l'agence. » AFS8

L'opinion face à l'utilisation des ressources intermédiaires par les CLSC n'est pas la même pour toutes les AFS. Certains ont des doutes par rapport à la formation des préposés dans les agences et les entreprises d'économie sociale :

« Moi personnellement les entreprises d'économie familiale, je ne suis pas totalement contre, mais je ne suis pas totalement pour, parce que malheureusement ce qui se passe c'est qu'une part de ces employés-là sont des gens qui n'ont pratiquement...peut-être, allez-vous me dire que pour faire de l'entretien ménager ça ne prend pas de formation je suis d'accord d'une certaine façon oui. Ce n'est pas difficile de savoir passer la vadrouille, ce n'est pas

difficile de savoir comment faire un lit, ce n'est pas difficile de pouvoir faire du lavage, ce n'est pas difficile de passer l'aspirateur. Mais il y a quelque chose par rapport à l'éthique qui manque. » AFS1

D'autres font part de l'importance de ces ressources et les trouvent complémentaires :

« Oui, elles sont importantes. Elles sont aussi importantes que nous autres. On est une équipe là. Ce n'est pas parce que l'on travaille pas avec eux. Ils sont aussi ou même plus importants que nous autres. » AFS3

La présentation des propos des AFS au niveau de l'évolution des pratiques professionnelles des AFS a permis de dégager plusieurs tendances quant à la transformation du métier. Bien qu'il y ait néanmoins quelques divergences, le travail d'AFS semble se concentrer vers les soins d'hygiène et les actes délégués. Les activités de la vie quotidienne (AVD) telles que le ménage, la préparation de repas et les courses sont de moins en moins présents dans les tâches effectuées sans nécessairement avoir disparu pour autant. Malgré cette évolution, la dimension relationnelle du métier d'AFS reste capitale, même s'il n'y a pas de temps spécifiquement alloué à celle-ci. L'explication de cette évolution par les AFS elles-mêmes tend à démontrer certaines tangentes que prennent les soins et les services à l'intérieur du réseau de la santé. Avec tous ces changements dans la pratique, il est maintenant à se demander quelle influence ces changements ont eue dans la reconnaissance de leur groupe professionnel. Le prochain chapitre reprendra les éléments présentés en revue de littérature afin d'analyser les résultats vus dans le présent chapitre.

Chapitre 6 Reconstruction du métier : division du travail et reconnaissance

Ce chapitre a pour but de mettre en lien les résultats de la présente recherche avec les différents éléments vus dans la revue de littérature et à l'intérieur du cadre théorique afin de répondre à la question de recherche initiale. La question était : *Quel est l'impact de l'évolution du rôle et des tâches des auxiliaires familiales et sociales en CLSC sur leurs pratiques professionnelles?*

Suite à l'exploration et à la compréhension de l'évolution du métier d'auxiliaire familiale et sociale, à travers les huit entretiens effectués auprès des AFS, il est maintenant à se demander comment ces changements sur leur travail. L'analyse des pratiques professionnelles permettra de ressortir certains points marquants et de camper des constats par rapport à l'impact de l'évolution des pratiques sur le métier d'auxiliaire familiale et sociale. Toutefois, il est à noter que notre échantillon de huit cas, ne peut pas nous permettre de généraliser les résultats. Il s'agit alors de considérer ces résultats comme une porte d'entrée afin de mieux comprendre les transformations du métier d'auxiliaire familiale et sociale au Québec. Les éléments retenus aux fins d'analyse seront la délégation des tâches, la reconnaissance du travail et la consolidation du métier d'AFS en CLSC et de la reconnaissance professionnelle et des politiques publiques.

6.1 Délégation des tâches : division du travail et reconstruction professionnel

6.1.1 La loi 90 et les actes délégués : nouveau partage et redéfinition du champ d'expertise.

La loi 90 modifiant le Code des professions (2002) a permis un nouveau partage des champs d'exercices pour les AFS. En effet, étant considérées comme non professionnelles, elles se sont vues attribuer des activités d'exception changeant ainsi en partie leur champ d'expertise. Dans le cas des huit AFS interrogées dans le cadre de ce mémoire, certaines AFS ne pratiquent pas encore ces activités d'exception. Cela est dû au fait que chaque établissement détermine les activités d'exception qui pourront être effectuées par les professionnelles et les non professionnels. Dans leur cas, l'attribution de ces fonctions ne s'est pas encore faite, mais ne saurait tarder. Certaines prétendent que ces activités d'exception étaient déjà effectuées en partie par les AFS à l'occasion. Ce constat confirmerait les propos de Boivin et Pinard (2007) démontrant que cette loi vient confirmer des pratiques déjà existantes. Néanmoins, dans la majorité des cas, la loi sur les actes délégués est venue restructurer leur travail. Le temps accordé à ces fonctions est variable et semble dépendre des autres soins y sont rattachés.

