



Être préposé aux bénéficiaires : l'expérience de travail des immigrants de la ville de Québec

Mémoire

Émilie Allaire

Maîtrise en anthropologie

Maître ès arts (M.A.)

Québec, Canada

© Émilie Allaire, 2017

Être préposé aux bénéficiaires : l'expérience de travail des immigrants de la ville de Québec

Mémoire

Émilie Allaire

Sous la direction de :

Raymond Massé, directeur de recherche

Nathalie Jauvin, codirectrice de recherche

RÉSUMÉ

Ce mémoire propose une analyse ethnographique de l'expérience au travail des préposés aux bénéficiaires immigrants par l'examen des pratiques et des interactions sociales au sein des centres d'hébergement de la ville de Québec. Il examine plus particulièrement la place qu'occupe l'ethnicité des préposés à travers la relation qu'ils entretiennent avec les résidents et les collègues de travail. La recherche réalisée montre que l'expérience des préposés immigrants est souvent difficile : ils ne peuvent pas mettre en scène les pratiques de soin qui leur sont prescrites, en raison de nombreuses contraintes organisationnelles, en plus de vivre plusieurs difficultés interactionnelles autant avec les collègues que les résidents. L'ethnicité influence l'expérience plutôt négativement : la différence corporelle devient un facteur d'exclusion organisationnel menant à la mise à l'écart des préposés immigrants au sein de l'équipe de travail. Elle n'occupe toutefois pas la même place dans la relation entre les préposés et les résidents, comme elle n'y est pas le premier élément provoquant des relations de soin souvent tendues. L'examen des relations entre préposés et résidents mène ainsi à un constat plus positif de l'expérience au travail.

ABSTRACT

Through an ethnographic analysis, this master's tries to understand the lived work experience of immigrant personal care attendants by studying the practices and professional and social relations found within long-term centers care in Quebec City. It focuses on the place of ethnicity in personal care attendant's relations with colleagues and patients. This master's shows that their lived work experience is often difficult: they cannot do their job like they would like to do it, because of the numerous organisational constraints surrounding their work. More so, their experience many difficulties in their interactions with their colleagues and patients. Ethnicity is at the core of this negative lived work experience: it is that by which social interactions are defined in this place of work, and it is a source of exclusion from their coworkers for immigrant personal care attendants. Nevertheless, it occupies a different place in social interactions between personal care attendants and the patients than it does between immigrant personal care attendants and their colleagues: ethnicity is not the primary source of negative care relation with attendant's patients. Thus, analyzing the relation between personal care attendants and their patients leads to a more positive view of their work experience.

TABLES DES MATIÈRES

| | |
|--|------|
| RÉSUMÉ | III |
| ABSTRACT | IV |
| TABLES DES MATIÈRES | V |
| LISTE DES TABLEAUX | VIII |
| LISTE DES FIGURES | IX |
| LISTE DES ANNEXES | X |
| LISTE DES ACRONYMES..... | XI |
| REMERCIEMENTS | XII |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE..... | 1 |
| CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE ET CONTEXTUALISATION.... | 4 |
| 1.1. Introduction | 4 |
| 1.1.1. Pourquoi s'intéresser à l'expérience de travail ? | 4 |
| 1.2. Le domaine des soins : ethnicité, femmes et privatisation | 7 |
| 1.3. L'expérience au travail des immigrantes dans le secteur de la santé, ce que la littérature dit..... | 10 |
| 1.3.1. Les difficultés de communication..... | 11 |
| 1.3.2. Les problèmes de « culture » | 11 |
| 1.3.3. La culture : frontière ou proximité dans le lien social ? | 12 |
| 1.3.4. L'absence de soutien de l'équipe de travail..... | 13 |
| 1.3.5. Des revendications pour l'égalité au travail | 13 |
| 1.3.6. Conclusion | 14 |
| 1.4. Brève présentation du métier de préposé aux bénéficiaires | 14 |
| 1.4.1. Le territoire étudié : les centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-capital e.... | 16 |
| 1.5. Conclusion..... | 17 |
| CHAPITRE 2 : LES ORIENTATIONS CONCEPTUELLES..... | 19 |
| 2.1. Introduction | 19 |
| 2.2. Les soins d'assistance..... | 21 |
| 2.2.1. Des soins ingrats, un sale boulot..... | 21 |
| 2.2.2. Les savoirs profanes..... | 22 |
| 2.2.2.1. Le savoir relationnel comme savoir-être..... | 23 |
| 2.2.2.2. Les contraintes organisationnelles de la mise en pratique du savoir relationnel | 24 |
| 2.2.2.3. Le savoir relationnel, un prérequis pour faire partie de l'équipe des préposés | 24 |

| | |
|---|----|
| 2.3. La relation de soin | 25 |
| 2.3.1. Les approches théoriques à la définition du soin | 25 |
| 2.3.1.1. L'anthropologie des soins | 26 |
| 2.3.2. Cinq caractéristiques incontournables à la relation de soin | 27 |
| 2.3.2.1. La reconnaissance mutuelle, le fondement de la relation de soin | 28 |
| 2.3.3. L'ethnicité, une limite dans la relation de soin ? | 29 |
| 2.4. L'équipe soignante, le collectif de travail en milieu hospitalier..... | 30 |
| 2.4.1. Pourquoi le collectif de travail est essentiel ?..... | 30 |
| 2.4.1.1. S'unir par un projet commun | 31 |
| 2.4.2. Le cas des préposées aux bénéficiaires au Québec | 33 |
| 2.4.3. Le cas plus général des soignantes immigrantes à travers le monde | 34 |
| 2.5. Conclusion | 35 |
| CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE | 37 |
| 3.1. Les objectifs de recherche | 37 |
| 3.2. Paradigme méthodologique | 38 |
| 3.2.1. Approche théorique : la phénoménologie..... | 38 |
| 3.3. Stratégies d'enquête..... | 39 |
| 3.4. Déroulement des entretiens | 41 |
| 3.4.1. Population interrogée | 41 |
| 3.4.2. Recrutement des participants | 41 |
| 3.5. Analyse des données..... | 42 |
| 3.6. Considérations éthiques..... | 43 |
| CHAPITRE 4 : ÊTRE PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES : DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL LORS DE L'ARRIVÉE DANS LE MÉTIER..... | 44 |
| 4.1. Portrait des trajectoires migratoires et professionnelles. Devenir préposé aux bénéficiaires..... | 44 |
| 4.2. Le métier de préposé aux bénéficiaires : les premiers pas | 48 |
| 4.2.1. Jour 1 : la journée d'orientation..... | 48 |
| 4.2.1.1. Une journée dans la peau de Maria, une préposée aux bénéficiaires..... | 51 |
| 4.2.1.2. Analyse de la description narrative présentant l'organisation du travail | 59 |
| 4.2.2. La probation | 61 |
| 4.2.2.1. La probation : l'apprentissage de la rapidité | 63 |
| 4.2.2.2. La probation : être un fardeau pour l'équipe soignante | 64 |
| 4.2.2.2.1. Le cas de Joséphine | 65 |
| 4.2.2.2.2. Les difficultés liées à la maîtrise de la langue française..... | 65 |

| | |
|--|-----|
| CHAPITRE 5 : L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL APRÈS LA PROBATION : DESCRIPTION DE LA RELATION DE SOIN..... | 68 |
| 5.1. Mise en scène de la chorégraphie des soins : rencontre entre un corps soignant et un corps fragilisé | 69 |
| 5.1.1. Corps en souffrance, corps en violence : les soins au sein du milieu de vie | 70 |
| 5.1.2. La relation de soin : le touché, le regard et les gestes singuliers | 73 |
| 5.1.3. Des limites à la relation de soin ? | 75 |
| 5.2. Relation de soin et corps soignant étranger : le refus du corps différent..... | 76 |
| 5.2.1. « Ne me touche pas grosse noire sale ! »..... | 77 |
| 5.2.2. « Il faut apprendre à les aimer malgré leurs paroles »..... | 80 |
| CHAPITRE 6 : L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL APRÈS LA PROBATION : DESCRIPTION DE LA DYNAMIQUE AU SEIN D'UNE ÉQUIPE SOIGNANTE..... | 83 |
| 6.1. Le sentiment d'exclusion : « Ils ne veulent pas travailler avec nous » | 83 |
| 6.1.1. Un milieu de commérage et de méfiance : « tout le monde sait tout »..... | 86 |
| 6.2. L'insatisfaction du travail des collègues | 87 |
| 6.3. Une bonne équipe soignante, ça existe ? | 88 |
| CHAPITRE 7 : DISCUSSION ET CONCLUSION | 91 |
| 7.1. L'expérience probatoire et sa réussite : une transition difficilement vécue | 91 |
| 7.1.1. L'expérience du savoir relationnel en probation | 92 |
| 7.1.2. L'expérience de l'équipe de travail en probation | 94 |
| 7.1.3. Synthèse de l'expérience probatoire | 95 |
| 7.2. La place des préposés immigrants au sein de l'équipe de travail..... | 95 |
| 7.2.1. L'ethnicité et les aspects corporels comme facteur d'exclusion..... | 97 |
| 7.3. L'expérience de la relation de soin : le rejet attendu..... | 98 |
| 7.3.1. Refus du résident et manque de temps : ce qui brise la relation..... | 99 |
| 7.3.1.1. Qu'est-ce qu'une bonne relation de soin ?..... | 100 |
| 7.4. Schéma synthèse..... | 101 |
| BIBLIOGRAPHIE | 103 |
| ANNEXE 1 : AFFICHE DE RECRUTEMENT | 110 |
| ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT | 111 |
| ANNEXE 3 : SCHÉMA D'ENTRETIEN..... | 113 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Profil des participants | 44 |
|---|----|

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Le territoire et les points de service du CSSS de la Vieille-Capitale..... | 16 |
| Figure 2 : Schéma résumé du lien entre l'expérience et les orientations conceptuelles..... | 20 |

LISTE DES ANNEXES

| | |
|---|-----|
| Annexe 1 : Affiche de recrutement..... | 110 |
| Annexe 2 : Formulaire de consentement | 111 |
| Annexe 3 : Schéma d'entretien..... | 113 |

LISTE DES ACRONYMES

| | |
|------------|---|
| ARS | Approche relationnelle de soin |
| CERSSPL-UL | Centre de recherche sur les soins et services de première ligne de l'Université Laval |
| CIUSSS-CN | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CSSS-VC | Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale |
| PDCB | Principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires |
| RIPOST | Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail |

REMERCIEMENTS

Au cours des deux dernières années, j'ai rencontré des personnes inspirantes, le type de personnes qui ne nous laisse pas indifférent. J'ai été touché droit au cœur par leur histoire, leur force et leur résilience. Ils m'ont donné le courage et l'énergie pour réaliser ce mémoire jusqu'au bout. Merci à tous mes participants ! Merci de m'avoir fait confiance. Vous êtes tous et toutes ma source d'inspiration.

Ce mémoire n'aurait jamais vu le jour sans ma merveilleuse co-directrice, Nathalie Jauvin, qui m'a fait découvrir, en m'engageant comme stagiaire au baccalauréat, le milieu de la santé et des services sociaux. Elle m'a donné *ma chance* et j'en suis très reconnaissante. Merci Nathalie pour ton écoute, ta patience et pour m'avoir transmis ta passion pour la recherche sociale.

Je ne peux passer sous le silence l'influence importante de mon directeur, Raymond Massé, plus particulièrement lors de mon baccalauréat. Ses recherches et ses réflexions ont été pour moi une révélation : j'ai su que j'avais un intérêt pour l'anthropologie de la santé. J'ai eu le privilège d'être dirigé par le pionnier de ce domaine au Québec. Merci Raymond pour votre esprit critique, votre expertise et vos encouragements.

Merci à tous mes collègues de travail du Centre de recherche sur les soins et services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL). Je tiens à remercier plus particulièrement Éric Gagnon, mon mentor de tous les jours, avec qui je collabore sur ses projets comme assistante de recherche. Partageant les mêmes réflexions sur les centres d'hébergement, nos intérêts communs ont alimenté de nombreuses discussions très intéressantes. Sans celles-ci, ce mémoire ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui. Merci Éric pour nos échanges et pour tes conseils si précieux.

Merci à ma famille et à mes amies, plus particulièrement à celles qui ont vécu aussi l'expérience du deuxième cycle. Merci Lilianne Bordeleau, amie et collègue de travail, de m'avoir partagé ton expérience académique et professionnelle ainsi que de m'avoir changé les idées aux bons moments. Tu as contribué à la réussite de ce mémoire. Merci à Stéphanie

Collins d'avoir partagé mon quotidien à l'été 2015 lors de ma collecte de données, ton écoute et ton soutien ont permis la création de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier celui qui m'a tenu la main quotidiennement dans cette expérience, mon mari David Bouchard. Merci pour tes mots d'encouragement, pour nos soirées à discuter de la structure de ce texte, pour mes moments de panique où tu as su me reconforter et pour toutes les lectures que tu as fait de ce texte. Merci à la vie de t'avoir mis sur mon chemin, tu es ma motivation. Ce mémoire est un peu le tien... Je t'aime !

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Pourquoi s'intéresser à l'expérience de travail des préposés aux bénéficiaires immigrants ? Comment ce sujet de recherche s'est-il construit ? En fait, ce projet a vu le jour grâce à un stage que j'ai réalisé à l'automne 2013 au sein de l'équipe RIPOST dans le cadre de mon baccalauréat en anthropologie. J'avais été mandatée pour réaliser une recherche exploratoire sur la situation des préposés aux bénéficiaires immigrants des centres d'hébergement publics de la ville de Québec ; un sujet qui m'était pratiquement inconnu à l'époque. Cette expérience m'a permis, d'une part, de découvrir ce champ de recherche, et d'autre part, il m'a ouvert la voie sur plusieurs réflexions critiques concernant les travailleurs de la santé en première ligne¹, la diversité culturelle au travail et les diverses théories du *prendre soin*.

Peu de temps après ce stage, j'ai eu la chance d'intégrer l'équipe RIPOST comme assistante de recherche où j'ai travaillé sur la question de la santé et sécurité au travail des préposés aux bénéficiaires dans le cadre d'un projet interventionnel au sein du milieu de l'hébergement. C'est ainsi que mon intérêt professionnel et personnel à étudier ces travailleurs de la santé m'a amené à réaliser un mémoire sur le sujet. Mon statut de *membre* de l'équipe RIPOST m'a permis de bâtir une étroite collaboration avec les acteurs du milieu de l'hébergement qui ont manifesté, dès le départ, un intérêt commun à connaître la situation des préposés aux bénéficiaires immigrants de leurs établissements². Cette proximité avec le milieu a facilité ma présence sur le terrain lors de ma collecte de données, un privilège que je tenais à souligner.

Même si mon sujet s'est construit de manière collective avec l'équipe RIPOST et la direction de l'hébergement de la ville de Québec, les objectifs de recherche de ce mémoire n'ont pas été choisis et guidés par ces milieux : ils ont plutôt émergé de mes interrogations

¹ Les soins et les services de première ligne touchent plusieurs axes : la promotion et la prévention de la santé, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins de fin de vie.

² Ces établissements sont intégrés au *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale* (depuis avril 2015), anciennement le *Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale* (CSSSVC)

personnelles et professionnelles. Ce mémoire s'inscrit au sein d'une démarche ethnographique où je chercherai à comprendre l'expérience de travail, le *vécu* des préposés aux bénéficiaires immigrants dans les centres d'hébergement de la ville de Québec. Il vise à décrire l'expérience de ces travailleurs en s'appuyant sur des concepts qui caractérisent ce métier : les soins d'assistance, la relation de soin et le travail collectif avec l'équipe soignante. Ce mémoire tentera plus particulièrement d'illustrer de quelle manière l'origine ethnique des préposés aux bénéficiaires influence, positivement ou négativement, leurs *vécus* au travail et comment cela s'insère au quotidien.

Le premier chapitre permettra d'introduire le sujet étudié en présentant la problématique de la recherche et la contextualisation, ainsi qu'une présentation du concept de *l'expérience*. Il sera question de clarifier à quoi fait référence le terme de *l'expérience* au sein de ce mémoire et de quelle manière sa définition, par les concepts qui en découlent, permettra de mieux décrire le vécu au travail des préposés aux bénéficiaires immigrants. Ce chapitre illustrera également la place que les femmes immigrantes occupent dans le secteur des soins, documentera *l'expérience de travail* de ces femmes à travers différentes études, et présentera brièvement le métier de préposé aux bénéficiaires et le territoire étudié au sein de ce mémoire.

Le deuxième chapitre présentera les orientations conceptuelles qui guideront la description ethnographique de *l'expérience au travail* des préposés aux bénéficiaires immigrants. Il sera question d'illustrer plus spécifiquement les concepts se rattachant aux pratiques et aux interactions sociales au sein de ce métier : les théories liées aux soins d'assistance, aux savoirs profanes, à la relation de soin et au collectif de travail seront présentés. De plus, à travers ces concepts, un examen de la place qu'occupe l'ethnicité dans le quotidien de travail sera effectué. Le chapitre se terminera en exposant les liens entre la littérature et les objectifs de ce mémoire.

Le troisième chapitre permettra de dévoiler la question de recherche et les objectifs spécifiques se rattachant à celle-ci. Il sera question de présenter plus spécifiquement la méthodologie utilisée afin de répondre à ces objectifs. Ce chapitre illustrera donc les

stratégies d'enquêtes utilisées et leurs déroulements ainsi qu'une présentation de l'analyse effectuée des données. Il se terminera en exposant les considérations éthiques de la recherche.

Les chapitres quatre, cinq et six présenteront les résultats recueillis répondant aux objectifs de recherche. Enfin, le septième chapitre prendra la forme d'une discussion, où un retour sur les résultats et les bases théoriques de ce mémoire permettra de répondre plus globalement à la question de recherche.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE ET CONTEXTUALISATION

1.1. Introduction

1.1.1. Pourquoi s'intéresser à l'expérience de travail ?

Ce sont les femmes, en majorité les immigrantes³, qui à travers le monde occupent une place importante dans les secteurs d'emploi en santé, en soins infirmiers et en assistance aux personnes (Alexis et Vydelingum 2004; Alexis, Vydelingum, et Robbins 2007; Cognet 2001; Meintel, Cognet, et Lenoir-Achdjian 1999; Castonguay 2009; Hussein, Manthorpe, et Ismail 2014). Selon une étude montréalaise en 2004, les immigrantes formaient 48% des équipes d'auxiliaire de santé et de services sociaux⁴ (Cognet 2004a; Cognet 2004b). Pour la ville de Québec, il n'existe aucun chiffre pour appuyer le fait que les équipes soient composées de plus en plus d'immigrantes chez les préposés aux bénéficiaires. Toutefois, quelques recherches exploratoires ainsi qu'un symposium de discussion menés au CIUSSS de la Capitale-Nationale permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un métier très féminisé, pratiqué de plus en plus par des immigrantes (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015). Ce sont ces préposées aux bénéficiaires des centres d'hébergement de la ville de Québec qui font l'objet de ce mémoire.

Au Canada, les études s'intéressant aux préposées aux bénéficiaires sont très récentes, et celles portant tout particulièrement sur les immigrantes sont rares. Jusqu'à tout récemment, le monde scientifique ne portait pas attention à ces soignantes. *Changeuses de couche* ou *laveuses de corps*, leur statut professionnel et social était considéré inintéressant. Au sein de cette récente littérature, quelques études se sont intéressées, sous différentes approches, à la

³ Le féminin sera utilisé tout au long de la présentation de la contextualisation et des orientations conceptuelles afin de représenter la réalité de ce métier féminisé et de se conformer au genre utilisé dans la littérature scientifique. Lors de la présentation des résultats, le masculin sera utilisé pour parler des préposés afin de faciliter la lecture. Il s'avère que lors de la collecte des données, autant d'hommes et de femmes ont été interrogés.