Le temps passé chez le client est alors grandement réduit, car certains actes ne nécessitent pas une longue présence chez le client. Certaines ont rapporté que le temps accordé pour la prise de médicaments est d'environ 15 minutes tandis que pour les bas de contention, 20 minutes sont accordées. Selon elle, certains se plaignent du peu de temps accordé pour ces activités d'exception et des nombreux déplacements occasionnés par ceux-ci. De plus, chaque nouveau client ou nouvelle activité d'exception nécessite une formation par les infirmières. Les AFS n'ont qu'un rôle d'exécutrice et n'ont pas de marge de

manœuvre par rapport à ces activités. Étant à l'intérieur de la catégorie non professionnelle, elles n'ont pas l'autonomie nécessaire d'évaluer ou de prendre des décisions par rapport à ces soins. Chaque acte posé est conditionnel à la formation et à l'approbation d'une infirmière. Ces données viennent confirmer les thèses de Braverman (1976), sur la déqualification du travail. En aillant seulement le rôle d'exécutrice, ces AFS interrogées ne possèderaient pas l'autonomie ni le contrôle sur leurs actes de travail. Leur procès de travail serait donc déterminé par d'autres, dans ce cas-ci, les infirmières ou les travailleuses sociales en charge des différents dossiers.

Selon Cloutier et Van Daele (2011), l'ajout d'actes réservés auparavant au personnel infirmier fait augmenter la charge de travail des AFS et de leur superviseure. Cette délégation d'actes tend aussi à augmenter la division technique du travail au détriment d'actes à forte teneur relationnelle. L'ajout de ces activités d'exception semble permettre une meilleure qualification permettant selon Arborio (2009), une augmentation des compétences. De l'autre côté la délégation de ces activités d'exception peut-être aussi vue comme une négation des compétences mise en œuvre lors de l'exécution de ces actes (Demazière et Gadéa, 2009).

Cependant, il est important de noter que ces actes délégués ne sont pas effectués par tous les AFS rencontrées. De plus, chaque CSSS peut décider des actes qui seront délégués et ceux qui ne le seront pas.

6.1.2 Spécialisation des activités de travail : Diminution des activités de la vie domestique et augmentation des soins d'hygiène.

La reconfiguration du métier d'AFS s'est fait par l'abandon partiel et graduel de certaines activités de la vie domestique et par la présence de plus en plus forte des soins d'hygiène. Bien que ces tâches soient encore présentes parmi certains répondants, ils sont de plus en plus relégués à d'autres acteurs entourant le maintien à domicile. Cette tendance remarquée à travers les entretiens effectués rejoint les différents constats dénotés par Bourque (1992), Cagnet (2003), Vaillancourt et Jetté (2004); Boivin et Pinard (2007); Gauvreau (2009), Cloutier et Van Daele (2011). L'aide domestique et l'entretien ménager sont de plus en plus relégués à d'autres instances et les soins d'hygiène constituent essentiellement le travail de l'AFS. En effet, le manque d'effectifs et la présence d'organismes intermédiaires ont eu des répercussions sur leur travail. Dans certains cas, certaines agences remplacent des AFS à l'intérieur des CSSS. Certains services autrefois offerts par les CLSC sont maintenant offerts par ces organismes intermédiaires.

Ce développement témoigne de la tendance à modifier, d'une part, le panier de services du système public afin de combler un manque de ressources et d'effectifs à l'intérieur de celui-ci et, d'autre, part de diminuer les coûts associés au maintien à domicile de ces personnes en perte d'autonomie. Cette démarche et ces intentions sont présentes aussi à l'intérieur des politiques de maintien à domicile du gouvernement québécois (MSSS, 2003; MSSS, 2011).

Pour certaines des AFS rencontrées, la présence de partenaires amène une plus grande possibilité de soins et de services dans un contexte où le système public est de moins en moins capable de fournir à la demande. Ces services sont donc complémentaires dans ce

sens et ne constituent pas pour ces AFS une substitution du travail. Par contre, certains s'interrogent tout de même sur les différents soins donnés par les partenaires et aussi sur la formation de ces personnes. Selon les travaux effectués par Cognet (2000, 2003), le personnel des agences ou provenant du secteur de l'économie sociale n'a pas la même formation que celui travaillant en CLSC. Des problèmes peuvent alors découler, soit du manque de formation, soit du manque de ressources disponibles par ces travailleurs externes afin de bien connaître la clientèle et de faire face à certains problèmes.

On peut noter la survie de certaines pratiques. En effet, plusieurs recherches tendent à démontrer l'abandon de certaines pratiques, surtout en ce qui a trait aux AVD. Cependant, il a été possible de constater au fil des entretiens, la présence d'une multitude de tâches se rapportant aux AVD. Bien qu'elles ne soient pas effectuées par toutes les AFS rencontrées, plusieurs tâches telles que les courses, le répit-gardiennage, la préparation de repas et certaines tâches ménagères sont toujours effectuées par certaines d'entre elles. Il semble donc avoir une hétérogénéité dans les tâches effectuées par les AFS.

6.2. Reconnaissance du travail et consolidation du métier d'AFS

Les entretiens ont permis de constater que l'intégration des AFS au sein des équipes de travail se fait de façon généralisée. Elles sont insérées à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires où elles doivent exécuter les plans d'intervention des différents professionnels et déceler certains changements dans l'état général du client. Malgré une amélioration au point de vue de la reconnaissance de leur travail au sein des équipes disciplinaires, certaines AFS trouvent tout de moins qu'il y a encore du chemin à faire.

Cependant, en général, la plupart constatant une amélioration dans les relations de travail avec les autres professionnels.

Selon Demazière et Gadéa (2009), les groupes professionnels ne sont jamais des entités séparées, ils sont en relation avec d'autres à l'intérieur de la division du travail. Dans le cas des AFS, bien qu'elles se déplacent généralement seules à domicile, elles ont tout de même une équipe de travail au CLSC faisant partie du plan d'intervention. Cela nécessite donc une constante interaction avec d'autres afin de faire part de changements et de discuter du plan d'intervention. Malgré cette présence à l'intérieur des équipes multidisciplinaires, les AFS effectuent principalement un travail d'exécution. Elles travailleraient surtout sous contrôle et par délégation de l'infirmière (Arborio, 2009). Elles doivent constamment se référer aux autres professionnels en cas de besoin et lorsqu'elles peuvent effectuer certaines activités d'exception, elles doivent au préalable avoir été formées par l'infirmière. Cette situation remet en question l'autonomie des AFS à l'intérieur de leur travail. Les espaces d'autonomie sont parfois possibles lorsqu'elles doivent faire face à certaines situations d'urgence, mais de manière générale, les AFS rencontrées doivent communiquer avec les autres professionnels lorsqu'un problème arrive.

Les espaces d'autonomie peuvent aussi être au niveau de la création d'un lien avec le client, surtout lorsque la clientèle est nouvelle. Il peut arriver parfois que certaines AFS ne donnent pas le soin d'hygiène parce qu'elles jugent que le client n'est pas en condition de recevoir les soins. Dans certains cas, il peut être craintif par rapport à la présence d'AFS de prodiguer des soins. Les AFS doivent donc essayer d'y aller par étape et sont libres de choisir de donner le soin ou non. Ces propos rejoignent ceux de Cognet (2000)

lors de son analyse sur les enjeux identitaires des AFS. Ce serait dans l'interaction avec la clientèle que l'AFS se crée des espaces d'autonomie. Elle est libre de choisir dans quel ordre et de quelle façon le soin pourra être effectué. Si, chez un client, l'AFS juge que la salle de bain n'est pas adéquate ou que l'état de santé actuel du client ne le permet pas, elle peut refuser de donner le soin d'hygiène au bain et de le donner plutôt au lit. La reconnaissance d'un savoir-faire et d'une connaissance plus grande du client que la majorité des intervenants semble nécessaire afin de reconnaître pleinement le rôle et les fonctions de l'AFS.

Outre le rôle d'exécution, la reconnaissance du rôle d'observateur et d'un savoir-faire propre à l'AFS semble être une condition dans la reconnaissance professionnelle de l'AFS. La nécessité de leur présence à l'intérieur des équipes multidisciplinaires reste encore à prouver (Cognet, 2000). Les différentes politiques publiques de maintien à domicile depuis le début des années 2000 mettent moins l'accent sur l'AFS et accorde plus de place aux entreprises d'économie sociale et à des tiers afin d'assumer le rôle que les AFS exécutent. La reconnaissance de la légitimité professionnelle de l'AFS est donc remise en question par la présence accrue de différents acteurs entrant en concurrence les uns entre les uns dans la dispensation des soins. Les établissements publics, les entreprises privées, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) et la famille font maintenant partie de l'équation afin de maintenir les personnes âgées en perte d'autonomie à la maison. Cette pluralité d'acteurs amène néanmoins quelques problèmes au niveau de la reconnaissance du travail et de la qualification. Étant considéré comme un travail d'exécution (Arborio, 2009) où les tâches ne sont pas toujours pensées en tant que travail (Cloutier et Van Daele, 2011) le travail

d'AFS a été confronté depuis ses débuts à l'idée qu'il s'agit de compétences naturelles et sexuées (Arborio, 2009). L'association entre ce type de travail et le travail domestique réalisé par les femmes dans la gratuité depuis des siècles viennent renforcer la non-reconnaissance de celui-ci (Gauvreau, 2009).