⁴ Un métier presque similaire à celui des préposées aux bénéficiaires, sauf que ces travailleuses offrent des soins à domicile et non en centre hébergement. De plus, les auxiliaires peuvent effectuer certains soins que les préposés n'ont pas droit comme changer des pansements et appliquer certaines crèmes médicales.

place et aux enjeux entourant les soignantes immigrantes dans les organisations de santé publiques et privées. Certains auteurs ont tenté de comprendre comment ces métiers en assistance aux personnes sont devenus *ethnifiés* et de quelle manière une division du travail s'opère au sein de ces emplois selon les critères tels que le sexe et l'origine ethnique ou nationale (Cognet 2000; Cognet et Raigneau 2002; England et Dyck 2012; Lamura 2008; Walsh et O'Shea 2010; Walsh et Shutes 2012). D'autres chercheurs se sont penchés sur la question du racisme et de la discrimination envers les soignantes immigrantes dans les établissements de santé au Canada (Calliste 1996; Cognet 2004a; Cognet 2010; Cognet 2013; Hagey et al. 2001; Stevens, Hussein, et Manthorpe 2011). Ces études serviront de références, plus tard dans ce chapitre, afin d'illustrer l'expérience de travail de ces soignantes.

Si les recherches sur les travailleuses immigrantes en soins d'assistance se font rares, ce n'est pas le cas pour les études s'intéressant de manière plus large au marché de l'emploi chez les immigrants. De nombreuses recherches se sont en effet penchées sur la thématique de l'intégration au travail des travailleuses et travailleurs immigrants dans plusieurs secteurs d'emploi. Communément appelée l'insertion ou l'intégration professionnelle, elle fait souvent l'objet d'étude lorsqu'il est question d'immigration. Elle peut être étudiée sous trois angles : l'intégration pré-embauche, l'intégration à l'embauche et l'intégration post-embauche. Les recherches s'intéressant à la période pré-embauche analysent généralement les obstacles à l'insertion professionnelle des immigrants, ainsi que les stratégies utilisées pour contrer ces difficultés (Blain, Carlos, et Sylvie 2012; Cardu et Sanschagrin 2002). Les études explorant l'intégration durant la période pré-embauche tentent de saisir les processus par lequel l'immigrant, à partir de son arrivée dans le nouveau pays, cherche à s'inscrire activement sur le marché du travail. D'autres recherches vont pour leur part analyser les attentes et les ambitions pré-migratoires des immigrants afin de comprendre cette période de recherche d'emploi (Giroux 2011).

Certains auteurs cherchent quant à eux à expliquer l'accès discriminé que les immigrants vivent lors de la période d'embauche (Alaoui 2006; Cognet 2004a; Cognet 2004b; Coté 2014). Par exemple, une étude effectuée auprès des responsables d'embauche montre que les immigrants, de manière générale, répondent moins bien aux modèles attendus lors de l'embauche. Ces modèles, faisant référence aux compétences, aux qualités et aux

attitudes de l'employé recherché, correspondraient moins bien lors qu'il s'agirait d'un immigrant. Il y aurait pour ces recruteurs un problème de culture. La dernière thématique de l'intégration au travail, qui est très peu étudiée dans la littérature, est celle de la période post-embauche. Peu d'études se sont penchées sur la manière dont les immigrants vivent leur intégration au travail après leur embauche. Comment se déroule les premières journées ? Comment s'adaptent-ils au nouveau milieu de travail ? Quelles difficultés rencontrent-ils ? Sont-ils satisfaits ? Afin de répondre à ces questions très peu étudiées, je m'intéresse dans ce mémoire à la période post-embauche des immigrants et immigrantes ayant trouvé un travail comme préposés aux bénéficiaires. Toutefois, le concept d'intégration au travail ne sera pas utilisé ; je ne cherche pas à analyser si les préposées immigrantes sont *intégrées* ou non dans leur équipe de travail, je cherche plutôt à décrire et documenter leur *expérience* de travail. Ce choix conceptuel est réfléchi : parler d'intégration est très complexe, cela renvoie à aborder les notions d'insertion et d'assimilation, des concepts s'affrontant depuis quelques années en sciences sociales (Côté-giguère 2015). Ce mémoire ne vise pas à mesurer le degré d'intégration des participants, une tâche très ardue en raison des multiples définitions de ce terme qui ne cesse d'être utilisé sous plusieurs formes sans que n'y soit associé de définition (Côté-giguère 2015). Qu'est-ce que l'intégration au travail ? Qu'est-ce que la non-intégration au travail ? Quels sont ces critères et ces frontières ? La non-intégration s'adresse-t-elle seulement aux immigrants ou un québécois d'origine peut-il ne pas s'intégrer au travail ? Toutes ces questions sur l'intégration demanderaient d'être étudiées plus en profondeur, c'est pourquoi le concept d'intégration ne sera pas utilisé.

Je m'intéresse donc ici à la période post-embauche des préposées aux bénéficiaires immigrants, plus spécifiquement à *l'expérience vécue* au travail. Qu'est-ce que *l'expérience* ? À quoi s'intéresse-t-on lorsqu'il est question de décrire *l'expérience de travail* ? Ce mémoire s'est arrêté sur la définition que propose la sociologie de l'expérience : elle présente l'expérience comme un construit social prenant forme à travers les représentations, les émotions, les conduites et les manières dont les individus s'en rendent compte (Dubet 1994 : 256). L'expérience sociale de l'individu se construit à travers les actions posées, des gestes se présentant sous deux formes: 1) l'action est une pratique 2) l'action est interaction (Dubet 1994; Dubet, Lebon, et de Linares 2008). D'une part, Bourdieu disait : « la pratique est la

réalisation d'un habitus, c'est-à-dire d'un ensemble de codes et de dispositions acquis et que l'individu met en œuvre dans la diversité des circonstances » (Dubet 1994 : 76). Si les pratiques découlent de l'*expérience*, une description minutieuse des pratiques organisationnelles et de soins des préposées devra être effectuée au sein de ce mémoire afin de mieux comprendre leur expérience au travail. D'autre part, si l'action est interaction, une description approfondie des interactions « des relations de face à face comme le disait Goffman » (Dubet 1994 : 82) devra être faite pour mieux illustrer l'expérience au travail des préposées. Les interactions qu'elles entretiennent avec les résidents et leurs collègues de travail seront décrites, car elles constituent le cœur de leur expérience sociale au travail. La définition de la sociologie de l'expérience permet donc de dégager deux concepts, les pratiques et les interactions sociales, qui seront étudiés afin de décortiquer l'expérience au travail des préposées immigrants. C'est de cette manière, par la description des pratiques et des interactions, que l'expérience de travail sera présentée au sein de ce mémoire. Les objectifs spécifiques attachés à cette démarche ethnographique seront présentés un peu plus tard (chapitre 3).

Ce premier chapitre fera d'abord état de la problématique et de la contextualisation du sujet de la recherche. La section qui suit présentera la place qu'occupent les femmes immigrantes dans le secteur de la santé et les écrits scientifiques concernant l'expérience au travail de ces immigrantes où seront illustrées les diverses difficultés rencontrées au travail. Ce chapitre se terminera avec la contextualisation de la recherche présentant en premier lieu le métier de préposé aux bénéficiaires et en deuxième lieu, le territoire étudié où la collecte des données a été effectuée, c'est-à-dire les centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale.

1.2. Le domaine des soins : ethnicité, femmes et privatisation

À travers le monde, les immigrantes sont surreprésentées dans le domaine des soins, plus particulièrement en soins infirmiers et en assistance aux personnes (Alexis et Vydelingum 2004; Alexis, Vydelingum, et Robbins 2007; Hussein, Manthorpe, et Ismail 2014; Jönson et Giertz 2013; Walsh et Shutes 2012). À titre d'exemple, une étude réalisée en Italie auprès des travailleurs immigrants dans le secteur de l'aide aux personnes âgées

constate que plus de 50% de femmes immigrantes occupent un emploi dans ce secteur (Lamura 2008). Cette proportion porte à croire que ce métier est devenu une *niche* pour les populations immigrantes. Plusieurs participantes de cette étude ont exprimé lors d'entrevues individuelles : « c'est facile à trouver, c'est le seul emploi que j'ai trouvé » (Lamura 2008 : 86). Ce phénomène se transpose également aux institutions de santé canadiennes où plusieurs immigrantes sont embauchées dans ce secteur d'emploi. En fait, le déplacement des immigrantes pour venir combler les besoins dans le secteur des soins infirmiers ou en assistance à la personne ne date pas d'hier. Depuis les années 1955, plusieurs programmes⁵ pour attirer les aides familiaux au Canada ont été mis en place par le gouvernement afin de combler des emplois que la main-d'œuvre locale ne veut pas combler (Castonguay 2009). Dans l'histoire du Canada, les politiques d'immigration sont étroitement liées au marché interne du travail et à son besoin de main d'œuvre (Cognet et Raigneau 2002 : 29). Grâce à ces politiques, le Canada a accueilli dans les années 1950 des immigrantes des pays de la Caraïbe pour répondre à un besoin dans ce secteur d'emploi pendant la période d'expansion économique des pays industrialisés (Cognet et Raigneau 2002).

Calliste (1993), une chercheure critiquant ce genre de politique, explique que l'entrée de ces infirmières pour venir combler des emplois d'infirmières auxiliaires au Canada était caractérisée comme une politique d'immigration effectuée en fonction de l'origine nationale, de la classe sociale et du sexe. Aujourd'hui, cette politique n'existe plus, mais il est possible d'en ressentir encore les effets négatifs sur la réalité institutionnelle qui semble bien présente : la gestion du travail en santé continue de s'appuyer sur des pratiques qui font « la

⁵ Plusieurs programmes ont été mis sur pied au fil des années au Canada pour attirer des « domestiques ». Le premier programme en 1955 visait spécifiquement les travailleurs de la Jamaïque et de la Barbade (Castonguay 2009 : 7). En 1973, le gouvernement canadien adoptait un système de permis de travail temporaire qui était imposé à l'employeur du « domestique » et exigeait le retour au pays d'origine une fois ce permis expiré (Castonguay 2009 : 7). C'est à partir de 1981 que la composante sur la résidence permanente a vu le jour, ce qui permettait aux femmes immigrantes, avec certains critères, de faire une demande d'immigration permanente sans quitter le Canada (Castonguay 2009 : 7). Présentement, depuis 1992, le Programme des aides familiaux résidents (PAFR) a pour but de favoriser la venue de travailleuses pour venir combler des postes d'aides familiales résidentes. Il s'agit d'emploi pour venir combler un manque de main-d'œuvre liés à la garde des enfants et aux soins à des personnes âgées ou handicapées (Castonguay 2009 : 8). Certains critères pour être admissibles au programme sont exigés : 11 années de scolarité, avoir une connaissance du français ou de l'anglais et avoir 5 ans d'expériences dans le métier d'assistance. Après une durée de 24 mois pour avoir travaillé comme aide familiale résidente, les femmes ont la possibilité de faire une demande pour être résidente permanent au Canada et inclure leur conjoint et leurs enfants dans la demande (Castonguay 2009 : 8).

part belle aux hommes, un peu moins belles aux femmes, mais bien plus mauvaises aux immigrants et surtout quand ceux-ci sont des femmes » (Cognet et Raigneau 2002 : 29). Ces études rapportent donc le fait qu'il existe toujours une délégation du travail en santé qui prend place au cœur d'un triple rapport de domination par le genre, le statut migratoire et l'appartenance ethnique (Calliste 1993; Calliste 1996; Cognet 2001; Cognet et Raigneau 2002). Malgré le fait que ce mémoire ne traitera pas de l'expérience des préposées immigrantes par les théories féministes, il s'avère important de mentionner ce lourd contexte auquel des milliers de soignantes immigrantes sont confrontées depuis des décennies.

Selon des études effectuées à Montréal, les immigrantes vivent une situation similaire, elles sont surreprésentées, plus particulièrement dans le secteur privé des soins (Cognet 2004a; Cognet 2004b). En 2004, 48% des auxiliaires de santé et de services sociaux étaient immigrantes ; parmi celles-ci, 37% étaient engagées par les CLSC et 57% travaillaient au CLSC, mais étaient engagées par une agence privée (Cognet 2004a; Cognet 2004b). Issue d'une forme d'inégalité structurelle, cette proportion d'immigrantes dans le secteur privé est inquiétante. À Montréal, celles qui travaillent dans le secteur public possèdent de bonnes conditions de travail, un meilleur salaire, une sécurité d'emploi, l'accès à des formations en continue, comparativement au secteur privé des soins où les femmes sont payées au salaire minimum, se retrouvant avec une insécurité d'emploi et des conditions de travail très mauvaises (Cognet 2004a). Dans le secteur privé, le soutien matériel est même souvent absent : elles doivent fournir leur propre matériel, comme les gants, l'uniforme, etc.

Le recours à des services dispensés par le secteur privé en services publics prend de l'ampleur au Québec, entre autres parce que les agences privées coûtent moins cher aux établissements de santé publics que les entreprises d'économie sociale qui se spécialisent dans l'aide à domicile (Cognet 2004a). Les institutions de santé publics sous-traitent donc jusqu'à 60% des soins et services à domicile auprès d'agences privées qui disposent d'une réserve très flexible d'auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires (Cognet 2004a). Par ailleurs, la probabilité d'accéder à un emploi dans un établissement public pour les immigrantes à la peau noire est réduite par rapport aux immigrantes à la peau blanche (Cognet 2004a; Cognet 2004b). En fait, des études ont démontré que les femmes originaires des pays d'Afrique et de la Caraïbe travaillent davantage au privé tandis qu'au public on retrouve en

grande majorité des immigrantes d'Europe ou de l'Amérique Latine (Cognet 2004a; Cognet 2004b). Tout porte à croire que la couleur de la peau influence l'accès à l'emploi.

Enfin, une nuance doit être apportée sur la division du travail omniprésente dans les institutions de santé basées sur l'origine nationale et le sexe. Sans nier le passé historique qui a conduit à la division du travail en santé, il est important de souligner le choix conscient de ces femmes de pratiquer ce métier : « we show that it is a viable, even attractive, option for women with limited avenues for economic survival » (England et Dyck 2012 : 1082). Il existe un choix rationnel, souvent économique, derrière la décision de ces femmes à travailler dans ce domaine, malgré le fait qu'elles sont marginalisées et qu'elles doivent travailler sous l'emprise de multiples hiérarchies de pouvoir (England et Dyck 2012). Elles ne sont pas que des victimes de ces circonstances, au contraire, car elles-mêmes perçoivent leur choix professionnel comme étant une décision réfléchie.

1.3. L'expérience au travail des immigrantes dans le secteur de la santé, ce que la littérature dit

Quelques auteurs se sont penchés sur la question de l'expérience au travail, *lived work experience* selon l'appellation anglaise, des infirmières immigrantes⁶ en milieu hospitalier au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie (Alexis et Vydelingum 2004; Alexis, Vydelingum, et Robbins 2007; Charles 2011; Jeon et Chenoweth 2007; Likupe 2006; Omeri et Atkins 2002; Xu 2007; Yu 2014). Ces études s'intéressent à l'expérience au travail des infirmières immigrantes en dressant un portrait des difficultés qu'elles rencontrent dans leur milieu. Les conclusions font l'unanimité : l'expérience au travail de ces femmes se vit très négativement en raison du contexte discriminatoire qui les accompagne dans leur quotidien de travail.

⁶ Aucune étude n'a été effectuée sur l'expérience au travail des préposées aux bénéficiaires immigrantes, c'est pourquoi cette section présente plutôt l'expérience des infirmières immigrantes où une panoplie d'études ont été réalisées.

1.3.1. Les difficultés de communication

Ce sont d'abord les difficultés de communication qui arrivent au premier rang lorsque les infirmières parlent de leur expérience au travail. Elles racontent, qu'en raison de leur méconnaissance de la langue anglaise, elles ont de la difficulté à se faire comprendre autant auprès des patients que de leurs collègues (Alexis et Vydelingum 2004; Alexis, Vydelingum, et Robbins 2007; Likupe 2006; Ryosho 2011; Yu 2014; Xu 2007). Certaines infirmières ajoutent le fait que leur accent peut être aussi un obstacle à la communication. Souvent, elles parlent très bien l'anglais, mais avec leur accent, elles ont l'impression que personne ne saisit ce qu'elles disent, car elles doivent répéter leur propos constamment. Ceux-ci ne sont parfois même pas pris en considération par leurs collègues. Cela a des conséquences négatives sur leur expérience vécue au sein de l'équipe : elles se sentent mises à l'écart, car leurs notes aux dossiers sont souvent ignorées ou bien mises de côté (Charles 2011; Likupe 2006; Yu 2014; Xu 2007).

1.3.2. Les problèmes de « culture »

Le rythme de travail au sein de l'hôpital est également un élément mentionné par les infirmières immigrantes lorsqu'elles racontent leur expérience de travail. L'adaptation au rythme très rapide des milieux hospitaliers est une difficulté rencontrée. Le facteur culturel est l'argument le plus utilisé lorsque l'équipe soignante parle de la lenteur du travail des infirmières immigrantes et ce même lorsque celles-ci décrivent leurs expériences : « le facteur culturel influence la pratique en tant que tel, je veux dire que c'est la façon de travailler. Nous, les noires, on nous catalogue comme ça malheureusement, nous sommes lentes, on n'est pas vite. On est ceci... » (Charles 2011 : 49). La *culture* serait la cause du rythme ralenti de ces infirmières, mais lorsqu'on les interroge en profondeur, on comprend qu'elles prennent plus de temps pour chaque patient afin d'éviter les erreurs (Charles 2011). Peut-on encore parler d'un problème culturel ?

En ce qui concerne le contact avec les patients, plusieurs d'entre eux se méfient des infirmières immigrantes et vont même jusqu'à refuser les soins venant d'elles (Bertossi et Prud'Homme 2011; Jeon et Chenoweth 2007; Likupe 2006; Omeri et Atkins 2002; Yu 2014;

Xu 2007). Malgré les comportements de méfiance de ces patients, les infirmières doivent essayer, par tous les moyens, de les convaincre d'accepter leurs soins. Ces situations de refus sont perçues par les infirmières comme une contrainte professionnelle, mais comme elles se produisent quotidiennement, elles deviennent des événements habituels caractérisant bien ce type de patient (Bertossi et Prud'Homme 2011). Plusieurs infirmières dédramatisent les refus de soin en affirmant : « les personnes âgées sont racistes, c'est normal » (Bertossi et Prud'Homme 2011). Elles peuvent également souligner la dimension pathologique de leur attitude en excusant leur propos en évoquant leur démence, « le fait qu'ils n'ont pas toute leur tête » (Bertossi et Prud'Homme 2011). Le refus de soin est vécu différemment chez les infirmières immigrantes lorsqu'il s'agit d'un patient dément ou en pleine possession de ses moyens : lorsqu'un patient a toute sa tête, le refus de soin est plus douloureux.

1.3.3. La culture : frontière ou proximité dans le lien social ?

Si la différence culturelle des infirmières immigrantes peut affecter négativement le contact avec les patients, la culture peut aussi être une voie de médiation, généralement lorsque le patient possède la même origine que le soignant (Cognet 2001). Une relation de proximité entre ceux-ci peut se créer entre autres sur la base de l'âge, des centres d'intérêt commun, du partage de la même langue ou d'une même origine. À Montréal par exemple, les établissements de santé incitent souvent sur des appariements ethniques entre les soignants et les patients pour des raisons linguistiques (Cognet 2001; Cognet 2010). Ce jumelage ethnique peut permettre une meilleure relation avec le patient, mais peut être tout aussi contraignant par certaines attentes plus élevées de la part du patient, ce qui augmente généralement la charge de travail du soignant. Même si la complicité entre deux personnes d'une même origine peut être plus grande, l'origine ethnique ne détermine pas la relation que les soignantes peuvent avoir avec leurs patients (Cognet 2001). Par ailleurs, les soignantes immigrantes ont tendance à croire que la relation avec les patients immigrants est plus simple. C'est ainsi, au cœur des soins, que les questions culturelles sont omniprésentes : la culture est visible partout et nulle part à la fois. Elle agit comme un médiateur (aspect positif de la culture) ou pour évoquer les attitudes et les comportements indésirables des soignantes (aspect négatif de la culture) (Cognet 2001). La culture peut donc être l'élément freinant la relation ou le contraire, elle peut être le lien qui unie deux personnes.