Ce discours par rapport à la formation requise est aussi présent chez quelques AFS rencontrées. L'expérience de la vie quotidienne des femmes et le fait d'avoir des enfants les prépare à pouvoir exécuter ce genre de tâches. La légitimité professionnelle des AFS serait alors remise en doute par ce type de discours où la formation n'est pas l'outil essentiel afin d'effectuer le travail d'AFS. Ce serait alors la socialisation des jeunes filles qui les amènerait avoir les compétences pour occuper ce type d'emploi. Ces propos rejoignent ceux de Bourque (1992) témoignant de l'importance d'établir une différenciation entre le travail domestique effectuée par les femmes au foyer et les fonctions de l'AFS. Toujours selon Bourque, la création d'un programme de formation par le ministère de l'Éducation a été une des étapes permettant cette différenciation et ainsi un avancement dans la reconnaissance professionnelle du métier. Selon deux AFS rencontrés, étant aussi des représentants régionaux à l'intérieur de l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec, non seulement les critères d'embauche ne sont pas les mêmes pour tous les CSSS de la province, mais les différents intervenants offrant ces mêmes services ne possèdent que rarement la formation sanctionnée par le Ministère de l'Éducation.

L'Association des auxiliaires familiales et sociales ⁵ fait donc pression sur le gouvernement afin d'exiger comme préalable à l'embauche le diplôme d'études professionnel ou l'équivalent non seulement pour les AFS en CLSC, mais aussi au niveau des agences et des entreprises d'économie sociale. Selon une des répondantes, cette demande est formulée non seulement pour les AFS, mais aussi pour la clientèle desservie. La formation permettrait donc la diffusion d'un savoir-faire et d'un savoir-être adéquat permettant l'uniformisation des pratiques au lieu de créer des sous-emplois à l'extérieur du système public.

⁵ Lors d'une rencontre informelle avec une personne ressource à l'intérieur de l'Association des auxiliaires familiales et sociales, elle nous a informé que l'Association est préoccupé de la baisse des exigences aux fins d'admission au DEP en assistance à la personne à domicile. En effet, elle m'a expliqué que, depuis quelques années, les exigences à l'entrée avaient été abaissées afin d'attirer un plus grand nombre de candidats. Un secondaire 3 complété au lieu d'un secondaire 4 était maintenant exigé. L'association tente donc de faire pression afin de ramener les exigences à la hausse vu la complexité de certaines tâches maintenant effectuées par les AFS.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'étudier la transformation du métier d'auxiliaire familiale et sociale afin de comprendre comment l'évolution du rôle et des tâches des AFS ont eu un impact sur leurs pratiques. Nous voulions observer, à l'aide d'entretiens semi-directifs effectués avec des AFS de trois régions du Québec, comment l'évolution de leurs rôles est vécue dans la pratique.

Les limites de cette recherche sont multiples. En effet, la difficulté de recrutement des AFS constitue une des difficultés rencontrées et une limite en tant que telle. En effet, il aurait été intéressant de rencontrer un plus grand nombre d'AFS, dans toutes les régions du Québec afin de bien prendre en compte la possibilité de rencontrer une diversité des pratiques. De plus, l'analyse des différentes luttes et du rôle de l'association des auxiliaires familiales et sociales du Québec, aurait aussi permis de comprendre d'autres aspects de l'analyse des groupes professionnels et des différentes luttes afin de revendiquer et d'obtenir un statut. Cependant, le temps et le manque de ressources n'ont pas permis d'entreprendre cette recherche de façon aussi ambitieuse. Néanmoins, ces résultats pourront, par contre, apporter des pistes de réflexion afin de s'interroger sur le processus de professionnalisation du métier d'AFS au Québec.

Les premiers chapitres ont permis de situer le métier d'AFS dans un contexte où différentes politiques de maintien à domicile se sont succédé et ont créé un marché des services à domicile (Gagnon et al, 2001). L'État de cette façon contribue à participer à un processus de structuration du marché du travail à travers différentes politiques (Cognet, 2003). Le métier s'est donc modifié au fil des années afin de correspondre aux besoins de plus en plus grands en matière de maintien à domicile.

Les résultats obtenus suite aux entretiens effectués auprès des huit AFS permettent de constater que différentes transformations sont en cours en ce qui a trait à la tâche de travail et les conditions d'exercice. Les changements survenus au cours des dernières années, tel que la loi 90 et les acteurs maintenant présents dans les services à domicile sont venus moduler les tâches des AFS. Pour la majorité des AFS interrogées, les tâches se situent maintenant surtout au niveau des soins d'hygiène et de certains actes délégués. Le temps passé chez les clients est réduit, puisque les tâches effectuées, surtout au niveau des actes délégués, ne prennent pas beaucoup de temps. Ces résultats viennent confirmer les propos d'Arborio (2009) et de Cloutier et Van Daele (2011). En effet, l'ajout de ces tâches de type infirmier permet une qualification accrue, mais tend aussi à diminuer le côté relationnel du travail d'AFS. La spécialisation des activités de travail pour la plupart des AFS rencontrés a amené une diminution des activités domestiques et une augmentation des soins d'hygiène. Les soins d'hygiène font partie des tâches les plus fréquemment effectuées par celles-ci.

Toutefois, certaines pratiques subsistent et il est important de le souligner. Les activités de la vie domestique n'ont pas entièrement été abandonnées, malgré le fait qu'ils se font de plus en plus rares. L'hétérogénéité des pratiques professionnelles des AFS est à souligner.

La reconnaissance du travail des AFS et leur autonomie sont aussi des éléments qui ont été analysés lors de ce mémoire. Les résultats obtenus tendent à confirmer ceux d'Arborio (2009) et de Cloutier et Van Daele (2011). Malgré leur présence à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires, le travail effectué par les AFS interrogées semble être un travail d'exécution. Elles effectuent les tâches qui ont été prévues dans les plans

d'intervention et travaillent sous "contrôle" et par délégation de l'infirmière ou de la travailleuse sociale attirée au dossier. Certains espaces d'autonomie sont toutefois possibles chez le client, lorsqu'elle doit prendre des décisions par rapport à l'exécution du soin et du temps accordé pour celui-ci. Elles compensent alors en diminuant le temps chez d'autres clients. La difficile reconnaissance du travail d'AFS vient aussi du fait que différents acteurs entrent en concurrence pour effectuer les différents soins. Étant considéré comme un travail d'exécution (Arborio, 2009), où les tâches ne sont pas toujours pensées en tant que travail (Cloutier et Van Daele, 2011), le travail est confronté constamment à son statut de travail domestique effectué par la femme (Saillant, 1991). L'enjeu des compétences requises et des qualifications dans le travail relationnel est donc relié à une question de représentations sociales (Dussuet, 2002).

La présence de différents acteurs à l'intérieur du marché des services à domicile amène aussi plusieurs questionnements quant à l'avenir du métier d'AFS en CLSC. Les politiques de maintien à domicile mettent maintenant l'emphase sur divers partenaires afin de pouvoir compléter l'offre de services du secteur public. Dans ce sens, les AFS ne pourront pas limiter la concurrence afin de protéger leur statut. Elles doivent maintenant composer avec une multiplicité de ressources à l'intérieur d'un marché concurrentiel. Boivin et Pinard (2007) concluent à la fin de leur analyse que les AFS doivent dépasser la concurrence organisée entre ces travailleuses et créer un espace commun et des projets partagés. Ces propos rejoignent ceux d'une AFS rencontrée dans le cadre de ce mémoire. Étant représentante régionale, elle est consciente de la nécessité d'utiliser ces ressources afin de pallier aux manques du secteur public. En effet, la représentante de la région de Québec pour l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec est aussi

d'accord sur ce point. Par contre, la nécessité d'une formation adéquate pour l'ensemble des auxiliaires familiales et sociales et des préposés à domicile semble être un terrain à explorer dans le but de faire reconnaître le métier. Selon Gauvreau (2009), les préposés à domicile du EESAD étudiés effectuent les mêmes tâches que les AFS en CLSC. Par contre, les défis sont nombreux. Il est déjà difficile pour l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec d'avoir un nombre suffisant de membres afin de faire valoir leurs revendications auprès des gouvernements. La légitimité de l'Association est remise en cause par certaines AFS dues à son incapacité de créer un ordre professionnel propre aux AFS. En ce moment, plusieurs luttes sont en cours par rapport aux prérequis pour la formation. De plus, certaines actions sont entreprises afin d'exiger aux CSSS de l'ensemble du Québec, la formation comme condition d'emploi. Ces exigences permettraient un certain contrôle des postulants à l'entrée en demandant une scolarité minimale et aussi un maintien d'un monopole d'exercice en assurant les postes en CLSC à des AFS formées et diplômées. Ces différents éléments pourraient constituer des pistes de recherche.

Les défis sont donc nombreux pour ce métier qui tente de tirer son épingle depuis son intégration à l'intérieur du système de la santé et des services sociaux. Les contraintes budgétaires et le manque de ressources amènent une conjoncture ne favorisant pas l'affirmation de la part des AFS de leur groupe professionnel. Leur position dans la division du travail ne semble pas leur procurer un statut suffisant afin de faire entendre leurs demandes.

Cette recherche, de type exploratoire, peut servir de point de départ et donner des pistes d'exploration. Explorer et examiner avec l'Association des auxiliaires familiales et

sociales les luttes et revendications en cours pourraient permettre de comprendre les enjeux auxquels elles sont confrontées. De plus, examiner les raisons expliquant la faible adhésion des AFS à leur association pourrait permettre de comprendre l'échec des différents processus de négociation et des revendications. Du côté du métier en tant que tel, une étude approfondie de l'évolution des tâches des AFS dans l'ensemble du Québec permettrait une meilleure compréhension des changements s'opérant dans la profession. Les recherches effectuées sur le sujet ont surtout regardé l'évolution dans les grands centres urbains. À l'aide des données recueillies, nous émettons l'hypothèse qu'il pourrait exister une différence non seulement entre les CSSS, mais aussi selon les différentes régions du Québec.