1.3.4. L'absence de soutien de l'équipe de travail

L'expérience de travail des soignantes immigrantes est également caractérisée par l'absence de soutien des supérieurs immédiats et des collègues de proximité (Alexis et Vydelingum 2004; Alexis, Vydelingum, et Robbins 2007; Charles 2011; Hagey et al. 2001; Xu 2007). L'aide demandée à l'équipe est souvent ignorée ce qui déclenche chez ces soignantes le sentiment de vivre de la discrimination par rapport aux autres collègues qui reçoivent du soutien au besoin. Elles déplorent ainsi haut et fort qu'elles ne sont pas traitées au même niveau que le reste du personnel soignant (Hagey et al. 2001). Par exemple, si une erreur est faite par une soignante immigrante, les études démontrent que les supérieurs immédiats sont deux fois plus sévères en imposant généralement une mise à pied temporaire de l'infirmière. Si une erreur semblable est produite par une soignante blanche, les études démontrent que l'erreur sera pardonnée et ce sans conséquence (Hagey et al. 2001). Ce type de situation, qualifié de discriminatoire par les soignantes immigrantes, amène celles-ci, au fil des années, à réclamer l'égalité au travail en milieu hospitalier.

1.3.5. Des revendications pour l'égalité au travail

En Ontario et au Québec, une lutte a été menée, dans les années 1970 jusqu'aux années 1990, par des infirmières noires afin de contrer le racisme et la discrimination dans les milieux hospitaliers (Calliste 1996). Trois mouvements spécifiques ont vu le jour : 1) *Black nurses' congress*, 2) *Quebec association of black nurses* et 3) *Visible Minority Health Care Team* (Calliste 1996). Ils avaient pour mission de réfléchir à des stratégies et des pistes de solution pour améliorer l'expérience de travail des immigrants en milieu hospitalier. Malgré cette mobilisation, les établissements de santé adoptent encore aujourd'hui certains comportements discriminatoires à l'égard de ces employés immigrants, qu'ils soient conscients ou inconscients (Calliste 1996). Par exemple, ce sont encore les soignantes blanches qui occupent une plus grande place dans la hiérarchie hospitalière, alors que les soignantes noires sont surreprésentées au bas de l'échelle (Calliste 1996; Cagnet 2010; Hagey et al. 2001; Stevens, Hussein, et Manthorpe 2011). Par ailleurs, des stéréotypes se font encore entendre à leur égard concernant leur attitude et leur manière de travailler : « childlike, lazy, aggressive, dangerous, dishonest, emotional, loud, uncommunicative and trouble-

maker » (Calliste 1996 : 33:369; Cagnet 2004b; Cagnet 2013). Il reste donc encore du chemin à faire pour atteindre l'égalité au travail entre les travailleurs immigrants et les travailleurs natifs.

1.3.6. Conclusion

Enfin, la littérature démontre que l'expérience au travail des soignantes immigrantes se vit plutôt négativement en raison de trois réalités : les difficultés de communication, l'ethnicité comme obstacle dans les soins et au sein de l'équipe, ainsi que les situations discriminatoires à leur égard. Ce contexte de travail que vivent les soignantes immigrantes servira de trame de fond à ce mémoire, cherchant à comprendre de quelle manière est vécue *l'expérience de travail* chez les préposés aux bénéficiaires immigrants rencontrés. La problématique de recherche qu'expose la littérature scientifique a ainsi inspiré les objectifs de ce mémoire. À travers l'expérience globale de travail, quelles sont les difficultés vécues par les préposés au sein de l'équipe de travail ? L'ethnicité des préposés est-elle un médiateur ou un obstacle dans le milieu de travail ? Vivent-ils des situations discriminatoires ? Avant de présenter les orientations conceptuelles qui guideront l'analyse et les objectifs spécifiques de recherche (chapitre 2 et 3), une brève présentation du métier de préposé aux bénéficiaires suivra afin de saisir globalement ce que ce métier implique (tâches et formation). Ce chapitre se terminera alors avec un bref portrait du territoire étudié, soit les centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale.

1.4. Brève présentation du métier de préposé aux bénéficiaires

Les préposés aux bénéficiaires, selon l'appellation québécoise et d'aide-soignante selon la dénomination française et belge, sont au cœur des soins prodigués dans les milieux hospitaliers. Plus particulièrement dans les centres d'hébergement, ils assurent une présence continue auprès des résidents⁷ en dispensent des soins d'hygiène, aidant à l'alimentation, l'habillement et les déplacements. Pour pratiquer ce métier dans des centres d'hébergement publics (lieux d'étude de ce mémoire), le diplôme d'études professionnelles en *assistance à la personne* est requis (CSSS de la Vieille-Capitale, site web). Il n'est toutefois pas

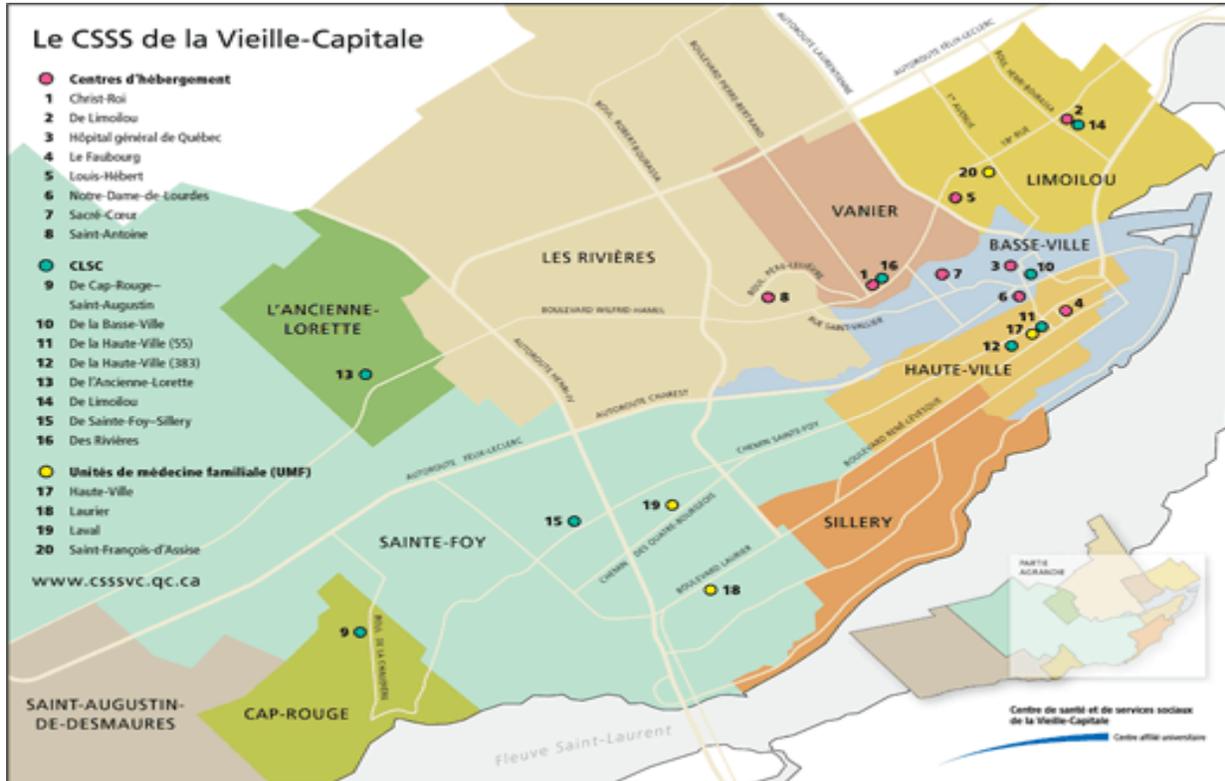
⁷ Un résident est une personne habitant un centre d'hébergement.

obligatoire légalement d'avoir un diplôme pour travailler comme préposé, mais la plupart des établissements de santé l'exigent (Aubry 2011 : 124). La formation professionnelle est d'une durée de sept mois et le prérequis pour accéder à celle-ci est le diplôme d'études secondaires, soit les cours fondamentaux du secondaire III et un âge minimum de 16 ans (Aubry 2011 : 124). La formation inclut également 240 heures de stages (Aubry 2011 : 124). Une fois le diplôme obtenu, une période de probation de 45 jours suivra dans un milieu de travail avant que le préposé puisse être engagé officiellement. Les centres d'hébergement publics offrent également des formations de perfectionnement supplémentaire à ses préposés entre autres sur l'approche relationnelle de soin (ARS) et les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) (CSSS de la Vieille-Capitale, site web). Par ailleurs, trois types de statut d'emploi peuvent être attribués aux préposés dans les établissements publics : temps complet (TC), temps partiel (TP) et temps occasionnel (TPO) (Aubry 2011 : 124). Le passage d'un statut à l'autre se fait par l'ancienneté lors d'affichage de poste.

Enfin, dans les centres d'hébergement au Québec et ailleurs dans le monde, l'équipe soignante « de proximité » avec les résidents se compose principalement, selon la hiérarchie hospitalière, 1) de l'infirmier/infirmière-chef ou du chef d'unité, 2) de l'infirmier/infirmière, 3) de l'infirmier/infirmière auxiliaire et 4) du préposé aux bénéficiaires. Au sein de ce mémoire, lorsque j'aborderai la question des interactions entre les collègues de travail, je ferai référence à cette équipe de proximité afin de comprendre les interactions entre les préposés aux bénéficiaires eux-mêmes, mais également avec l'infirmier/infirmière auxiliaire et l'infirmier/infirmière chef. Même si d'autres professionnels de la santé travaillent auprès des résidents, comme les médecins, les pharmaciens, les ergothérapeutes, les nutritionnistes, etc., ceux-ci n'étant pas présents de manière quotidienne auprès des résidents, ils ne seront pas considérés comme faisant partie de l'équipe « de proximité ». Ces professionnels de la santé travaillent généralement en collaboration avec l'infirmier/l'infirmière chef, porte-parole de l'équipe « de proximité », et interagissent donc généralement très peu avec les préposés.

1.4.1. Le territoire étudié : les centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale

Figure 1 : Le territoire et les points de service du CSSS de la Vieille-Capitale



L'étude a été réalisée dans les centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale⁸, un établissement multivocationnel qui employait plus de 4200 employés et collaborait avec 206 médecins afin de répondre aux besoins de la population de son territoire (CSSS de la Vieille-Capitale, site web). La figure #1, tirée du site web du CSSS de la Vieille-Capitale, illustre les différents quartiers offrant des services sur son territoire. La mission du CSSS était d'assurer, à la population de ce territoire, différents services continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits de la personne (CSSS de la Vieille-Capitale, site web).

⁸ Aujourd'hui, ces établissements sont intégrés au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (depuis avril 2015), anciennement le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSSVC). Étant donné que la collecte des données a été effectuée avant avril 2015, le terme CSSS de la Vieille-Capitale sera utilisé.

On y retrouvait au sein de cet établissement, sept CLSC, huit centres d'hébergement, quatre unités de médecine familiale, huit programmes régionaux et un programme provincial⁹ (CSSS de la Vieille-Capitale, site web). Les centres d'hébergement, où la collecte des données a été effectuée, sont des établissements de santé répondant aux besoins des personnes ne pouvant plus demeurer à domicile en raison d'une perte d'autonomie. La mission de ces centres est d'offrir un milieu de vie agréable et sécuritaire. Des soins, des services psychosociaux et spirituels, ainsi que des activités récréatives sont offerts aux résidents de ces centres (CSSS de la Vieille-Capitale, site web). Le recrutement pour les entretiens semi-dirigés avec les préposés aux bénéficiaires a donc été fait au sein de ces huit centres d'hébergement, alors que l'observation directe s'est effectuée dans un seul centre d'hébergement de la ville de Québec.

1.5. Conclusion

Ce chapitre introduit les assises contextuelles à la problématique de la recherche, c'est-à-dire les difficultés documentées sur l'expérience de travail des soignantes immigrantes. La littérature scientifique montre que l'ethnicité ou la culture de celles-ci influence leur expérience au travail : les pratiques et les manières de faire le boulot sont intimement associées à leur origine ethnique. « Elles agissent de cette manière parce qu'elles sont immigrantes ». Les interactions sociales sont également teintées par le même problème : l'ethnicité influence généralement de manière négative les rapports sociaux avec les patients et les collègues de travail. À la lumière de ce contexte, cette recherche vise à documenter l'expérience au travail en s'intéressant aux pratiques et aux interactions sociales des préposés, en se penchant sur les difficultés et les facilitateurs rencontrés dans leur quotidien. Dans un

⁹ Les CLSC offrent les services suivants : des services courants de santé, des services pour la famille, les enfants et les adolescents, des services psychosociaux et en santé mentale, des services de soutien à domicile et des programmes de promotion de santé (CSSS de la Vieille-Capitale, site web). Les unités de médecine familiale répondent à des services médicaux avec et sans rendez-vous (CSSS de la Vieille-Capitale, site web). On y retrouve aussi plusieurs programmes provinciaux et régionaux : le centre antipoison de Québec, info-santé, la clinique régionale d'allaitement, la clinique des réfugiés, la maison de naissance de la Capitale-Nationale, le centre de services ambulatoires en santé mentale Saint-Vallier, le programme régional des services résidentiels, le programme de santé au travail et les services intégrés de dépistages et de prévention (SIDE) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (CSSS de la Vieille-Capitale, site web). Enfin, le CSSS de la Vieille-Capitale détient un statut de centre affilié universitaire, ce qui favorise la relation entre le milieu universitaire et les milieux de pratiques par l'enseignement, la recherche et la diffusion des connaissances et de l'évaluation (CSSS de la Vieille-Capitale, site web).

même ordre d'idées, cette recherche examinera plus particulièrement la place que l'ethnicité occupe dans leur travail. L'ethnicité est-elle un médiateur ou un obstacle dans les interactions au travail ? Pour ce faire, le prochain chapitre présentera les principaux concepts qui guideront la description ethnographique de *l'expérience*, une compréhension du *vécu* qui se fera en examinant les pratiques et les interactions sociales au sein du métier de préposé aux bénéficiaires.

CHAPITRE 2 : LES ORIENTATIONS CONCEPTUELLES

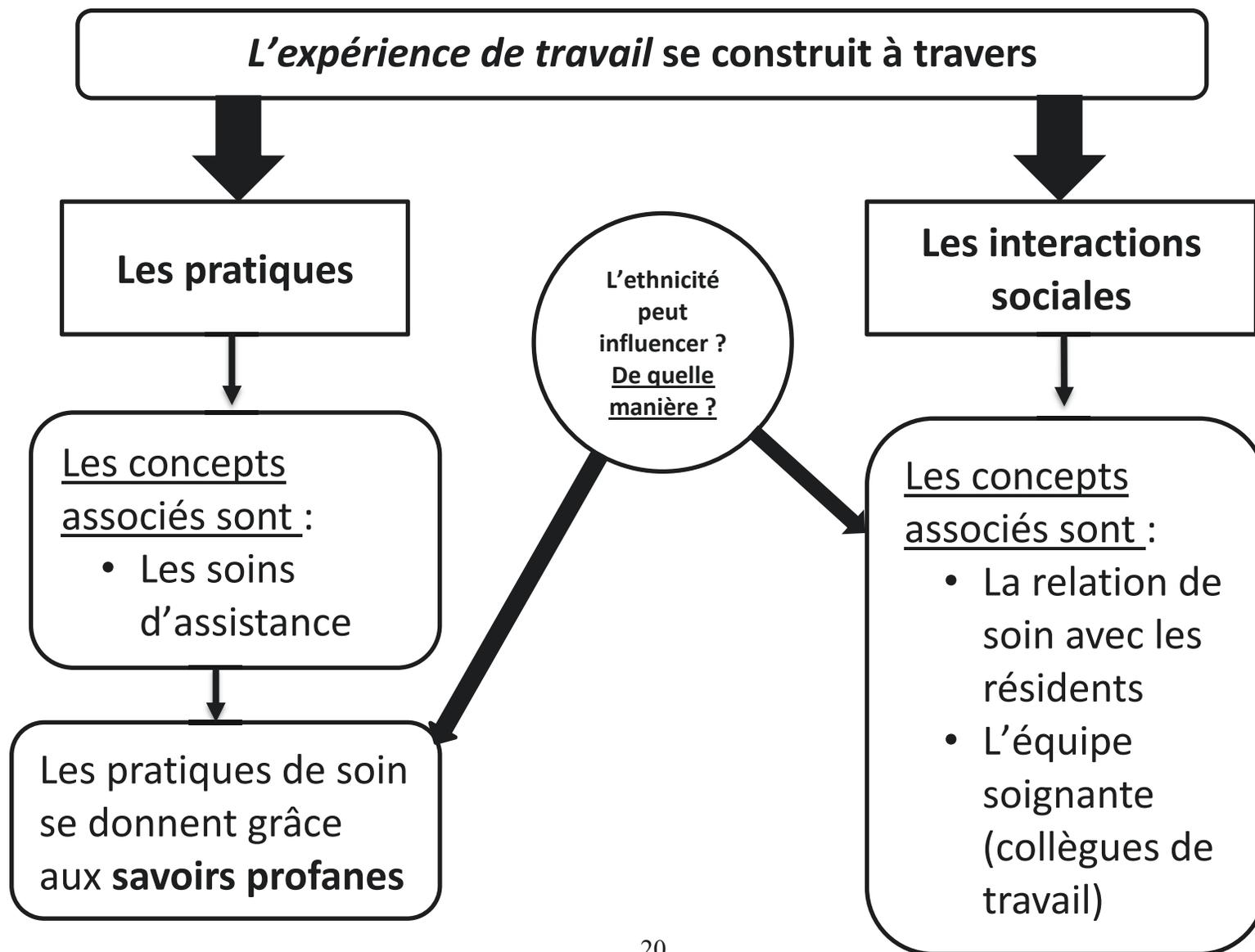
2.1. Introduction

Ce chapitre présentera les orientations conceptuelles guidant la démarche ethnographique de la compréhension de l'expérience au travail des préposés aux bénéficiaires immigrants. Au sein de ce mémoire, « l'expérience » est définie comme une construction sociale prenant forme à travers les actions posées par l'individu (Dubet 1994; Dubet, Lebon, et de Linares 2008). C'est par les actions et les gestes posés que l'expérience sociale se façonne : elle se construit par « les actions » qui renvoient aux pratiques et aux interactions (Dubet 1994; Dubet, Lebon, et de Linares 2008). C'est à partir de cette définition de « l'expérience » que ce mémoire s'est orienté afin de comprendre le vécu des préposés aux bénéficiaires immigrants : l'expérience au travail sera documentée en s'intéressant aux pratiques et aux interactions. Au sein du métier de préposé aux bénéficiaires, quelles sont les pratiques et les concepts liés aux interactions pouvant guider la description de l'expérience au travail ? La figure #2, située à la page suivante, décortique la relation entre les pratiques et les interactions, et les principaux sous-concepts découlant du métier de préposé aux bénéficiaires. Dans un premier temps, les concepts associés *aux pratiques* au sein du métier sont 1) les théories sur les soins d'assistance et 2) les savoirs profanes liés au travail¹⁰. Dans un deuxième temps, les *interactions sociales* associées au métier sont composées par 3) les théories sur la relation de soin et 4) l'équipe soignante et son collectif¹¹. Liés par la mise en scène du travail, ces quatre concepts, par leurs assises théoriques, guideront la démarche ethnographique de la compréhension de l'expérience au travail. À la lumière de ce portrait théorique, ce mémoire s'intéressera également en trame de fond à la place que l'ethnicité joue au sein de l'expérience de travail.