Bibliographie

ARBORIO, Anne-Marie. « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », in Didier Demazière et Charles Gadéa , *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte, 2009, pp.51-61.

BOIVIN, Louise & Yolande Pinard. « Les femmes dans l'engrenage mondialisé de la concurrence : Étude de cas sur les travailleuses des services d'aide à domicile au Québec. » *Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au travail*, mai 2007, 115p.

BOURQUE, Denis. « Nouvelle configuration des services sociaux et de santé: Quel rôle pour les associations et organismes communautaires?», *L'Abri*, revue de l'Association Québécoise des Personnes aphasiques (AQPA), vol. 6, no 3, 2004, 13-22.

BOURQUE, Raymonde. « Évolution de la profession des auxiliaires familiales et sociales : significations et enjeux. » *Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sociologie*, UQAM, 1992. 206p.

CHAMPY, Florent. « La sociologie des professions », Quadrige, Presses universitaires de France, Paris, 2009, 219p.

CLOUTIER, Esther et al. « L'importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile. » *Études et recherches IRSST*, 2006, 36p.

CLOUTIER, Esther et Agnès Van Daele. « Prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile –Expérience croisée de bonnes pratiques organisationnelles au Québec et en région Wallonie-Bruxelles. » *Contexte de travail et SST*. Guide RG-718, Québec, 2011, 26p.

COGNET, Marguerite et Laurent Raigneau. « Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes en santé », *Les Cahiers du Gres*, vol. 3, n 1, 2002, p.25-38.

COGNET, Marguerite. « Les femmes, les services et le don. », *Cahiers de recherche sociologique*, n 37, 2002, p.51-77.

COGNET, Marguerite. « Territoires du travail et enjeu identitaire chez les auxiliaires familiaux des Centres locaux de services communautaires (CLSC) », *Les Cahiers du Gres*, vol. 1, n 1, 2000, p.2-13.

COGNET, Marguerite. «Division racialisée et genre du travail en santé: La responsabilité politique des États. » France, 2003, 15p.

Conseil canadien de développement social. « L'auxiliaire familiale : se préparer pour servir », Ottawa, 1974.

DAVID, Hélène et al. « *Le recours aux agences privées d'aide à domicile et de soins infirmiers par les services de soutien à domicile des CLSC* », Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, 2003, Montréal.

DEMAZIÈRE, Didier. Charles Gadéa (coll). « *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis* », Découverte, Paris, 2009, 463p.

DUBAR Claude et Pierre Tripier. « *Sociologie des professions* », Collection U. Sociologie, Paris : A. Colin, 2005, 283p.

DUSSUET, Annie. « *Le genre de l'emploi de proximité* », *Lien social et Politiques*, numéro 47, 2002, pp.143-154..

ENNUYER, Bernard. « *Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale.* » *Gérontologie et société*, 2003, n 104, p.135-148.

FERMON, Beatrice et Oscar Firbank. « *Gérer la qualité des services à domicile : une analyse des approches suivies en France et au Québec.* » *Gérontologie et société*, no 99, 2001, pp.187-205.

GAGNON, Éric, Francine Saillant et al « *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux* », Sainte-Foy et Paris, Les Presses de l'Université Laval et L'Harmattan, 2001, 232 p.

GAUMER, Benoît. « *L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité* Lien social et Politiques, Numéro 55, 2006, pp. 25-32.

GAUMER, Benoît et Desrosiers G. « *L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du système.* » *Rupture : revue transdisciplinaire en santé*, 10, pp.52-70.

GAUVREAU, Sabrina. « *Les impacts de l'élargissement du panier de services des entreprises d'économie sociale en aide domestique sur les conditions de travail des préposées. Étude de cas à Saguenay : La coopérative de solidarité de services à domicile du royaume.* » *Mémoire présenté à l'Université du Québec à Chicoutimi comme exigence partielle de la maîtrise en études et interventions régionales.* UQAC, 2009, 197p.

GAUVREAU, Sabrina & al., « *Vers une régulation des relations entre l'État et les entreprises d'économie sociale en aide domestique : étude de cas au Saguenay.* », *Économie et Solidarités*, vol. 40, n° 1-2, 2009-2010, p. 17-30.

HAMEL, Jacques. « *À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point* », *Bulletin de méthodologie sociologique*, numéro 67, pp. 25-41.

HUGHES, Everett C. « Men and their work », Westport, Greenwood Press, 1981[1958], 184p.

JETTÉ Christian & al., « L'économie sociale et les services de soutien à domicile au Québec : coproduction ou coconstruction? » *Les cahiers du LAREPPS*, no 9-07, octobre 2009, 25p.

LALLEMENT, Michel. « Le travail, une sociologie contemporaine. », Éditions Galimard, 2007, Paris, 676p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Les services à domicile de première ligne. Cadre de référence.* Gouvernement du Québec, 1994.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Chez-soi : le premier choix. La Politique de soutien à domicile,* Gouvernement du Québec, 2003.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action 2005-2010 : Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie. Québec, 2005.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Vous recevez de l'aide. Les services d'aide à domicile et le chèque emploi-service.* Québec, 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de la Famille et des Aînés. *Vieillir et vivre ensemble.* Québec, 2012.

MORISSETTE, Joëlle et al. « De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche », *Recherches qualitatives*, volume 30, numéro 1, mai 2011, pp.1-9.

PAILLÉ, Pierre et Alex Mucchielli. « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales », Armand Colin, Paris, 2008, 315p.

PANET-RAYMOND, Jean. « Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires à l'ombre de la Loi 120 », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 1, 1994, p. 79-83.

PARADEISE, Catherine. « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, Vol. 20, numéro 2, 1988, pp.9-21.

PÉRODEAU, Guilhème. Denyse Côté (sous la direction de). « Le virage ambulatoire, défis et enjeux. », Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2002, 196p.

PILLON, Thierry & François Vatin. (2003). « Traité de sociologie du travail », Première édition, Octares, Toulouse, 501p.

POIRET, Christian. « Articuler les rapports de sexe, de classe et interethniques », *Femmes, genre, migration et mobilités*, vol.21, n 1, 2005, p.2-25.

ROY, Jacques. « L'histoire du maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État », *Service social*, vol. 43, n° 1, 1994, pp. 7-32.

SAILLANT, Francine. « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion », *Recherches féministes*, volume 4, numéro 1, 1991, pp. 11-29.

SAILLANT, FRANCINE. « Chercher l'invisible, épistémologie et méthode de l'étude des soins », *Recherches qualitatives*, vol. 20, 1999, pp.125-158.

TRAHAN, Lysette e& Patricia CARIS. « Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées », *Santé, Société et Solidarité*, vol.1, n°2, 2002, pp.83-92.

VAILLANCOURT, Yves. « Le modèle québécois de politiques sociales et ses interfaces avec l'union sociale canadienne », *Policy Matters*, vol.3, n°2, 2002, pp.1-52.

VAILLANCOURT, Yves, François Aubry et Christian Jetté, *L'économie sociale dans les services à domicile*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2003, 341 p.

VAILLANCOURT, Yves. et C. Jetté. « Les arrangements institutionnels entre l'État québécois et les entreprises d'économie sociale en aide domestique. Une analyse sociopolitique de l'économie sociale dans les services de soutien à domicile », Montréal, Éditions vie économique, 2009, 180 p.

VÉZINA, Aline & al. « Recension des écrits sur le soutien à domicile : la personne âgée et les ressources communautaires, des acteurs oubliés », *Service social*, vol. 43, n°1, 1994, pp.67-85.

WHITE, Deena. « La santé et les services sociaux : réforme et remises en question. Le Québec en jeu. » *Comprendre les grands défis*, PUM, Montréal, Chapitre 8, 1992, pp.225-248.

Annexe : Guide d'entretiens pour les entrevues avec les AFS

Description de l'entrevue

8 entretiens semi-directifs seront effectués afin de mettre à jour les pratiques professionnelles actuelles des auxiliaires familiaux et sociaux à partir de leur parcours professionnel. La sélection des participants se fera sur une base volontaire. Par contre, l'expérience fera partie des critères de sélection. Un minimum de 10 années d'expérience sera requis afin de pouvoir participer au projet de recherche. Le but est de mieux comprendre l'évolution des pratiques professionnelles des auxiliaires familiales et sociales afin de voir s'il y a eu professionnalisation du métier ou non. Pour ce faire, nous commencerons par reconstituer avec l'auxiliaire sa dernière journée de travail en abordant la nature de ces interventions, la répartition de son temps de travail et les profils et les besoins des personnes rencontrées. Ensuite, la personne interviewée sera invitée à situer ces informations par rapport à sa pratique actuelle. Cette journée reconstituée est-elle typique de sa pratique? Sinon, seront demandées des informations sur les autres dimensions de sa pratique actuelle. Par la suite, nous allons retourner à sa pratique antérieure afin de voir les différentes tâches qui étaient effectuées auparavant. Cette partie de l'entretien portera sur le début de sa pratique comme auxiliaire. Pour terminer, nous allons traiter de ce qui a changé au fil des années dans la pratique et des impacts des transformations du système de santé et des politiques publiques sur la pratique.