¹⁰ Les soins d'assistance effectués par les préposées aux bénéficiaires se donnent entre autres grâce aux savoirs profanes. Ces concepts découlent l'un de l'autre.

¹¹ Afin de présenter les théories sur les interactions sociales au travail, ce mémoire a choisi de présenter des écrits scientifiques traitant de l'importance de « l'équipe » et du « collectif » de travail en santé et services sociaux. Des précisions sur la définition de ces termes seront faites au sein de ce chapitre. Que veut-on dire par équipe et par collectif ?

Figure 2 : Schéma résumé du lien entre « l'expérience » et les orientations conceptuelles



2.2. Les soins d'assistance

2.2.1. Des soins ingrats, un sale boulot

Le métier de préposé aux bénéficiaires, un travail d'assistance aux personnes qui demande d'effectuer des tâches d'hygiène, d'alimentation et de mobilisation, est souvent décrit par les auteurs comme étant un sale boulot en raison des tâches très physiques et non spécialisées que les préposées effectuent (Arborio 2012; Aubry 2011; Aubry et Couturier 2014a; Marché Paillé 2011). Utilisé pour la première fois par E.C Hugues (1897-1983) dans ses essais sur la sociologie du travail, le concept de sale boulot¹² est ensuite repris par plusieurs auteurs, dont Arborio qui s'intéresse particulièrement aux aides-soignantes en France (Arborio 1995; Arborio 1996; Arborio 2012; Lhuilier 2005). Ce concept ne s'applique pas seulement au monde médical : plusieurs sociologues l'ont utilisé pour décrire et comprendre le travail du traitement des ordures, le travail dans les égouts, le travail en milieu carcéral et le travail funéraire (Lhuilier 2005; Marché Paillé 2011).

Activités nobles et socialement valorisés, les métiers de la santé possèdent un certain prestige dans les sociétés contemporaines, plus particulièrement chez les médecins pour leur *pouvoir de guérison* et chez les infirmières pour leur capacité à *prendre soin* (Lhuilier 2005). Toutefois, le prestige accordé aux personnels de la santé varie d'un corps de métier à l'autre et c'est le cas pour les préposées. Elles ne partagent pas le même prestige que les infirmières et les médecins (Arborio 1995; Arborio 2012). Manipulant les corps et les excréments, les préposées aux bénéficiaires se retrouvent au bas de la hiérarchie organisationnelle en raison des tâches non-médicales qu'elles effectuent ainsi que la durée de leur formation académique qui ne demande que sept mois d'études.

Au Canada comme ailleurs dans le monde, les métiers d'assistance sont nés vers les années 1950 en raison d'une politique de reclassement provisoire d'une partie du personnel soignant dans un contexte de pénurie où un processus de délégation des tâches des infirmières s'est effectué (Arborio 2012; Aubry et Couturier 2014a). Ce n'est qu'au fil des années que les préposées sont arrivées à occuper une place à part entière dans la division du travail en

¹² Traduction du terme *dirty work*

milieu hospitalier. Elles détiennent maintenant un poste formel dans les établissements de santé, mais ne partagent pas pour autant le même prestige que le reste du personnel soignant, même si elles partagent le même espace et travaillent avec les mêmes patients (Arborio 1995; Arborio 2012). Une indifférence professionnelle est observée entre les membres du personnel soignant : « ces phénomènes qui amènent médecins et aides-soignantes à fréquenter un même lieu quasiment sans se voir sont ainsi caractéristiques d'une relation de pouvoir particulière » (Arborio 2012 : 116). Cet écart de prestige se fait sentir même au sein de l'équipe soignante, mais elles trouvent le moyen de se valoriser, par elles-mêmes, dans ce contexte fort hiérarchique : « la prise en charge du sale boulot est inséparable de la quête et de l'usage des ressources disponibles pour restaurer l'image de soi et conférer une certaine estime à son travail » (Lhuillier 2005 : 84). Le sale boulot est ainsi caché par celles qui le pratiquent ; ce sont plutôt les relations de proximité que procurent le travail d'assistance qui sont mises en évidence. C'est de cette manière, qu'à travers les soins d'hygiène et d'alimentation, les préposées effectuent un travail de *care*¹³, un travail qui renvoie aux soins, à l'humain, et au lien social (Saillant et Gagnon 1999).

2.2.2. Les savoirs profanes

Les institutions de santé sont des lieux où se côtoient le *care*, les soins médicaux, les cultures organisationnelles et professionnelles spécifiques à chaque soignant (Fortin et Knotova 2013). Ils sont aussi des endroits « [...] aux multiples logiques et temporalités de soins, un espace d'interactions entre soignants, soignantes et soignés et de négociation des savoirs » (Fortin et Knotova 2013 : 4). Au-delà des savoirs de la médecine, ce sont les savoirs profanes, des savoirs qui ne se rattachent pas à la science, qui permettent de réaliser le travail de *care* des préposées aux bénéficiaires (Arborio 1996; Arborio 2012; Aubry et Couturier 2014a). Dotées d'un savoir-soigner profane, les préposées ne sont pas formées médicalement comme les infirmières et les médecins, mais leurs savoirs se manifestent par la manière qu'elles ont d'être à l'écoute des personnes et de leurs besoins (Arborio 1996). Savoir s'ajuster, savoir approcher, savoir toucher et savoir écouter sont des *savoirs relationnels*

¹³ Au sein de la biomédecine, le *care* fait opposition au *cure* qui renvoie aux traitements, à la technique médicale et au corps biologique, tandis que le *care* fait référence aux liens sociaux, aux paroles et aux gestes entourant la mise en pratique des soins (Saillant et Gagnon 1999 : 6).

profanes que les préposées aux bénéficiaires utilisent au quotidien pour donner leurs soins (Arborio 1996; Arborio 2012; Aubry et Couturier 2014a). Le *savoir-juger* est également important dans les soins à prodiguer, car il permet aux préposées de repérer le manque d'appétit d'une personne ou encore d'identifier les signes d'un malaise éventuel (Arborio 1996). Ne s'appuyant pas sur la médecine, le jugement profane est une connaissance à laquelle on attribue un certain prestige entre pairs : « ce savoir-juger des besoins des malades que l'aide-soignant réfère à leur statut social est une sorte de savoir-lire le social » (Arborio 1996 : 92).

2.2.2.1. Le savoir relationnel comme savoir-être

Dans les savoirs profanes le savoir relationnel, ou compétence relationnelle selon certains auteurs, est davantage discuté dans la littérature scientifique (Arborio 1996; Aubry 2007; Aubry 2011). Ce savoir, qui fait référence à la manière d'entrer en relation avec les personnes, est un savoir qui serait socialement acquis, par exemple par la famille, ce qui permet de le qualifier de profane (Arborio 1996; Aubry 2007; Aubry 2011). Ce savoir ne s'apprend pas sur les bancs d'école : les préposées sont *relationnelles* ou elles ne le sont pas. Toutefois, au Québec, il est intéressant de souligner que la compétence relationnelle, qui serait naturellement acquise chez les préposées, est en train de faire sa marque au sein des formations professionnelles. Depuis quelques années, on enseigne aux préposées aux bénéficiaires une approche particulière qui s'intitule *l'approche relationnelle de soins* (Aubry et Couturier 2014b). Est-il encore possible de parler d'un savoir relationnel socialement acquis, alors qu'il est désormais « possible » de l'acquérir avec une formation ? Ce mémoire n'est pas en mesure de répondre à cette question, mais du moins, il est intéressant de constater que les organisations de santé font présentement la promotion du savoir relationnel.

Par ailleurs, tous les professionnels en santé se réclament l'exclusivité du savoir relationnel en affirmant être les seuls à accéder à la proximité des personnes malades (Arborio 1996). Les soignantes en assistance affirment avoir un plus grand espace que les infirmières pour créer une relation privilégiée avec les personnes : « [...] une sorte de rhétorique de la valorisation de soi et de la distinction des métiers voisins » (Arborio 1996 :

97). En raison de la non-spécialisation médicale de leur métier, le volet relationnel chez les préposées devient central en termes de valorisation professionnelle. Cette proximité de corps à corps dans les soins d'hygiène permet aux préposées de se sentir valorisées en raison du monopole qu'elles ont de cette relation affective (Arborio 1996 : 100). Cette affection est alors une source de satisfaction et de valorisation : elles se sentent privilégiées d'avoir ce degré d'intimité avec les personnes.

2.2.2.2. Les contraintes organisationnelles de la mise en pratique du savoir relationnel

Leur savoir relationnel ne peut toutefois pas être utilisé à son plein potentiel tel que mentionné dans plusieurs recherches sur les centres d'hébergement au Canada et en Europe (Aubry 2007; Aubry 2010; Aubry 2011; Aubry 2012; Aubry et Couturier 2014a). Le personnel d'assistance est confronté à plusieurs difficultés, dont le fait de donner des soins à des résidents qui sont aux prises avec des problèmes cognitifs et de santé mentale, ce qui accentue considérablement leur charge de travail. À cela s'ajoute une contrainte de temps, une diminution du temps passée avec chaque résident. En effet, l'organisation gériatrique est composée de deux logiques contradictoires : d'une part une logique domestique qui renvoie aux relations de proximité, à l'univers familial et à l'écoute, et d'autre part, une logique industrielle qui fait référence à l'efficacité et à la performance (Aubry 2011 : 50). Les préposées aux bénéficiaires font donc face à un double enjeu au niveau des rythmes de travail : « elles doivent réaliser un travail minimum de relationnel tout en rentrant dans les temps » (Aubry 2011 : 10). La maîtrise du *savoir*, du *savoir-faire* et du *savoir-être relationnel* avec les résidents est une compétence considérée comme primordiale pour effectuer le travail de préposé aux bénéficiaires, mais celles-ci ont peu de temps pour le mettre en pratique.

2.2.2.3. Le savoir relationnel, un prérequis pour faire partie de l'équipe des préposés

En centre d'hébergement, le savoir relationnel est primordial pour effectuer les soins auprès des résidents, mais il est tout aussi important pour intégrer le collectif des préposés aux bénéficiaires. Il fait d'ailleurs partie des principaux critères pour distinguer les bonnes préposées des mauvaises préposées lors des premières journées de travail. Pour réussir leur

probation d'une durée de quarante-cinq jours, les nouvelles préposées sont sélectionnées en fonction de leur capacité à tenir leur savoir relationnel tout en travaillant rapidement (Aubry 2010; Aubry 2011; Aubry 2012). Deux critères sont donc essentiels pour que les nouvelles recrues soient acceptées au sein de l'équipe : la vitesse de travail et la capacité à s'adapter à la lenteur des résidents. Lors de la probation, les préposées expérimentées vont devoir rendre compte aux supérieurs de la compétence, ou non, des nouvelles recrues. Le supérieur devra décider en fonction de ce jugement de conserver ou non ces nouvelles recrues au sein de l'équipe. Devenir préposée aux bénéficiaires ne repose donc pas seulement sur la possession d'un diplôme d'études professionnelles, c'est aussi d'avoir un *savoir-être relationnel*, puis surtout d'être capable de s'intégrer à l'organisation, à un collectif où la préposée est jugée pour sa capacité à supporter le poids de la charge de travail (Aubry 2010; Aubry 2011; Aubry 2012).

2.3. La relation de soin

Le *savoir relationnel* permet alors aux préposées aux bénéficiaires d'entrer en relation avec les personnes lors des soins, mais que signifie *réellement* cette expression « *entrer en relation* » ? Comment entre-t-on en relation lorsqu'on donne des soins ? Qu'est-ce qu'une relation de soin ? Dans le but de décrire les interactions lors des soins entre préposées immigrantes et les résidents, une présentation de ce concept se doit d'être faite.

2.3.1. Les approches théoriques à la définition du soin

D'abord, qu'est-ce que le soin ? Dans le domaine médical nord-américain, les définitions du *soin* se divisent en quatre écoles de pensée (Andrieux 2011). La première est *l'école des besoins* où le modèle du soin est fondé sur la prise en compte et la satisfaction des besoins fondamentaux chez la personne soignée, ainsi que son retour à l'autonomie physique lui permettant de surmonter les déséquilibres liés à la maladie (Andrieux 2011 : 10). La deuxième est *l'école de l'être humain unitaire* où l'humain est défini comme un être en harmonie avec son environnement, ce qui guide la soignante dans ses soins en s'assurant d'un retour à l'équilibre de la personne soignée et son monde (Andrieux 2011 : 10). La

troisième est *l'école de l'interaction* où le soin se définit comme étant une relation entre la soignante et le soigné. Cette relation prend forme dans les interactions qu'entretiennent soignante et soigné ; une proximité essentielle pour mener à la guérison ou au bien-être du soigné (Andrieux 2011 : 10). La quatrième est *l'école du caring* où le soin profane, en opposition au soin professionnel et médical, a pour objectif d'aider le soigné à trouver un équilibre personnel, adapté à ses besoins et ses valeurs (Andrieux 2011 : 11).

2.3.1.1. L'anthropologie des soins

Les définitions que proposent *l'école de l'interaction et du caring* se rapprochent de la définition qui sera utilisée dans ce mémoire, mais ne présentent pas une définition assez large de la relation de soin. Alors que ces écoles de pensée proposent des « *protocoles de soin* »¹⁴ pour les soignantes, l'anthropologie propose quant à elle une définition étendue des soins, qui permet de comprendre le soin en analysant les pratiques corporelles et le sens que les personnes leur accordent, autant chez les soignantes que les soignés (Saillant 1999; Saillant et Gagnon 1999). La définition de l'anthropologie des soins propose une analyse approfondie où plusieurs dimensions des soins sont étudiées : elle suggère l'étude de l'altérité en s'intéressant à la manière dont se tissent les relations de soin, elle met en lumière la symbolique du soin par les rites, les usages, et les représentations que le soin engendre, ainsi que par l'étude de la temporalité, soit le rapport au temps du soigné et de la soignante (Saillant 1999). C'est donc la définition de deux anthropologues, Saillant et Gagnon (1999), qui sera utilisée dans ce mémoire : elle permet de réfléchir aux soins au-delà de la dimension de santé, se questionnant plutôt sur l'identité, la reconnaissance, l'individualité, la sociabilité et le sens accordé aux soins. La définition est la suivante :

Les soins constituent au premier abord un ensemble de gestes et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit, donc limitées de manière

¹⁴ Ces écoles de pensée proposent aux soignantes une manière *d'être et d'agir* pour donner les soins, un protocole sur les gestes qu'elles peuvent poser et sur la manière dont elles doivent les orienter, alors que l'anthropologie des soins suggère l'étude approfondie de ces gestes de soin, l'étude de *l'être et de l'agir* dans les soins, ce qui permet de pousser plus loin la réflexion.

temporaire ou permanente de leur capacité de vivre de manière normale ou autonome au sein de la collectivité.
(Saillant et Gagnon 1999 : 5)

L'anthropologie définit le soin comme une relation construite à travers des « [...] formes de liens sociaux, comme ensemble de comportements ritualisés et gestes porteurs de symboles, faisant voir que donner des soins c'est fabriquer un lien, quand le lien social est rompu ou risque de l'être » (Saillant 2000 : 165). Les soins constituent alors une pratique relationnelle, c'est-à-dire une relation sociale qui se déploie par des liens qui se créent entre les individus, plus particulièrement ici entre la soignante et le soigné (Saillant et Gagnon 1999; Saillant 2000).

2.3.2. Cinq caractéristiques incontournables à la relation de soin

La relation de soin repose sur un élément central : le corps, soit celui de la soignante et du soigné (Andrieux 2011; Delomel 2004; Lawler 2002; Personne 1994). C'est par le corps de la soignante que les soins, les gestes prescrits, se donnent (Andrieux 2011). C'est par les gestes, des techniques du corps à la fois pratiques et symboliques, que les soins prennent forme. Le geste corporel est le vecteur de la relation de soin : il rétablit le lien social lorsque la communication orale entre la soignante et le soigné n'est plus possible (Le Breton 2006; Personne 1994). Le corps est donc l'outil central des soins : il initie le processus de soin permettant de construire le contexte thérapeutique où se rencontrent les deux corps (Andrieux 2011; Personne 1994). Le corps de la soignante n'est pas seulement un corps mécanique qui renvoie à des soins techniques et prescrits, il s'agit d'un corps sensible, une source de conduite sociale permettant la relation avec l'autre corps (Personne 1994). « Le corps est l'instrument même de l'acte d'échange entre deux individus. Il peut alors être perçu dans ses actions spatiales comme la grammaire des échanges interpersonnels qui marque la construction des interactions entre les deux êtres » (Andrieux 2011 : 31).

La relation de soin se construit par le *corps* et cette mise en scène corporelle peut être décortiquée en cinq caractéristiques, permettant ainsi d'illustrer les conditions du soin. La première est la *spatialité*, soit la réalisation du soin dans un espace adéquat où les corps de la soignante et du soigné s'inscrivent dans un contexte d'intimité (Andrieux 2011 : 54). La

deuxième est la *temporalité*, qui positionne le soin par sa durée, possédant un début et une fin (Andrieux 2011 : 54; Lawler 2002). Le respect du temps est important, il permet de formaliser la durée des soins et d'encadrer les gestes posés dans un temps prescrit. La troisième est le *projet commun* où la soignante et le soigné se doivent de partager une vision commune du soin (Andrieux 2011 : 54). Le partage du même objectif entre les deux personnes permet l'accomplissement du soin, entre autres par le respect de la temporalité. La quatrième caractérise le soin comme un *déroulement cérémoniel* où une forme attendue et convenue d'actions basées sur des règles de politesse commune s'enchaînent (Andrieux 2011 : 55). La ritualisation des rapports sociaux et la cérémonie des échanges lors des soins permettent de *protéger, d'encadrer* les interactions dans un lieu et un temps précis, afin d'éviter de potentiels dérapages¹⁵ (Andrieux 2011 : 45). La cinquième caractéristique est celle de la *reconnaissance mutuelle* qui se manifeste par les mots, les gestes et les formes de gratitude nécessaire au prendre soin (Andrieux 2011 : 55). La reconnaissance ne renvoie pas seulement qu'à dire « merci » ; elle prend forme à travers les attitudes, les paroles et les regards lors des soins. L'interaction entre la soignante et le soigné se développe grâce à la reconnaissance mutuelle.

2.3.2.1. La reconnaissance mutuelle, le fondement de la relation de soin

La reconnaissance mutuelle dans les soins forme donc le fondement de la proximité entre les deux individus, déterminant s'il y aura une bonne relation de soin ou non. La reconnaissance constitue le premier moment d'échange entre la soignante et le soigné (Andrieux 2011 : 43). L'acceptation mutuelle n'est jamais gagnée d'avance : des difficultés peuvent se produire entre autres au niveau du consentement éclairé sur les soins à effectuer. Les besoins du soigné peuvent être mal compris par la soignante, qui de son côté, croit poser les bons gestes, ce qui peut engendrer des situations conflictuelles (Andrieux 2011 : 44). Un autre exemple est celui du soigné en grande perte d'autonomie où son consentement aux soins est plus difficile à saisir en raison de son incapacité à communiquer verbalement. La soignante doit alors observer sa réaction corporelle, négative ou positive, aux gestes posés, ce qui déterminera son acceptation ou non des soins (Andrieux 2011 : 45). La non-

¹⁵ Tel que le refus de soin de la part du soigné.

reconnaissance du soin de la part des soignés est fréquente lorsqu'une soignante immigrante tente d'effectuer les soins. Le rejet des soignés imprègne ainsi leur quotidien de travail (Bourgeault et al. 2010; Walsh 2009; Walsh et O'Shea 2010; Walsh et Shutes 2012).

2.3.3. L'ethnicité, une limite dans la relation de soin ?

C'est une réalité bien documentée, les soignantes immigrantes travaillant en centre d'hébergement éprouvent davantage de difficulté à créer une relation de soin. Certaines personnes âgées refusent de recevoir des soins d'hygiène s'ils sont donnés par une immigrante (Bourgeault et al. 2010; Cognet 2004b; Walsh 2009). La couleur de la peau de la soignante est souvent évoquée comme le principal facteur de refus. Des coups, des cris et des insultes sont alors proférés à leurs égards. Dans de telles situations, les études démontrent que les soignantes ont le réflexe de défendre la personne âgée en évoquant, d'une part, son manque de connaissance de l'*Autre* et, d'autre part, en mettant la faute sur sa maladie cognitive (Walsh 2009; Walsh et O'Shea 2010; Walsh et Shutes 2012). La méconnaissance de la langue locale est également un facteur qui désavantage les soignantes immigrantes dans les soins. La relation de soin, basée sur les besoins de la personne et la reconnaissance, peut être difficile à construire si la soignante et le soigné ne se comprennent pas en raison de l'accent et des expressions locales. Par ailleurs, l'ethnicité s'avère être un avantage dans certains cas où la personne âgée partage la même religion ou la même langue que la soignante (Meintel, Cognet, et Lenoir-Achdjian 1999; Walsh 2009; Walsh et O'Shea 2010; Walsh et Shutes 2012). Toutefois, il ne faut pas croire que l'ethnicité est le seul élément influençant négativement la relation de soin. Les immigrantes font face, comme les autres collègues, à une augmentation de la charge de travail et une diminution du personnel soignant ce qui influence la relation qu'elles entretiennent avec les personnes âgées. À cela s'ajoute le fait qu'elles sont confrontées à des refus de soin sans disposer du temps nécessaire pour désamorcer la situation. Les immigrantes tentent donc, avec le temps dont elles disposent, de créer jour après jour, une relation de confiance avec des personnes âgées craintives (Walsh 2009; Walsh et O'Shea 2010; Walsh et Shutes 2012).

2.4. L'équipe soignante, le collectif de travail en milieu hospitalier

L'étude de la relation de soin permet l'examen du lien social entre la soignante et le soigné, documentant ainsi les interactions sociales entre les préposées immigrantes et les résidents en centre d'hébergement. Afin de compléter la littérature touchant la démarche ethnographique *d'expérience au travail*, la dernière section de ce chapitre présentera les écrits concernant les interactions sociales chez les préposées aux bénéficiaires au sein de l'équipe de travail en centre d'hébergement. N'étant pas seulement en interaction avec les résidents, mais aussi avec les collègues de travail¹⁶, il est important de comprendre les dynamiques sociales et collectives entre les membres de l'équipe soignante afin de bien saisir *l'expérience de travail* des préposées immigrantes. Pour ce faire, une présentation de la littérature concernant l'importance du collectif¹⁷ de travail en milieu hospitalier sera effectuée, ainsi qu'un examen plus précis du cas des préposées aux bénéficiaires au Québec, ce qui permettra d'illustrer certaines difficultés au travail liées à l'équipe. Enfin, la revue de littérature sera complétée par la présentation du cas particulier des travailleuses immigrantes en santé à travers le monde, leur situation n'ayant pour le moment pas été traitée au sein de la littérature au Québec.

2.4.1. Pourquoi le collectif de travail est essentiel ?

Tout d'abord, qu'est-ce qu'un collectif de travail ? Quelle place occupe-t-il dans un milieu de travail ? Le collectif de travailleurs possède trois fonctions : 1) il permet d'établir un cadre informel de sélection pour déterminer qui peut faire partie de l'équipe de travail, plus particulièrement par les bonnes compétences pour pratiquer le métier 2) le collectif

¹⁶ Les collègues de travail pour les préposées aux bénéficiaires sont les infirmiers/infirmières auxiliaires, les infirmiers/infirmières chef et les autres préposées, c'est-à-dire l'équipe de « proximité », tel que mentionné dans le chapitre un.

¹⁷ Il est important de préciser que le terme « équipe » et « collectif » n'ont pas la même signification. Par exemple, en centre d'hébergement, l'équipe des préposées est composée par les membres de proximité, soit les infirmiers/infirmières auxiliaires, les infirmiers/infirmières chef et les autres préposées, tandis que le « collectif » chez les préposées englobe seulement les autres préposées (Aubry 2011). En raison de leurs tâches communes, chaque profession en centre d'hébergement s'unit, formellement ou informellement, pour former un groupe de pairs, un collectif (Aubry 2011). Ce mémoire ne fera pas une analyse des interactions sociales en distinguant les particularités interactionnelles au sein de l'équipe et du collectif, il essaiera plutôt de comprendre la dynamique avec les collègues de travail en général. Toutefois, la distinction entre « équipe » et « collectif » devait être faite.

contribue à mettre en place des stratégies afin de diminuer entre autres le découragement ou la fatigue du groupe 3) le collectif permet de développer, en groupe, une identité professionnelle et une représentation valorisée du travail (Aubry 2011 : 219). Le collectif de travail est donc primordial, car il agit de manière symbolique en permettant aux travailleurs de mettre en place des normes et des stratégies pour contrer les difficultés rencontrées au travail (Aubry 2011 : 222).

En opposition, l'individualisme au travail prend de plus en plus de place dans les discours populaires depuis les années 1990 (Vendramin 2004). Il est question entre autres de la désyndicalisation de plusieurs groupes de travailleurs et de leur difficulté à former un collectif soutenu (Vendramin 2004). Si le travail individualisé est de plus en plus présent dans plusieurs secteurs d'emploi, le collectif de travail n'est pas en rupture pour autant. Au contraire, le collectif se transforme : il ne disparaît pas, mais se structure différemment (Vendramin 2004 : 259). Une étude menée en Belgique sur la transformation du collectif des travailleurs dans une entreprise multimédia démontre que même si les travailleurs se retrouvent chacun de leur côté en possédant des bureaux individualisés, travaillant même parfois à la maison, ils se reconnaissent tous dans le concept de collectif par l'objectif du travail qui les unit. Pour eux, le collectif est un outil quotidien pour accomplir le travail. Malgré le fait que les tâches à effectuer soient individualisées, le point de rencontre de tous les employés est le projet commun à réaliser (Vendramin 2004). Même si le travail est individualisé, le résultat des tâches demeure collectif (Vendramin 2004). Dans le milieu des soins, comment se porte le collectif de travail ? Sous quelle forme se présente le projet commun ?

2.4.1.1. S'unir par un projet commun

Dans les milieux de la santé, les études démontrent qu'un collectif fort¹⁸, qu'une grande solidarité entre les travailleurs, est essentiel pour effectuer le travail adéquatement

¹⁸ Ces études en milieux hospitaliers définissent le collectif, non pas comme un sous-groupe où chaque profession possède son équipe de pairs, mais bien comme un groupe où tous les professionnels et les intervenants font parties (Sainsaulieu 2006; Vendramin 2004; Borzeix, Charles, et Zimmermann 2015; Schepens 2015). Cette précision doit être faite étant donné qu'un peu plus bas, lorsqu'il sera question de présenter le collectif chez les préposés, nous apprendrons que chez ces travailleurs du milieu de

(Sainsaulieu 2006; Vendramin 2004; Borzeix, Charles, et Zimmermann 2015; Schepens 2015). L'équipe de travail au bloc opératoire est un bon exemple : tous les membres de cette équipe ont le sentiment de faire partie d'une communauté, se réunissant autour d'une seule mission, d'un seul projet commun, c'est-à-dire la personne sur la table d'opération (Sainsaulieu 2006 : 76). Le collectif repose ainsi sur la participation à un projet commun, une activité commune où chacun apporte et contribue à quelque chose (Borzeix, Charles, et Zimmermann 2015). L'équipe de travail en soins palliatifs est un autre exemple : les travailleurs s'unissent autour d'un projet commun, la personne mourante. Les tâches en soins palliatifs sont d'une autre logique : effectués dans le calme et la douceur, il s'agit de soins de confort adaptés à chaque personne. La personnalisation des soins en soins palliatifs exige du personnel soignant une certaine adaptation afin de trouver un terrain commun pour chaque personne soignée. Tous les membres de l'équipe sont donc appelés à trouver une manière de faire commune, qui caractérise ainsi leur appartenance au collectif (Borzeix, Charles, et Zimmermann 2015). Dans le cas des préposées effectuant un *sale boulot* où les tâches sont très peu valorisées au sein de l'équipe, le projet commun permet une redéfinition de la division morale des rôles positionnant ainsi les préposées comme un maillon essentiel de l'équipe (Schepens 2015).

Par ailleurs, même si un projet commun soutient l'équipe, certaines difficultés organisationnelles peuvent l'affaiblir (Sainsaulieu 2006). L'équipe soignante n'est pas homogène : elle se forme autour d'une variété de savoirs et de connaissances, créant à l'occasion des tensions et des conflits, donnant lieu à différents débats sur des manières de faire. Au sein de l'organisation même, le sentiment de communauté peut être affaibli en raison des horaires instables des membres de l'équipe et du manque de personnel (Sainsaulieu 2006). Toutefois, le collectif sert à affronter ces difficultés le rendant ainsi plus fort : « la capacité à être une communauté est de se rassembler pour affronter l'hôpital, ses surcharges bureaucratiques et son intensification du travail » (Sainsaulieu 2006 : 78).

l'hébergement, le collectif renvoie à un groupe de pairs réunissant seulement les préposées. Cette distinction ne contribuera pas à approfondir la description des interactions chez les préposées, ne s'intéressant pas ici à l'expérience globale au sein du collectif, mais bien à l'expérience générale au travail. Cependant, la distinction théorique devait être soulignée.

2.4.2. Le cas des préposées aux bénéficiaires au Québec

Tel que présenté dans le concept entourant le savoir relationnel chez les préposées, faire partie du « collectif des préposées » dépend du jugement, positif ou négatif, porté par les autres préposées (Aubry 2011). Malgré le jugement positif permettant l'intégration des préposées au sein de l'équipe, des études exploratoires démontrent qu'elles rencontrent des défis et des obstacles nuisant à la formation d'un collectif fort (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015; Aubry et Couturier 2014b). D'une part, la faiblesse du sentiment d'appartenance collective des préposées peut être expliqué par leur sentiment d'invisibilité en raison des tâches non spécialisées qu'elles effectuent, les classant au bas de la hiérarchie, ce qui entraîne leur mise à l'écart des autres membres de l'équipe de proximité. D'autre part, entre les préposées elles-mêmes, le projet commun et la collectivité est de plus en plus faible en raison du travail de plus en plus individualisé. Le manque de personnel et la diminution du temps accordé pour chaque résident forment un contexte peu propice à l'entraide et à l'interaction sociale entre pairs.

À cela s'ajoute les résultats de deux chercheurs, Aubry et Couturier (2014a), qui sont les seuls à avoir étudié la question du collectif des préposées aux bénéficiaires au Québec. Au sein de leurs recherches, ils ont découvert que les formations reçues par les préposées et les incohérences organisationnelles les conduisent à se désunir collectivement en ce qui concerne le projet commun des centres d'hébergement, « une pratique de soin de qualité » (Aubry et Couturier 2014a; Aubry, Couturier, et Gilbert 2014). L'approche milieu de vie, une approche centrée sur l'adaptation des soins en fonction des habitudes de vie des résidents, est un bon exemple : cette approche est critiquée par les préposées qui dénoncent l'impossibilité de sa mise en pratique en raison du manque de temps et du manque de personnel (Aubry et Couturier 2014a).

Le travail d'équipe et la communication entre pairs sont au cœur des formations reçues par les préposées. Pourtant, sur le terrain, les études constatent que l'individualité est l'attitude la plus souvent observée entourant le partage des normes, des pratiques et des représentations du travail (Aubry et Couturier 2014a). Qu'est-ce qui explique une telle individualité chez les préposées et leurs collègues ? Dans les milieux de soins, le

développement des compétences chez les préposées est présenté comme une *responsabilité individualisée*, ce qui contribuerait à l'affaiblissement du travail collectif. En fait, les organisations demandent aux préposées, de manière peut être inconsciente, de développer par exemple *leur* manière de communiquer avec les résidents plutôt que de développer *une manière commune*. Les compétences collectives sont donc moins valorisées par les organisations de santé, qui demandent plutôt aux préposées d'acquérir individuellement leurs propres compétences (Aubry et Couturier 2014a). Ne prônant pas la dimension collective qui pourtant permet la mise en place et l'utilisation de stratégies pour affronter le quotidien, les organisations de santé positionnent les préposées et le reste de l'équipe au sein d'un collectif affaibli par la charge de travail, une augmentation des exigences relatives à la qualité des pratiques par la voie des formations et des problématiques structurelles dans les services de santé (Aubry et Couturier 2014a : 181).

Ce mémoire n'analysera pas les formations reçues par les préposées aux bénéficiaires, mais afin de comprendre les dynamiques et les interactions au travail, il est important de savoir que l'individualité de ces travailleuses en centre d'hébergement au Québec est entre autres attribuable aux formations internes qui prônent la compétence individuelle et non collective (Aubry et Couturier 2014a).

2.4.3. Le cas plus général des soignantes immigrantes à travers le monde

Si le collectif des préposées aux bénéficiaires au Québec ne se porte pas bien, la situation est encore plus difficile chez les préposées immigrantes. Celles-ci n'ont pour le moment pas été étudiées au Québec, mais il existe quelques études traitant de l'expérience au travail des infirmières immigrantes à travers le monde (Alexis et Vydelingum 2004; Alexis, Vydelingum, et Robbins 2007; Charles 2011; Jeon et Chenoweth 2007; Omeri et Atkins 2002). Le contexte d'individualisation du travail dans les milieux de santé accentue les difficultés déjà rencontrées par les soignantes immigrantes qui doivent composer avec des obstacles au niveau de la communication et l'absence du soutien des collègues. Cela les positionne à l'écart du groupe et nuit ainsi à la mise en place du collectif. L'accent des soignantes immigrantes contribue à leur invisibilité au sein de l'équipe, où leur parole et leur point de vue sont ignorés des collègues de travail (Alexis et Vydelingum 2004; Alexis,

Vydelingum, et Robbins 2007; Charles 2011; Likupe 2006; Xu 2007). De plus, des études constatent que les soignantes immigrantes reçoivent généralement moins de soutien de la part de leur supérieur comparativement à leurs confrères. Leurs demandes d'aide sont souvent ignorées, ce qui les place à l'écart du collectif, et elles déplorent que les supérieurs ne leurs portent attention qu'en cas d'erreurs de leur part.

2.5. Conclusion

Dans un premier temps, la littérature sur les soins d'assistance permet d'illustrer les pratiques effectuées par les préposées, des tâches liées au *sale boulot* les positionnant ainsi au bas de l'échelle organisationnelle. Même si ce métier est qualifié d'*ingrat*, le concept des soins d'assistance propose une réflexion intéressante du savoir relationnel, une compétence menant à une revalorisation du métier. Les théories expliquant la place que prennent les préposées dans l'organisation et les savoirs utilisés dans la mise en pratique des soins m'amènent à m'intéresser dans ce mémoire à l'organisation du travail et aux pratiques en centre d'hébergement, soit aux rôles et aux tâches de chaque professionnel de l'équipe de proximité.

Dans un deuxième temps, la maîtrise du savoir relationnel détermine la capacité des préposées à effectuer un travail de qualité. Ce savoir devient ainsi un critère utilisé pour juger leur travail lors de la période de probation, à savoir si elles pourront ou non être embauchées officiellement. La période de probation est donc une étape importante, qui laisse sa marque sur l'expérience de travail des préposées. C'est pourquoi ce mémoire documentera cette période que connaissent toutes les préposées. Dans un troisième temps, comme l'expérience fait référence aux interactions sociales, cette recherche traitera des relations entretenues par les préposées avec les résidents et leurs collègues. Les concepts de relation de soin et de collectif au travail permettront de décrire la place et la forme que prennent les interactions.

À travers les pratiques et les interactions vécues par les préposées, je tenterai de comprendre de quelle manière l'ethnicité influence leur expérience. Ce mémoire ne se situe

pas au sein d'une approche utilisant la notion de culture¹⁹ qui chercherait à lier des facteurs culturels aux difficultés que vivent les préposées au travail. Il s'intéresse plutôt à la place que prend l'ethnicité dans les interactions sociales en analysant, par les paroles et les discours des préposées, de quelle manière l'ethnicité s'insère, positivement ou négativement, dans l'expérience de travail. Dans un même ordre d'idées, il sera pertinent de constater la place de l'ethnicité dans le discours des préposées : parlent-elles de l'ethnicité en expliquant leur quotidien ? Utilisent-elles l'ethnicité pour définir leur rapport aux autres ? De quelles manières l'utilisent-elles ? Ces questions guideront l'analyse de l'expérience au travail des préposées. Le prochain chapitre présentera donc plus spécifiquement la question et les objectifs de ce mémoire en lien avec les concepts présentés. C'est dans ce chapitre que sera aussi dévoilée la méthodologie ayant guidé la collecte de données et l'analyse.

¹⁹ L'utilisation de la notion de culture doit se faire avec parcimonie. Le concept est généralement utilisé pour faire référence à des caractéristiques spécifiques d'une population donnée. Toutefois, cette explication par la culture peut reproduire et renforcer les préjugés et les stéréotypes déjà dominants au sein des représentations sociales d'une société (Cognet et Montgomery 2007). Nous devons être prudents, car l'interprétation culturelle ignore souvent que les pratiques culturelles se développent au sein de rapports de domination et que certains comportements ont été historiquement imposés par les dominants (Cognet et Montgomery 2007 : 54). Ce mémoire ne nie pas les manifestations culturelles, mais celles-ci n'y seront pas traitées.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

3.1. Les objectifs de recherche

La question de recherche et l'objectif principal de ce mémoire sont donc les suivants :

Question générale :

Comment les préposés aux bénéficiaires immigrants²⁰, travaillant dans les centres d'hébergement de la ville de Québec, vivent-ils leur expérience de travail ?

Objectif principal :

Illustrer la place qu'occupe l'ethnicité dans leur expérience de travail.

Objectifs secondaires :

1. Identifier les trajectoires migratoires et professionnelles des participants (comment devient-on préposé aux bénéficiaires ?)
2. Décrire l'organisation du travail dans un centre d'hébergement, c'est-à-dire la division du travail, les tâches et le rôle de chaque professionnel de la santé sur les lieux.
3. Documenter la période de probation, les difficultés et les facilitateurs rencontrés
4. Décrire l'expérience de soin et la relation entretenue avec les résidents
5. Décrire les difficultés et les facilitateurs que les préposés rencontrent avec les collègues de travail

²⁰ Même si le féminin a été utilisé dans le premier et le deuxième chapitre pour parler des préposés aux bénéficiaires afin de se conformer au genre utilisé dans la littérature, le masculin sera utilisé à partir de ce chapitre et pour le reste de ce mémoire, car il s'avère que lors de la collecte de données, autant d'hommes et de femmes ont été interrogés.

3.2. Paradigme méthodologique

Le paradigme méthodologique utilisé pour répondre aux objectifs de ce mémoire est celui de la méthodologie qualitative, qui permet d'explorer en profondeur la perspective des acteurs et de dégager ainsi la richesse du sens que ceux-ci accordent, ici, à leur expérience de travail. Comparativement aux méthodes quantitatives où les questionnaires fermés réduisent l'étendue des réponses des acteurs dans un cadre précis, les méthodes qualitatives permettent de saisir la complexité des expériences humaines en accordant un maximum d'espace aux discours des répondants et en resituant les pratiques concernées dans le cadre de leur environnement social et organisationnel. L'objectif de ce mémoire n'est pas de saisir la relation entre des variables, comme le fait la méthode quantitative, mais plutôt de comprendre l'expérience de travail par les multiples significations qui s'en dégagent. Pour ce faire, la démarche ethnographique a été privilégiée afin de fournir une « description détaillée » des pratiques quotidiennes et des savoirs locaux chez les préposés, ainsi que de mieux saisir leurs expériences individuelles comme travailleurs en centre d'hébergement (McDonald et Carnevale 2010).