Cadre général de l'entrevue

- Section 1* *Présentation et explication du projet de recherche (5-10 minutes)*
Section 2 *Enregistrement de l'entrevue, confidentialité, formulaire de consentement (5 minutes)*
Section 3 *Entrevue avec l'AFS (60minutes)*

Thèmes abordés :

- *Retour sur la dernière journée de travail;*
- *Représentativité des cas et des tâches effectués;*
- *Retour sur sa pratique antérieure;*
- *Changement depuis le début de la carrière;*
- *Ce qui a amené ces changements selon l'AFS;*
- *Direction que prend le métier d'AFS;*
- *Opinions sur le métier en général;*

- Section 4* *Conclusion (5 minutes)*

SECTION 1 PRÉSENTATION ET ÉCHANGE INFORMEL SUR L'OBJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche porte sur l'évolution de la professionnalisation des AFS depuis les années 1990. Nous voulons étudier cette évolution en comparant les pratiques professionnelles du début des années 1990 avec les pratiques actuelles tout en suivant les changements entre les deux périodes. Le but est de mieux comprendre les pratiques actuelles afin de pouvoir identifier ce qui a changé dans la pratique. La participation des auxiliaires familiales et sociales à cette recherche permettra de comprendre, du point de vue des travailleurs eux-mêmes, les différents changements qui se sont opérés avec les transformations du système de santé et les différentes politiques publiques.

Cette entrevue sera d'une durée approximative d'une heure sur l'explication de votre travail en tant qu'auxiliaire familiale et sociale et votre rôle dans le maintien à domicile. Nous commencerons par l'explication de votre dernière journée de travail. Par la suite, nous traiterons des différentes tâches que vous accomplissiez au début de votre carrière, pour ensuite voir ce qui a changé dans votre pratique. En dernier lieu, nous aborderons la question des changements dans la pratique et de la direction que prend le métier d'auxiliaire familiale et sociale.

SECTION 2 ENREGISTREMENT DE L'ENTREVUE, CONSENTEMENT ET CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

- Explication des raisons de l'enregistrement de l'entrevue;
- Explication de la possibilité de se retirer de l'entrevue à tout moment;
- Explication du caractère confidentiel de l'entrevue et signature du formulaire de consentement.

SECTION 3 ENTREVUE AVEC LES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES

Thème 1 : La tâche de travail actuelle

<p style="text-align: center;">Question générale Pouvez-vous me raconter votre dernier quart de travail?</p>
--

- Déroulement de la journée;
- Personnes rencontrées;
- Trajets;
- Tâches effectuées;
- Représentativité des tâches effectuées par rapport aux journées de travail habituelle;
- Retour sur quelques tâches et activités (description, fréquence);
- Tâches effectuées qui ne sont pas dans la définition de tâches;
- Présence/Absence des tâches suivantes : courses, nettoyage, repas, médicaments, soins invasifs, réunion au CLSC...;
- Travail en partenariat avec des entreprises d'économie sociale, agences privées, famille (relation entre ces partenaires le cas échéant);
- Conditions de travail (charge de travail, horaire de travail);
- Conditions salariales.

Thème 2 : Début de la pratique

<p style="text-align: center;">Question générale Pouvez-vous me décrire les tâches que vous aviez à effectuer lorsque vous avez commencé le métier d'AFS?</p>

- Déroulement de la journée;
- Personnes rencontrées;
- Trajets;
- Tâches effectuées;
- Représentativité des tâches effectuées par rapport aux journées de travail habituelle;
- Retour sur quelques tâches et activités (description, fréquence);
- Tâches effectuées qui ne sont pas dans la définition de tâches;
- Présence/Absence des tâches suivantes : courses, nettoyage, repas, médicaments, soins invasifs, réunion au CLSC...;
- Travail en partenariat avec des entreprises d'économie sociale, agences privées, famille (relation entre ces partenaires le cas échéant);
- Conditions de travail (charge de travail, horaire de travail);
- Conditions salariales.

Thème 3 : Changement dans la pratique

Question générale

Qu'est-ce qui a changé entre ces périodes qui pourraient expliquer ces modifications dans votre pratique?

- Comment les tâches ont changé;
- Comment expliquer ces changements;
- Impact du changement dans le titre d'emploi sur la pratique (auxiliaire aux services de santé et sociaux);
- Ce qui peut être fait pour améliorer le travail des AFS.

Thème 4 : Expériences antérieures et formation

Question générale

Quel parcours vous a amené à devenir auxiliaire familiale et sociale?

- Formation suivie;
- Emplois occupés auparavant;
- Implication dans l'Association ou à l'intérieur du CLSC (Nature de l'implication le cas échéant).

Conclusion : Avant de remercier le participant, s'il y a quelque chose qu'il aurait aimé ajouter. Par la suite, lui expliquer que le participant pourra relire son verbatim dans quelques semaines et il pourra alors modifier ou clarifier certaines informations.