Dans un même ordre d'idées, la démarche de recherche a été de type empirico-inductive, c'est-à-dire que l'expérience au travail a été analysée à partir de la parole des préposés aux bénéficiaires immigrants eux-mêmes. Ce mémoire a été réalisé au sein d'un processus itératif, une démarche qui a permis d'adapter la recherche selon les données qui émergeait au cours de la collecte des données. Le cadre méthodologique est aussi demeuré flexible tout au long du terrain dans le but de mieux s'adapter à celui-ci. Le processus itératif a ainsi permis d'accorder une certaine ouverture à ce mémoire et ce jusqu'à l'analyse des données ce qui a permis de s'ajuster et d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion tout au long de la démarche.

3.2.1. Approche théorique : la phénoménologie

Cette recherche emprunte une approche phénoménologique qui cherche à comprendre le sens manifesté par les discours, en privilégiant le vécu et la perception des acteurs en lien avec leur expérience (Poupart et al. 1997). Cette approche a été privilégiée, car elle permet

« [...] de décrire la liaison au monde et aux autres en s'intéressant à la constitution des phénomènes vécus sans les dénaturer. La signification de l'expérience est présentée à partir du récit des acteurs » (Ribau et al. 2005 : 22). La phénoménologie permet de contextualiser le vécu des personnes en accédant au « champ phénoménal » de leurs discours, c'est-à-dire de leur expérience globale et de leur réalité subjective (Ribau et al. 2005 : 22). Le principe méthodologique de cette approche est donc la description de l'expérience : la phénoménologie décrit le phénomène vécu par la personne sans le classer dans des catégories préexistantes, mais le présente plutôt tel que « [...] la personne le vit, le sent et prend conscience de son expérience » (Ribau et al. 2005 : 23). L'objectif de cette approche est donc de comprendre une expérience à partir du « comment » en identifiant l'histoire et la perception de la personne, ainsi qu'en soulevant le sens donné à ce vécu (Ribau et al. 2005 : 23).

3.3. Stratégies d'enquête

L'approche phénoménologique permet de recueillir des données biographiques, de l'ordre du singulier, car chaque expérience se situe au sein d'une temporalité et d'une histoire personnelle propre à chacun (Poupart et al. 1997; Ribau et al. 2005). Au sein de ce mémoire, les données ont été recueillies par deux techniques d'enquête : l'observation directe et les entretiens semi-dirigés. L'observation directe n'a pas été la stratégie d'enquête principale ; elle a permis de soutenir les données qui ont été recueillies lors des entretiens semi-dirigés. L'observation directe a été utilisée afin de documenter le deuxième objectif de ce mémoire, celui de la description de l'organisation et de la division du travail en centre d'hébergement. Ces stratégies d'enquête ont été approuvées par le comité d'éthique de la recherche du CSSS de la Vieille-Capitale (voir annexe 4).

Par ailleurs, je ne peux passer sous le silence les effets perturbateurs que l'observation directe aurait pu créer lors de mon terrain (Arborio 2007). L'observateur, n'étant pas invisible, peut influencer par sa simple présence les actions des personnes observées, mais l'observateur peut-il vraiment se fondre à l'organisation et ne pas se faire remarquer ? Pour ma part, l'observation directe effectuée n'a pas suffisamment été invasive pour perturber ou influencer l'environnement de travail des soignants observés. L'observation a offert un accès

privilegié pour une meilleure compréhension du travail des préposés aux bénéficiaires et des relations de travail informelles.

Les études en sciences sociales s'intéressant « aux métiers » utilisent l'observation directe, plus particulièrement pour comprendre et analyser la division du travail (Arborio et al. 2008). Dans l'histoire de cette stratégie d'enquête où le travail est l'objet d'observation, plusieurs sociologues se sont d'abord intéressés à l'analyse de l'organisation du travail et des conditions de travail dans les usines, tandis que les historiens contemporaines ont plutôt étudiés de quelle manière les entreprises sont structurés (Arborio et al. 2008). Dans un même ordre d'idée, l'ethnologie s'est intéressée aux entreprises, mais par l'étude des pratiques ordinaires et des relations de pouvoir au travail (Arborio et al. 2008). Dans ce mémoire, l'observation du travail consistait à observer des situations quotidiennes du travail en temps réel, ce qui a permis de saisir les pratiques sociales du travail des préposés aux bénéficiaires (Arborio et Fournier 1999; Arborio 2007).

Lors de la collecte des données, l'observation directe, effectuée à l'été 2015, a été fait « à découvert ». Les observations ont eu lieu après la collecte de données des entretiens individuels ; elles avaient pour but d'observer les interactions sociales entre les préposés, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les gestionnaires, ainsi que de comprendre de quelle manière le travail et les tâches sont divisés. Pour ce faire, les observations ont été effectuées dans l'entrée principale des centres d'hébergement, dans les salles de repos ouvertes au public, dans les corridors et au bureau de l'infirmière chef où se déroulait le plus grand nombre d'interactions entre les employés. Les observations ont été faites dans un centre d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale, un centre où la direction a autorisé ma présence comme observatrice.

Le recours à des entretiens semi-dirigés a été la technique d'enquête principale afin de répondre aux objectifs de recherche. Le choix s'est arrêté sur cette technique, car en donnant la parole aux préposés aux bénéficiaires, elle a permis une compréhension plus riche de l'expérience au travail. Les entretiens individuels ont été semi-dirigés dans la mesure où la parole des préposés n'a pas été totalement libre. Les entretiens ont été dirigés sur des thèmes en lien avec les objectifs de recherche. Le schéma d'entretien (voir annexe 3)

contenait les thèmes fondamentaux à la compréhension de l'expérience au travail : 1) le parcours migratoire et professionnel 2) l'organisation du travail 3) la probation 4) le travail auprès des résidents 5) la dynamique d'équipe.

3.4. Déroulement des entretiens

J'ai effectué 14 entretiens individuels de 90 à 120 minutes auprès de préposés aux bénéficiaires immigrants. Les entretiens ont été réalisés en fonction des disponibilités des participants, et ce à l'endroit de leur choix, soit avant ou après leur heure de travail dans une salle privée de leur centre, à leur domicile ou dans mon bureau à l'édifice Père-Marquette du CSSS de la Vieille-Capitale. Avant de débiter chaque entretien, un formulaire de consentement (voir annexe 2), expliquant le projet, a été lu avec le participant et signé par la suite, ce qui confirmait sa participation. Sous leur consentement, tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits afin de faciliter la conversation et l'analyse de ceux-ci.

3.4.1. Population interrogée

La population interrogée était celle des préposés aux bénéficiaires immigrants travaillant dans un centre d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale. L'échantillon des participants a été choisi en favorisant une variabilité maximale (le genre, l'âge ou encore le nombre d'années d'expérience dans le domaine). Le seul critère de sélection était de ne pas être né au Canada et d'être préposé aux bénéficiaires au CSSS de la Vieille-Capitale depuis au moins six mois (les candidats devaient avoir réussi leur période de probation).

3.4.2. Recrutement des participants

Le recrutement des participants a été effectué avec l'aide du comité de pairs²¹ des préposés aux bénéficiaires du CSSS de la Vieille-Capitale et avec les chefs d'unité des

²¹ Le comité de pairs des préposés aux bénéficiaires est un comité qui a pour mandat de favoriser un espace de discussion et de collaboration avec la direction de l'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015). Chaque secteur d'activité des centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale est représenté par un préposé, soit huit préposés au total. Le but du comité est de transmettre de l'information à leurs pairs et à recevoir et donner des idées dans le but d'améliorer le travail des préposés (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015). Les représentants se réunissent une fois par mois, outre la période printemps/été. Lors de leurs réunions, des chercheurs viennent présenter des nouveaux projets afin de solliciter la participation des préposés

centres d'hébergement. Avant le début du recrutement, j'ai présenté mon projet de mémoire au comité de pairs afin de les informer de ma recherche et de solliciter leur participation pour la distribution de mon affiche de recrutement (voir annexe 1). Une fois l'approbation reçue du comité d'éthique de la recherche du CSSS de la Vieille-Capitale, j'ai distribué mon affiche de recrutement par courriel aux chefs d'unité des centres d'hébergement qui l'ont par la suite distribué aux préposés aux bénéficiaires de leur établissement. Les affiches ont été distribuées dans les huit centres d'hébergement afin d'effectuer le plus d'entrevues individuelles possibles, soit une vingtaine. Toutefois, ma collecte de données a été effectuée lors de la période estivale soit de mai 2015 à août 2015, ce qui a eu un impact majeur sur le nombre de participants rencontrés, soit quatorze au final. Ces travailleurs sont plus difficiles à solliciter l'été en raison des vacances.

Par ailleurs, en consultant l'affiche de recrutement, les personnes intéressées à participer à ma recherche ont pu me rejoindre par téléphone ou par courriel afin de me laisser leurs coordonnées personnelles. Suite à la réception des candidats intéressés, j'ai pu les contacter afin de cédule l'entretien individuel.

3.5. Analyse des données

Les données recueillies au sein des entrevues individuelles et de l'observation directe ont été analysées selon une approche phénoménologique descriptive. Une analyse de contenu thématique des données a été faite avec l'aide du logiciel NVivo. Ce logiciel a permis la mise en ordre des données et leur codification. Il a été question de classer et d'analyser les principaux thèmes du discours des participants en lien avec la question et les objectifs de recherche. La description de l'expérience par l'analyse de contenu a permis d'extraire le sens, les attitudes, les actions, le langage et les expressions associés au vécu du travail (Ribau et al. 2005). Les chapitres quatre, cinq et six présenteront la description phénoménologique de l'expérience au travail des préposés aux bénéficiaires immigrants. Ils sont suivis par le chapitre 7, qui permettra, par une analyse de théorisation ancrée, d'expliquer les thèmes discutés par le biais d'une théorie, soit les orientations conceptuelles présentées dans le

(Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015). Leur participation à des projets est une source de valorisation pour les membres du comité (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015).

deuxième chapitre (Paillé 1994; Paillé 2008). La théorisation ancrée va permettre d'élaborer une analyse des données, tirée d'une théorie bien enracinée dans la réalité des préposés aux bénéficiaires immigrants, plus particulièrement en dressant un portrait de l'expérience de travail tout en s'appuyant sur des schémas théoriques tirés de la littérature scientifique (Paillé 1994; Paillé 2008).

3.6. Considérations éthiques

Ce projet de mémoire implique la participation d'êtres humains, ce qui soulève nécessairement des questions et enjeux éthiques auxquels je me dois de réfléchir. La première considération est en lien avec la stratégie d'enquête de l'observation directe. Effectuant mon terrain dans un endroit où un travail d'intimité est fait sur les corps des personnes hébergées dans ces centres, cette méthode d'enquête soulève des problèmes éthiques entre autres sur la violation de l'intimité et le non-respect de la personne. C'est pourquoi j'ai effectué des observations non-participantes. L'objectif de mon observation n'était pas de jouer le rôle d'un préposé aux bénéficiaires ou de chercher à regarder le travail d'intimité. J'ai cherché à comprendre la division du travail et les interactions professionnelles en centre d'hébergement, ce qui m'a amené à observer le travail dans des lieux « neutres » où le travail sur le corps ne se faisait pas, comme dans les entrées principales, les salles de repos, la cafétéria et les corridors.

Les participants que j'ai interrogés ont signé un formulaire de consentement expliquant le projet et les dimensions liées à la confidentialité. Les participants avaient la possibilité, lors de l'entrevue individuelle, de se retirer en tout temps s'ils ne voulaient plus y participer. Lors de l'observation directe, je me suis ouvertement affichée à tous en tant qu'étudiante à la maîtrise en expliquant la raison de ma présence. Par ailleurs, pour assurer la confidentialité des informations recueillies, toutes les données et notes de terrain ont été rassemblés dans mon classeur sous clé. De plus, tous les noms ont été changé pour un numéro afin que l'identité des participants ne puissent être dévoilées.

Présentation des résultats

CHAPITRE 4 : ÊTRE PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES : DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL LORS DE L'ARRIVÉE DANS LE MÉTIER

4.1. Portrait des trajectoires migratoires et professionnelles. Devenir préposé aux bénéficiaires

Le premier objectif de ce mémoire est d'identifier les trajectoires migratoires et professionnelles des participants rencontrés. Sur un total de quatorze préposés immigrants interrogés, neuf sont des femmes et cinq sont des hommes. Sur ces quatorze préposés, deux participants ont immigré de l'Amérique Latine, quatre des Caraïbes, deux de l'Afrique du nord, cinq de l'Afrique centrale et un participant a immigré de l'Europe. Désirant un avenir meilleur pour eux et leurs familles, douze participants ont quitté leurs pays en raison de la guerre civile liée à des problèmes politiques. Seulement deux participants ont immigré au Québec parce qu'ils connaissaient déjà la région. Ils y étaient venus pour voyager et ils ont pris la décision de venir s'y installer à long terme. Ces deux participants sont arrivés au Québec seuls, sans conjoint, ni enfant. Au niveau professionnel, sept participants possédaient déjà un diplôme universitaire lors de leur arrivée au Québec, alors que trois participants avaient un diplôme équivalent à une technique professionnelle. Les autres détenaient un diplôme équivalent à un niveau d'études secondaires. Le tableau #1 présente, plus en détails, la nationalité, les motifs d'immigration, et la formation d'origine pour chacun des participants.

Tableau 1 : Profil des participants

| Participants | Nationalité d'origine | Motifs d'immigration | Formation d'origine |
|--------------|-----------------------|--|--|
| F 01 | Amérique centrale | Elle a quitté en raison des problèmes politiques du pays | L'équivalent d'une formation professionnelle |
| F 02 | Afrique centrale | À la suite d'un voyage au Québec, elle décide | L'équivalent des études secondaires |

| | | | |
|------|-------------------|---|--|
| | | s'y installer définitivement | |
| H 03 | Afrique centrale | Sa famille et lui ont fui la guerre civile | Étude universitaire |
| F 04 | Amérique centrale | Sa famille et elle ont quitté en raison des problèmes politiques du pays | Étude universitaire, cycles supérieurs |
| F 05 | Afrique centrale | Elle quitte son pays en raison de la guerre civile. Elle avait le statut de réfugié | L'équivalent des études secondaires |
| F 06 | Afrique centrale | Ses enfants et elle quittent le pays en raison de la guerre civile. Ils avaient le statut de réfugiés | L'équivalent des études secondaires |
| F 07 | Amérique du Sud | Sa famille et elle quittent en raison des problèmes politiques du pays | Étude universitaire |
| H 08 | Amérique du Sud | Sa famille et lui quittent en raison des problèmes politiques du pays | L'équivalent d'une formation professionnelle |
| H 09 | Afrique du Nord | Sa famille et lui quittent en raison de la guerre politique | Étude universitaire |
| H 10 | Afrique du Nord | À la suite d'un voyage au Québec, il décide de s'y installer définitivement | L'équivalent des études secondaires |
| F 11 | Amérique centrale | Elle quitte son pays en raison des problèmes politiques de du pays | L'équivalent du diplôme d'études collégiales |
| F 12 | Europe | Sa famille et elle quitte pour un avenir meilleur | Étude universitaire |
| H 13 | Amérique du Sud | Il quitte le pays en raison de la guerre civile | Étude universitaire |
| F 14 | Amérique centrale | Sa famille et elle quitte en raison des problèmes politiques | Étude universitaire, cycles supérieurs |

Peu de temps après avoir mis les pieds en sol québécois, les participants se sont mis à la recherche d'un emploi ; un emploi non spécialisé pour ceux qui ne possédaient que l'équivalent des études secondaires et un emploi spécifique à leur domaine pour ceux qui détenaient un diplôme collégial ou universitaire. Du côté des diplômés, aucun participant n'a réussi à se retrouver un emploi qualifié, leurs diplômes n'étant pas reconnus au Québec. Les recherches étaient sans succès, et ce, même si plusieurs étaient accompagnés par des intervenants des centres multiethniques et par des orienteurs gouvernementaux pour les aider dans leurs démarches. Toujours sans emploi, la solution proposée par ces intervenants était de refaire leurs études universitaires au Québec. Cette option n'était pas envisageable pour plusieurs ; ils ne pouvaient pas se permettre de retourner aux études. Les besoins primaires étaient leur priorité : trouver un emploi rapidement pour payer le loyer et nourrir leur famille. Toutefois, deux participants ayant un soutien financier plus élevé sont retournés à l'université au Québec pour s'orienter vers un autre domaine que celui qu'ils occupaient dans leur pays. Malgré leur diplôme « québécois », ils n'ont jamais trouvé d'emploi dans ce nouveau domaine.

Tous les participants diplômés ont donc dû chercher un emploi non spécialisé ou un emploi qui ne demandait pas beaucoup d'années d'études. Ayant déjà un réseau de soutien auprès des centres multiethniques et des services de placement provinciaux, plusieurs d'entre eux connaissaient déjà les emplois « en demande » dans la ville de Québec. Le choix s'est arrêté sur le métier de préposé aux bénéficiaires, car la formation n'était pas longue, environ six mois. Aussi, le programme de cohorte, qui n'existe plus aujourd'hui²², permettait de suivre les cours et de travailler en même temps. De cette manière, ils pouvaient travailler à temps partiel comme préposé, ce qui leur assurait un revenu, tout en suivant les cours en classe. Ce choix de carrière ne reposait pas que sur des raisons économiques : les plus diplômés y trouvaient un certain intérêt à pratiquer ce métier, un emploi qui satisfaisait leur désir de travailler dans le domaine de la santé et auprès des personnes âgées. Malgré ce choix

²² De 2007 à 2013 au CIUSSS de la Capitale-Nationale (anciennement le CSSS de la Vieille-Capitale), les étudiants qui suivaient la formation de préposé aux bénéficiaires pouvaient rejoindre le programme de cohorte qui leur permettait de travailler à temps partiel comme apprenti préposé tout en suivant les cours. Ce programme a été aboli en 2013 pour des raisons budgétaires. Maintenant, les étudiants doivent compléter la formation jusqu'au bout avant de pouvoir travailler.

sous contrainte, ils ont appris à aimer ce travail ; un travail où ils se sentent utiles en aidant des gens dans le besoin, un travail où ils vivent une grande satisfaction en faisant une différence dans la vie des gens :

J'ai appris que j'aimais prendre soin des gens ; j'aime me sentir utile. Utile pour les gens qui en ont besoin. Je pense qu'il y a trop de solitude ici. C'est la solitude qui m'a le plus marquée. J'aime mon travail, j'aime tout ce que je fais avec les gens.

(Répondante #07)

Du côté des participants qui possédaient un diplôme d'études secondaires, la recherche d'emploi s'est également faite en collaboration avec des centres multiethniques et des orienteurs gouvernementaux. De manière générale, ils ont choisi la formation de préposé aux bénéficiaires, non pas en raison de la durée ou du programme de cohorte, mais parce que ce métier correspondait à leurs valeurs, à leurs intérêts et à la manière dont ils envisageaient l'avenir²³. La description du métier de préposé les rejoignait : les tâches à effectuer faisait sens pour eux et pour plusieurs qui ont connu la guerre civile, prendre soin des autres n'était pas quelque chose de nouveau. Être préposé aux bénéficiaires était une suite logique à leurs parcours :

Ce métier-là ça m'apporte de mieux connaître les gens, l'être humain. Malgré tout ce qu'une personne a fait dans sa vie, en fin de vie, on voit que la personne peut être vulnérable. Il faut leur donner toute l'aide nécessaire et c'est pour ça qu'on est là. Donc, ça devient très humain, c'est ça que ça m'apporte. Comme beaucoup d'immigrants qui font ce métier, j'ai vécu la guerre civile. Ce n'était pas facile, mais quand on prend du recul on peut dire que ça nous apporte beaucoup d'expériences dans la vie. Pendant la guerre, j'ai aidé des gens, des blessés, je devais les aider, alors ce métier c'est un peu ça. Ce n'est pas une

²³ Ces participants étaient à la recherche d'un emploi à long terme. Le métier de préposé aux bénéficiaires, étant un travail en grande demande partout dans la province, était un choix idéal : ce travail leur assurait une grande stabilité jusqu'à leur retraite.

nouvelle expérience pour moi d'être préposé. Ça vient de très loin... Ce métier-là, ça m'apprend beaucoup côté humain.
(Répondant #13)

4.2. Le métier de préposé aux bénéficiaires : les premiers pas

Afin de bien comprendre l'expérience au travail des préposés, il faut d'abord documenter l'arrivée dans le métier et le déroulement des premières journées de travail : comment s'est passé l'accueil au sein de l'établissement ? Que se passe-t-il lors de ces premières journées de travail ? Comment le travail est structuré ? Quel est le rôle du nouveau préposé aux bénéficiaires ? C'est également durant ces premiers jours que les nouveaux préposés prennent connaissance de l'organisation du travail, c'est-à-dire de la division des tâches et du rôle de chaque intervenant dans le centre d'hébergement. Le deuxième objectif de ce mémoire est donc de comprendre le fonctionnement de l'établissement et l'organisation du travail. C'est en exposant le point de vue des participants lors de leur arrivée dans le métier que ce chapitre répondra à cet objectif. Il sera aussi question de présenter l'accueil reçu par les nouveaux préposés, ainsi que le déroulement de la période de probation, faisant ici référence au troisième objectif de ce mémoire. L'étape probatoire est une période charnière dans l'apprentissage des nouveaux préposés et sa présentation permettra de dresser un meilleur portrait du vécu au travail.

4.2.1. Jour 1 : la journée d'orientation

Formation complétée et diplôme en main, les nouveaux préposés sont maintenant prêts à travailler officiellement en centre d'hébergement²⁴. Aucune donnée ne sera présentée sur l'expérience des participants durant la formation. Cette question n'a pas été abordée en entrevue. Limité dans le temps, l'objectif était de saisir l'expérience de travail une fois la formation terminée. « L'expérience de formation » en soi aurait pu faire l'objet d'un autre mémoire.

²⁴ Les participants ont pris la décision de travailler dans un centre d'hébergement, mais ils auraient pu choisir d'exercer dans les hôpitaux, les centres d'hébergement privés ou dans des agences privées.

La première journée de travail est très significative pour les participants. Même si certains travaillent comme préposés depuis plusieurs années, ils se souviennent encore de cette journée. Une certaine nervosité les habitait ce jour-là, mais c'est surtout le sentiment de fierté qui prédominait. Fiers d'avoir surmonté les obstacles depuis leur arrivée au Québec, ils débutent cette carrière comme une nouvelle étape. Cette nouvelle expérience commence par une journée d'orientation au centre d'hébergement. Il s'agit d'une période de jumelage avec un préposé expérimenté. Une présentation des lieux est d'abord faite : le bureau de l'agente administrative, le bureau du chef d'unité, le bureau de l'infirmier/infirmière chef, la salle à dîner et les toilettes des employés. L'orienteur lui assigne aussi les codes de sécurité permettant d'ouvrir les portes. La visite du centre est d'une durée d'environ quinze minutes, et après celle-ci la période d'apprentissage commence. Le nouveau doit suivre le préposé expérimenté toute la journée afin d'apprendre le métier, et plus particulièrement de comprendre le fonctionnement de *ce* département où il devra effectuer sa probation²⁵ au cours des quarante-cinq prochains jours. La journée d'orientation est la seule journée d'observation pour le nouveau préposé, c'est pourquoi il doit être attentif et apprendre rapidement, car le lendemain, il devra faire le travail seul. Qu'y a-t-il de si particulier à assimiler ? Ne l'apprend-t-il pas sur les bancs d'école ?

Le nouveau préposé doit faire l'apprentissage des routines de *son* département. Chaque centre d'hébergement, même chaque étage est différent. C'est la diversité des besoins et des habitudes des résidents qui fait la distinction entre les étages. La routine des tâches est indirectement liée aux préférences de chaque résident. Le préposé doit savoir que :

²⁵ La probation est une épreuve de quarante-cinq jours durant laquelle le nouveau préposé est évalué sur son travail. L'évaluation est faite par l'équipe (les autres préposés, les infirmiers/infirmières auxiliaires et les infirmiers/infirmières). Selon les commentaires et les critiques émis durant ces quarante-cinq jours, le chef d'unité devra prendre la décision s'il embauche officiellement le nouveau préposé ou non. Si le préposé ne réussit pas la probation, il ne pourra pas exercer ce métier et ce, dans aucun des centres d'hébergement du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Non, madame Tremblay veut être levée en dernier. Elle est inscrite la première sur le plan de travail, mais on la lève toujours en dernier.
(Préposé, citation tirée des notes d'observation)

Monsieur Girard ne veut pas son déjeuner au lit, mais au salon. Ce n'est pas évident, il ne parle pas, mais on a fini par comprendre qu'il voulait manger quand on le mettait au salon.
(Préposé, citation tirée des notes d'observation)

Ce sont ces détails importants que l'orienteur tentera de transmettre au nouveau. En le suivant toute cette journée, le préposé observe les tâches qu'il devra effectuer : donner les bains, changer la literie, changer les culottes de protection, nourrir les résidents et répondre aux cloches. Avoir un bon orienteur est important. Il se doit d'être dynamique et d'être un bon pédagogue, car il n'a qu'une journée pour expliquer le fonctionnement et l'ordre des tâches. Informellement, il joue un rôle qui va au-delà de son titre de formateur, il représente la première image, la première impression que se fera le nouveau du métier de préposé aux bénéficiaires, mais également de son milieu de travail pour les prochaines semaines :

Les orienteurs, nous sommes importants parce qu'on est comme la façade, la première image de ce que le nouveau va avoir comme impression. Peut-être qu'ils vont faire leur conclusion de ce métier à partir de cette première personne qui les auront orientés.
(Répondant #09)

De manière générale, la journée d'orientation s'est bien déroulée pour tous les participants. Ils ont reçu un bon accueil et l'orienteur a su bien les informer et les guider dans les tâches à faire. Les difficultés ont plutôt émergé lors de la deuxième journée de travail, c'est-à-dire le début de la période de probation. Avant d'aborder cette période, une présentation plus approfondie de l'organisation du travail doit être faite. À quoi ressemble une journée de travail en tant que préposé aux bénéficiaires ? Quelles sont les tâches des autres intervenants de la santé, l'infirmier/infirmière auxiliaire et l'infirmier/infirmière ? Quelle est l'interaction entre les préposés et les autres intervenants ? Quel est le rôle du chef d'unité ? La description de l'organisation du travail sera faite sous forme narrative, ce qui permettra de mieux décortiquer, à partir de situations concrètes vécues au quotidien, la liste des tâches que les préposés effectuent, en plus de permettre d'illustrer avec justesse la réalité

quotidienne de ceux-ci. Afin de préserver l'authenticité de leurs gestes et de leurs paroles, cette histoire sera racontée à partir du vocabulaire utilisé par les préposés et les autres intervenants en centre d'hébergement. Cette histoire est fictive, mais inspirée des observations de terrain et des entrevues effectuées lors de la collecte de données. Elle est écrite du point de vue qu'aurait un préposé, ici une préposée aux bénéficiaires immigrante qui travaille auprès des personnes en perte d'autonomie depuis quatre ans.

4.2.1.1. Une journée dans la peau de Maria, une préposée aux bénéficiaires

Il est 5h45 a.m.

Alors que bien des gens dorment encore, Maria, elle, vient d'arriver au travail. Ce n'est pas la forme ce matin. Préoccupée par son père malade, elle monte les escaliers, plongée dans ses pensées et se rend à la salle à dîner. Elle dépose son lunch dans le réfrigérateur et prend le temps de s'asseoir quelques instants avec les deux préposés et l'auxiliaire qui étaient là avant elle. Silencieuse, Maria écoute les conversations. Une placote du déménagement de son fils alors que l'autre parle de son dernier voyage à Cuba. L'infirmière entre dans la pièce et les interrompt.

- Êtes-vous prêtes ? Je commencerais le topo toute suite ?

Elles acceptent et se dirigent vers son bureau.

- Bon, j'espère que vous êtes en forme aujourd'hui mesdames parce que Mélanie ne pourra pas rentrer pour son quart à 10h00, ce qui veut dire que Maria, tu as un client²⁶ de plus pour un bain vers 10h30. Vous allez voir ça va bien aller. Voici vos plans de travail. Pour Maria, tu te rajoutes monsieur Picard... Sinon, la nuit s'est bien passée. Rien de spécial à part que Madame Lamontagne dérangeait encore sa voisine avec ses cris, mais nous allons en parler au médecin pour réajuster sa médication pour la calmer. Avec tout ça, les deux n'ont pas beaucoup dormi, donc elles risquent de rattraper leur sommeil aujourd'hui. Bonne journée et

²⁶ Dans les centres d'hébergement, les intervenants utilisent généralement le terme « client » pour parler des résidents.

si jamais, il y a quelque chose, venez me voir ! Aujourd'hui, je suis en charge du deuxième et du troisième étage. Appelez au troisième si je ne suis pas là.

Les préposés se dispersent pour aller préparer leur chariot, alors que Maria attrape l'infirmière avant de partir.

- Je sais que tu m'as rajouté monsieur Picard, mais les dernières fois que j'ai essayé de le faire, il ne voulait rien savoir... Je vais me réessayer, mais si ça ne fonctionne pas, pourras-tu demander à une autre de le faire ?

- Oui, oui Maria, pas de problème !

Elle va donc préparer elle aussi son chariot. Elle y place de la literie propre, des produits nettoyants pour le corps, des débarbouillettes et des culottes de protection.

Maria travaille dans la section A depuis quelques temps. Il y a sept résidents qui habitent cette aile. Elle commence à bien les connaître. Aujourd'hui, elle a un résident de plus, monsieur Picard. Il vit quelques chambres plus loin, situé dans la section B.

Poussant son chariot jusqu'à sa section de travail, Maria s'arrête quelques secondes devant la porte de monsieur Picard. Elle commence déjà à s'interroger sur la manière dont elle pourrait l'aborder pour qu'il accepte de prendre son bain.

- Je pourrais aller le voir rapidement durant le déjeuner pour lui dire *bonjour*, peut-être que ça briserait la glace ?

Il est 6h15 a.m.

Elle installe le chariot dans son corridor. Elle commence tranquillement à jeter un coup d'œil dans les chambres pour voir si ses résidents sont réveillés. La plupart dorment encore sauf madame Gingras qui est légèrement agitée depuis que Maria a mis le pied dans sa chambre. Incapable de parler, madame Gingras regarde Maria avec un drôle d'air en bougeant son

bassin. Maria comprend. Elle veut qu'on la change. Elle retourne à son chariot chercher une culotte de protection.

- Bonjour madame Gingras, vous avez bien dormi ? Je vais vous changer. Tournez-vous un peu sur le côté, ça va m'aider... Bon, c'est ça.

Madame Gingras est une résidente *facile*. Pas de crise, pas d'insulte. Elle répond positivement aux indications que Maria lui donne.

Une fois sa culotte changée et jetée, Maria l'aide à se redresser dans son lit. Au même moment, la cloche de madame Lafleur sonne. Elle marche donc rapidement en direction de sa chambre.

- Oui madame Lafleur ?

-Ma couche...

Madame Lafleur est une résidente anxieuse. Elle repousse Maria légèrement à deux reprises lorsqu'elle essaie de lui changer sa culotte de protection. Une fois terminée, elle redresse la résidente dans son lit en prévision du déjeuner qui approche. Maria retourne voir madame Gingras. Elle l'aide à se lever et l'installe dans son fauteuil. Madame Gingras n'aime pas manger dans son lit.

Au tour de monsieur Goulet et monsieur Lemay de se lever. Ils occupent une chambre double. Maria vérifie rapidement leurs culottes. Ils sont au sec. Elle les installe dans leur fauteuil. Elle aperçoit Yves, le préposé aux cuisines, qui arrive avec les plateaux du déjeuner.

Il est 7h00 a.m.

Le niveau de stress commence à monter... C'est l'heure du déjeuner et il lui reste trois résidents à lever. Elle ne sait même pas s'ils sont au sec, mais elle n'a pas le temps... Maria

se dit qu'elle devra les réveiller avec leurs déjeuners dans les mains et vérifiera les culottes après.

- Yves, peux-tu aller porter les plateaux à la première chambre, ils sont réveillés. Ensuite à madame Lafleur et Gingras, je m'occupe des trois autres, ils ne sont pas encore levés.

- Bon matin madame Roy. Votre petit déjeuner est arrivé. Je sais que vous êtes un peu endormie, mais je vais redresser votre lit légèrement pour le déjeuner. Je reviens vous voir dans quelques minutes pour savoir si vous avez commencé à manger.

- Bon matin monsieur Brousseau. Vous avez l'air en forme ce matin. Vous êtes réveillé depuis longtemps ? Votre déjeuner est arrivé. On va vous installer dans votre fauteuil tout de suite. Bon, on a un petit dégât dans le lit ce matin... Ne bougez pas, je reviens à l'instant.

- Bon matin monsieur Fontaine. Vous êtes déjà réveillé. Voilà, je vous installe votre déjeuner et je reviens vous voir.

Paniquée, Maria croise Isabelle, une infirmière auxiliaire. Elle lui demande de l'aide pour vérifier si ses résidents mangent pendant qu'elle doit changer une culotte et la literie.

- Pas de problème Maria, c'est justement ça que j'allais faire.

Le lit de monsieur Brousseau est complètement sale. L'odeur lui monte au nez ce matin. Elle retient sa respiration par moment. Maria doit préparer une bassine d'eau chaude pour lui laver les fesses. En même temps, elle décide de lui faire sa toilette partielle et de l'habiller. Elle lui lave les pieds, le sexe, les aisselles, le visage et lui enfle ses vêtements. Par chance que monsieur Brousseau se laisse faire... Maria l'installe dans son fauteuil où il peut déjeuner. Pendant ce temps, elle change son lit pour de la literie propre.

Il est 7h52 a.m.

Maria fait une tournée rapide des chambres. Isabelle n'est plus là. Les assiettes sont pratiquement vides, sauf pour madame Roy qui n'a presque rien mangé.

- Madame Roy, vous n'aviez pas faim ? Je dois ramasser votre plateau bientôt.

Une cloche sonne. Maria sort dans le corridor. C'est madame Fontaine. Elle veut s'asseoir dans son fauteuil. Maria ramasse d'abord son plateau et elle l'installe. Madame Fontaine murmure d'une voix très fragile :

- On dirait que mes jambes vont me faire tomber... Ce n'est pas facile. Merci d'être là.

- Je suis là pour vous aider et ça me fait plaisir.

Il est 8h12 a.m.

Yves est de retour pour ramasser les plateaux de déjeuner. Maria le laisse faire. Pendant ce temps, elle va noter dans son plan de travail que monsieur Brousseau a eu une diarrhée durant la nuit et que madame Roy n'a presque pas déjeuné, ce qui n'est pas habituel.

Il est 8h20 a.m.

Maria entre dans la chambre de madame Gingras. Elle doit lui donner sa toilette partielle.

-Vous êtes souriante aujourd'hui. C'est beau de vous voir. On va vous laver un peu avant de vous habiller. Je vais ouvrir l'eau chaude, attendez un instant. Tenez la débarbouillette. Essayez de vous laver le visage, je vais choisir vos vêtements.

Maria reprend la débarbouillette et la lave. Si elle veut avoir le temps de faire les autres, elle n'a pas le choix pour que ça aille plus vite. Elle lui enfle ses vêtements, mets un peu d'ordre dans la chambre et poursuit avec les prochains résidents, soit monsieur Goulet, monsieur Lemay et madame Roy. Ils sont propres, habillés et leurs chambres sont rangées.

Il est 9h35 a.m.

Maria décide de ne pas prendre sa pause de quinze minutes. Elle a trois bains à donner avant le dîner et elle sait qu'elle va manquer de temps... Elle prend au moins une minute pour aller aux toilettes et boire un peu d'eau. En recevant, Maria jette un coup d'œil dans la chambre de monsieur Picard. Il est dans son lit, mais réveillé.

- Bonjour monsieur Picard. J'espère que vous avez bien mangé ? C'est moi aujourd'hui qui va venir vous laver les pieds... Vous allez voir ça ne sera pas long. J'arrive dans quelques secondes.

Monsieur Picard n'a pas dit un mot... Comme on dit dans le milieu, *il n'a pas toute sa tête*. Maria craint le comportement agressif que monsieur Picard peut avoir parfois. Elle va chercher son chariot et prépare déjà dans sa tête ce qu'elle va lui dire. Elle sait qu'il ne faut pas prononcer le mot « bain », ce mot le fait paniquer. Il faut plutôt détourner son attention en lui disant que nous allons seulement laver ses pieds ou son visage.

- Monsieur Picard, c'est l'heure de laver vos pieds. Donnez-moi les mains, on va vous asseoir dans votre fauteuil pour aller aux toilettes. Ne me serrez pas trop fort, ça me fait mal... Je vais choisir vos vêtements.

Maria pousse la chaise roulante de monsieur Picard jusqu'à la salle de bain. Il est très agité. Pour des mesures de sécurité, elle n'a pas le choix de l'attacher. Dans la salle de bain, le bruit de l'eau qui coule inquiète monsieur Picard. Il se balance de l'avant vers l'arrière en hurlant. Maria se penche vers lui, le regarde dans les yeux et le rassure... Il est toujours agité, mais Maria n'a pas le choix, il doit prendre son bain. Elle le transfère sur une chaise de bain où elle reçoit plusieurs coups de pied aux jambes. Maria chante à voix basse pour détendre l'atmosphère. Rien à faire. Monsieur Picard n'aime pas prendre son bain. Il arrose le plancher au complet. Maria a elle aussi pris un bain... Maria doit faire vite. Elle a la salle de bain à ramasser et le lit de monsieur Picard à changer. Elle l'essuie et l'habille en vitesse. Les mouvements de monsieur Picard sont encore très agressifs, coup de tête, coup de pied à répétition.

Il est 10h30 a.m.

Maria doit aller dîner dans quelques minutes, mais il lui reste deux résidentes à amener aux bains. Elle n'a pas le choix, elle fera ces deux résidentes après son dîner. Maria marche jusqu'à la salle à dîner. Elle prend le temps de s'asseoir et de manger. Elle a trente minutes. Alors que les autres parlent de la fin de semaine qui s'en vient, Maria pense aux deux résidentes qu'elle n'a pas eu le temps de faire... Comme à chaque dîner, Maria a besoin de prendre un peu de repos. Elle dépose son chandail sur la table et s'en sert comme oreiller. Maria fait rire ses collègues avec cette habitude. Ils se demandent tous comment elle réussit à faire une sieste.

Il est 11h00 a.m.

Maria est de retour dans son aile. Yves arrive au même moment. Les plateaux pour le dîner sont prêts. À tour de rôle, elle amène ses résidents dans la cafétéria, sauf pour madame Lafleur et madame Fontaine qui devront manger aux lits parce qu'elles n'ont pas encore reçu leur bain. Maria fait des allers-retours de la cafétéria aux chambres de madame Lafleur et de madame Fontaine pour vérifier si chacun mange. Plusieurs ont besoin que Maria les fasse manger à la cuillère.

Il est 11h35 a.m.

Yves est déjà de retour pour ramasser les plateaux. Maria se dit toujours qu'il devrait donner plus de temps pour les repas ; la plupart de ses résidents n'ont jamais fini de manger... Maria fait un tour rapide de ses résidents pour les aider à finir leur assiette. Elle amène ensuite messieurs Goulet et Lemay au grand salon ; ils ont l'habitude de regarder la télévision dans cette pièce après le dîner. Elle reconduit les autres résidents à leur chambre.

Il est 12h00 p.m.

C'est l'heure du bain de madame Fontaine. Elle entre dans sa chambre et Isabelle, l'infirmière auxiliaire, est en train de lui donner ses médicaments. Maria en profite pour aller porter son chariot près de la salle de bain et choisir ses vêtements.

- Bonjour madame Fontaine. Je vais vous préparer pour votre bingo. Vous avez hâte je crois, vous avez gagné la semaine passée. Vous prenez votre bain aujourd'hui. Je vais vous aider, on va vous asseoir dans votre chaise roulante pour aller à la salle de bain.

Madame Fontaine adore l'eau. Elle ne parle pas beaucoup, mais elle sourit lorsque Maria chante. Son bain se déroule bien. Maria a le temps de lui couper ses ongles et de lui faire une tresse. Elle l'habille et va la reconduire au grand salon où une bénévole viendra la chercher pour le bingo. Maria doit bien nettoyer la chaise de bain et le bain, car madame Fontaine a fait quelques selles lors de sa toilette. Elle va ensuite changer son lit pour de la literie propre.

Il est 12h34 p.m.

Il ne reste plus qu'une résidente à faire, madame Lafleur. Elle est très anxieuse c'est pourquoi Maria a décidé de la garder pour la fin.

- Bonjour madame Lafleur. Vous allez vous laver aujourd'hui. Vous allez voir, ça va vous faire du bien.

- Faites-moi pas mal ! Je sais comment vous êtes, vous, les immigrés...

- Je vous promets ! Je ne vous ferai pas mal !

Madame Lafleur reste très rigide tout au long de son bain. Elle suit difficilement les indications de Maria, mais elle n'a pas de comportements violents. Maria l'habille et va la reconduire au grand salon. Elle va ensuite changer son lit pour des draps propres.

Il est 13h05 p.m.

Maria prend une pause pour aller aux toilettes. Elle n'a pas vu le temps passer, mais elle est épuisée. Elle fait une dernière tournée de ses résidents pour s'assurer qu'ils sont tous au sec. Elle change deux culottes de protection.

Il est 13h30 p.m.

Il lui reste quinze minutes avant que l'infirmière vienne dire le mot de la fin. Maria en profite pour aller porter sa poche de literie sale aux services d'entretien ménager au sous-sol. Elle remonte sur son étage et l'infirmière est en train de réunir l'équipe.

- Ok, je n'ai pas trop le temps de vous parler cet après-midi, j'ai un monsieur au troisième qui est tombé et on attend le médecin d'un instant à l'autre. S'il y a des choses, j'espère que vous l'avez écrit dans le plan de travail. On se dit à demain !

Maria va chercher sa boîte à lunch dans le réfrigérateur et retourne voir chacun de ses résidents pour les saluer, même monsieur Picard...

Il est 14h00 p.m. et Geneviève, une préposée aux bénéficiaires, arrive dans la section A pour poursuivre le travail de Maria pour la soirée.

4.2.1.2. Analyse de la description narrative présentant l'organisation du travail

Prodiguer des soins d'hygiène et alimenter les résidents : voilà ce que font quotidiennement les préposés. Ce sont des tâches qui à première vue semblent bien simples et banales, mais le quotidien de Maria nous dévoile tout le contraire. Le contexte organisationnel dans lequel les préposés exercent leurs tâches est loin d'être simple. Ils sont confrontés à une augmentation de la charge de travail liée à une diminution du personnel soignant, ce qui les oblige à accélérer leur rythme de travail (Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015; Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Aubry et Couturier 2014a). Avec le prolongement de la vie à domicile, les personnes âgées qui arrivent en centre d'hébergement souffrent d'une plus grande perte d'autonomie attribuable à différents problèmes cognitifs. Les tâches des préposés sont donc de plus en plus exigeantes en raison de la pathologie des résidents, d'une intensification du travail et une augmentation de la cadence due au manque de personnel et de temps (Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015; Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Aubry et Couturier 2014a). L'histoire de Maria traduit également cette réalité, même si celle-ci ne présente pas toute l'étendue des difficultés et des imprévus auxquels les préposés peuvent faire face au quotidien : la mort d'un résident, les chutes accidentelles des résidents, les conflits avec les familles, les conflits avec les collègues, et etc.

L'histoire de Maria permet de répondre au deuxième objectif de ce mémoire, c'est-à-dire de comprendre l'organisation du travail dans son ensemble²⁷. Dans le centre d'hébergement observé, l'organisation du travail est très individualisée : les seules rencontres collectives formelles se font au début et à la fin de la journée de travail. De manière générale, ces rencontres sont très courtes, d'une durée d'environ cinq à quinze minutes. À l'exception de ces rencontres, les préposés, les infirmiers/infirmières auxiliaires et les infirmiers/infirmières se côtoient très peu même s'ils occupent un espace de travail commun : les chambres des résidents. Chacun possède des tâches définies, très arrêtées et auxquelles il est presque impossible de déroger. Que ce soit pour les préposés ou les autres intervenants, la liste des tâches à effectuer est longue, ce qui les place dans une position où il est souvent difficile d'aider son collègue. Le travail est pensé de manière individuelle, où le manque de temps les empêche de s'entraider et de travailler en équipe.

Pendant que les préposés s'occupent des soins d'hygiène et de l'alimentation, les infirmiers/infirmières auxiliaires sont en charge de prendre les signes vitaux des résidents, de préparer et donner les médicaments, et d'effectuer les divers traitements prescrits par le médecin. Ils doivent aussi observer attentivement les comportements et les réactions des résidents pour ainsi déceler tout changement d'état afin de le signaler. Certains infirmiers/infirmières auxiliaires aident informellement les préposés lors de l'alimentation, mais depuis peu, les repas ne font plus partie de leur charge de travail. Pendant ce temps, les infirmiers/infirmières, en plus de superviser les préposés et les auxiliaires, sont responsables de l'évaluation de l'état de santé des résidents et jouent un rôle d'intermédiaire auprès du médecin. À cela s'ajoute les chefs d'unité qui ne sont pas mentionnés dans l'histoire de Maria, mais qui jouent un rôle important au sein de l'organisation du travail. Les chefs d'unité agissent comme les intermédiaires des infirmiers/infirmières. Ils sont responsables des départements : ils s'occupent des horaires, des absences et des congés des employés de l'équipe de soin. Ils sont aussi responsables de l'admission des résidents et de leur famille, et s'occupent de la mise en place des programmes de prévention et de la qualité du service

²⁷ Ce mémoire décrit l'organisation du travail au centre d'hébergement où la collecte de données a été effectuée. Cette description n'illustre pas une organisation de travail uniforme que l'on retrouve dans tous les centres d'hébergement de la province de Québec. Chaque centre fonctionne différemment pour certaines activités.

donné. Rarement sur le plancher avec l'équipe de soin, les chefs d'unité n'ont pas été intégrés au quotidien de travail de Maria afin d'illustrer leur éloignement du quotidien.

Enfin, la division du travail en centre d'hébergement est organisée de manière très hiérarchique et les préposés se retrouvent à effectuer des tâches non spécialisées, mais surtout des tâches individualisées en raison du manque de temps et du manque de personnel. Ce portrait de l'organisation globale des équipes de soin et plus particulièrement celle des préposés aux bénéficiaires établit leur contexte de travail, ce qui permettra de mieux analyser l'étape suivant la journée d'orientation : la probation.

4.2.2. La probation

La deuxième journée de travail coïncide avec le début de la période de probation de quarante-cinq jours, une étape éprouvante pour plusieurs participants. Les nouveaux possèdent en effet quarante-cinq jours pour prouver à l'équipe soignante qu'ils sont capables de pratiquer le métier selon les normes du département. À tous les jours, l'infirmier/infirmière est en charge de remplir le cahier de probation du nouveau préposé, un cahier qui renferme des commentaires et des notes sur son travail quotidien. L'évaluation est administrée par les autres préposés et les auxiliaires, car l'infirmier/infirmière, qui ne travaille pas quotidiennement auprès des préposés, s'informe auprès des autres membres de l'équipe pour compléter l'évaluation. Période très angoissante pour les participants, ils doivent se démarquer en évitant les fautes et prouver aux autres qu'ils sont en mesure de faire ce métier :

La probation est très difficile ; elle dure 45 jours. C'est vraiment le moment le plus difficile dans le métier, le reste c'est moins pire... Quand tu viens apprendre,

tu viens apprendre, tu demandes aux autres tu fais quoi, mais personne ne te répond vraiment.
(Répondante #05)

La probation, c'est stressant ! On ne sait pas si on va être capable de faire le métier, mais il faut être patient.
(Répondante #11)

Durant quarante-cinq jours, le niveau de stress est à son maximum : ils vivent dans la peur de commettre des erreurs. Le temps est compté. Le travail doit se faire vite, mais pour un nouveau qui ne connaît pas encore les résidents, prendre de la vitesse est un grand défi. Les nouveaux angoissent de se retrouver avec de mauvais commentaires dans leur cahier de probation. Recevoir une évaluation erronée est une expérience désagréable pour plusieurs participants, qui craignent de ne pas pouvoir conserver leur emploi en raison de l'animosité de certains collègues :

Ça veut dire qu'au lieu de donner ton 100%, tu donnes ton 110% pour être correct pour avoir des bonnes notes. S'il y a un préposé qui ne t'aime pas, tu es faite.
(Répondante #01)

Dans le cahier de probation, ils sont capables de dire n'importe quoi là-dedans malheureusement. Moi, mon cahier était positif, ça c'était quand même bien passé. Même si un préposé disait que je ne faisais pas bien mon travail, les autres préposés prenaient ma défense en disant que ce n'était pas vrai. Il y a aussi des infirmières qui ont une bonne conscience et ça nous protège ça.
(Répondante #02)

Être en probation, c'est apprendre un métier sur une courte période de temps ; c'est devoir assimiler rapidement le fonctionnement de l'équipe et les particularités de chaque résident. Être en probation, c'est se sentir surveillé. Voir leur travail scruté à la loupe et recevoir des commentaires négatifs sur leur manière de travailler. Les nouveaux doivent accepter ces commentaires qui leur déplaisent et, parfois, se taire sur ces mots qui les ont blessés. Certains participants ont décidé de briser le silence et de défendre leur pratique en portant plainte à leur syndicat. Les évaluations erronées ont pu être effacées. Être en probation, c'est aussi avant tout recevoir pour la première fois l'amour des résidents : un sourire, un merci, une reconnaissance qui permet aux nouveaux de garder espoir et de continuer la probation.

4.2.2.1. La probation : l'apprentissage de la rapidité

La probation est une période d'apprentissage pour les nouveaux préposés. Ils doivent apprendre à donner des soins d'hygiène et à alimenter des personnes qui sont aux prises avec divers problèmes de santé. Les préposés doivent apprendre à entrer en contact avec ces résidents. Ils doivent entrer dans leur monde, un *monde de confusion*²⁸ dû à leur maladie. Un monde dans lequel le préposé doit rapidement trouver le moyen de *connecter* avec le résident pour lui donner son bain. Cette tâche est très délicate : se mettre à nu devant un inconnu, que le résident soit confus ou non, est un acte qui doit se faire dans le respect et la dignité. Pour cela, les gestes et les paroles du préposé doivent être bien choisis et ce, dans la douceur et le calme. Lors de la probation, une réalité que les participants anticipaient voit le jour : la première fois qu'un résident refuse leurs soins parce qu'ils sont immigrants. Le refus du résident peut être expliqué par l'origine ethnique du préposé et/ou par les difficultés de communication entre le résident et le préposé :

Ce qui est difficile, c'était vraiment à deux niveaux. Premièrement, c'était au niveau du langage. Quand eux ils me parlaient, je ne comprenais vraiment pas. Quand moi je parlais, ils ne comprenaient rien. Deuxièmement, c'était au niveau des approches. Par exemple, lorsque j'essaie d'approcher le résident et il refuse. Par exemple : je ne veux pas que tu me touches, je ne veux pas de toi, il me faut un autre préposé. En plus, je suis un homme... Il y a beaucoup de femmes qui refusent un homme comme préposé. Je ne veux pas qu'un homme puisse me donner les soins. Je ne veux pas de toi, il faut chercher une autre personne.
(Répondant #03)

Être en probation, c'est aussi vouloir prendre son temps pour donner les soins d'hygiène et offrir un service de qualité. Toutefois, la réalité rattrape les nouveaux rapidement : chaque minute est comptée et ils doivent effectuer le travail vite afin d'avoir une bonne évaluation. À cela s'ajoute le fait que les préposés immigrants vivent davantage de refus de la part des résidents que leurs collègues *natifs* du Québec. Cette difficulté supplémentaire les amène à devoir convaincre les résidents de se laisser toucher, ce qui limite d'autant plus le temps qu'ils ont à leur consacrer. Être en probation, c'est également prendre conscience que jour après jour ils manqueront de temps pour faire leur travail. Une

²⁸ Une expression rapportée par plusieurs participants pour désigner les effets de la maladie sur les résidents.

insatisfaction personnelle prend alors forme, ce qui engendre chez eux le sentiment du devoir non accompli.

4.2.2.2. La probation : être un fardeau pour l'équipe soignante

La probation amène les nouveaux préposés à faire partie d'une équipe de travail, une équipe où les routines et les habitudes sont déjà établies et où le rythme de travail est bien maîtrisé par les anciens. Le manque de temps est un enjeu majeur au sein de l'organisation, ce qui influence la dynamique dans les équipes et conduit à un travail de plus en plus individualisé. Une conséquence de ce *chacun pour soi* est que les anciens préposés n'ont pas de temps à consacrer aux nouveaux en probation. Ils ne peuvent pas perdre du temps pour répondre à leurs questions. C'est pourquoi les nouveaux doivent apprendre rapidement. Plusieurs participants ont même mentionné leur crainte de poser des questions, de peur de ralentir leurs collègues :

Je trouvais ça plate que je commence dans une nouvelle place et que personne ne peut m'aider. L'infirmière m'a ensuite demandé de suivre mon plan de travail pour m'en sortir.
(Répondante #01)

On essaie vraiment de s'intégrer dans le métier, tu demandes, ce que tu ne sais pas tu demandes... Tu essaies vraiment de t'améliorer au fur et à mesure et tu vois ce que les autres font, tu regardes dans tous les sens pour voir si vraiment tu es correct dans ce que tu fais. Souvent, tu poses des questions et il n'y a pas personne pour te répondre, tout le monde est occupé.
(Répondante #05)

Être en probation, c'est apprendre à travailler avec une équipe, une équipe qui est surchargée par les tâches, où les nouveaux sont perçus comme un fardeau et non comme des collègues à part entière. Certains anciens peuvent même être cyniques lorsqu'ils apprennent l'arrivée d'un nouveau sur le plancher. Plusieurs participants ont témoigné avoir vécu des situations désagréables au cours de leur probation avec des anciens qui auraient abusé de leur d'autorité en tant qu'experts du milieu de travail.

4.2.2.2.1. Le cas de Joséphine

Joséphine a beaucoup souffert lors de sa période de probation. Ses collègues, tous *natifs* du Québec, exerçaient un certain pouvoir d'autorité sur elle. Ne connaissant pas encore le fonctionnement du centre d'hébergement où elle faisait sa probation, Joséphine se fiait et se référait à ce que ses collègues lui disaient de faire. Ils ciblaient pour elle les tâches qu'elle devait effectuer et ceux-ci s'afféraient à d'autres tâches pendant ce temps. Un jour, ses collègues lui ont demandé d'aller donner le bain à un résident pendant que ceux-ci allaient s'occuper de faire le lit. Joséphine accepta. Elle croyait que ceux-ci voulaient l'aider, mais au contraire, le lit qu'ils ont fait était mal fait. Ce lit était attribué à Joséphine et l'infirmière lui donna une mauvaise note cette journée dans son cahier de probation. Elle n'avait pas vérifié après le bain si le lit était bien fait, elle faisait confiance à ses collègues. Joséphine s'est posée plusieurs questions : pourquoi m'ont-ils fait cela ? Ils ne m'aimaient pas et ils voulaient me voir partir ? Ils n'aiment pas les gens de couleur ? Joséphine n'a pas de réponse à ses questions. Elle ose croire qu'il s'agit d'une relation de pouvoir d'ancien à nouveau et non d'une position d'autorité interethnique. Depuis ce jour, Joséphine est très méfiante envers ses collègues et s'isole de son équipe, allant jusqu'à refuser de l'aide.

Plusieurs témoignages de ce type ont été recueillis lors de la collecte de données. Ils ont tous en commun d'avoir pour origine une relation de pouvoir particulière, mais il est impossible de déterminer s'il elle est hiérarchique ou ethnique. Certains répondants sont persuadés que leur ethnicité est en cause, alors que d'autres souhaitent que ce genre de problème soit plutôt lié à la mauvaise dynamique existant entre nouveaux et anciens.

4.2.2.2.2. Les difficultés liées à la maîtrise de la langue française

Tous les participants rencontrés ont affirmé avoir eu des problèmes de communication lors de leur période de probation, même si ceux-ci sont en mesure de bien s'exprimer en français. L'accent et les expressions locales étaient les causes de l'incompréhension entre collègues et avec les résidents. Les préposés immigrants cherchent souvent leurs mots afin de trouver les bonnes expressions pour se faire comprendre par les résidents ou les collègues. C'est pour cette raison que les conversations se limitent souvent

au minimum. Même avec les collègues pendant les pauses, ils ont une certaine gêne à prendre la parole :

Il y a de la gêne aussi. Quelqu'un qui vient de l'extérieur et qui commence, ils sont gênés de s'intégrer, d'aller voir la personne, d'aller poser des questions. Il dit : moi je commence dans le domaine, je ne sais pas comment elle va réagir. Ce n'est pas ma langue maternelle, comment je vais lui poser mes questions.
(Répondant #10)

Plusieurs collègues *natifs* du Québec affirment ouvertement, sur le milieu de travail, que l'accent et le français de leurs collègues immigrants constituent des irritants. Ils ne supportent pas cette différence langagière, car elle engendre souvent une tâche supplémentaire pour eux : ils doivent servir d'interprète entre le résident et le préposé immigrant :

Bon va falloir que j'aille voir, ça d'l'air que le résident comprend rien de ce qu'il dit...
(Exprimé en soupirant)

Pourquoi on l'a engagé ? Personne ne comprend quand il ouvre la bouche.
(Un préposé qui discute avec l'infirmière)

Par ailleurs, il y a des équipes où l'humour est au rendez-vous et où certains participants peuvent se permettre de rigoler avec leurs collègues *natifs* du Québec lorsqu'un résident ne comprend pas ce qu'ils disent, mais ce contexte très amical de travail ne représente pas la majorité des témoignages reçus. En plus d'entendre régulièrement des commentaires négatifs sur leur français, les participants ont rapporté que leur prise de notes dans le plan de travail n'était pas souvent prise en considération en raison de leurs difficultés langagières. Que ce soit à l'oral ou à l'écrit, leurs remarques et leurs commentaires sur l'état de santé des résidents sont très peu écoutés. Leurs fautes de français et la structure parfois erronée de leurs phrases semblent mener à un jugement de la part de leurs collègues, qui, bien que n'ayant pas de difficulté à comprendre ce que les participants ont écrit, ont parfois tendance à ne pas prendre en considération leurs propos.

Ce chapitre répond à trois objectifs de ce mémoire. Afin de comprendre l'expérience globale de travail des préposés immigrants, l'identification des trajectoires migratoires et professionnelles des participants était requise afin de saisir le sens et les motifs de leur choix

de carrière. Une description et une analyse de l'organisation du travail en centre d'hébergement et plus particulièrement sur le travail des préposés a été effectuée dans le but de dresser un portrait juste du contexte de travail et du fonctionnement de l'organisation gériatrique. Leur expérience comme nouveau préposé a aussi été documentée : leur arrivée dans ce métier a pu être décrite en documentant les premières journées de travail et la période de probation. Le prochain chapitre présentera l'analyse de leur expérience de travail en traitant plus spécifiquement de l'expérience de soin une fois leur probation complétée et réussie.

Présentation des résultats

CHAPITRE 5 : L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL APRÈS LA PROBATION : DESCRIPTION DE LA RELATION DE SOIN

Vécue comme une libération pour les participants, la réussite de la probation est un soulagement, une victoire où leurs efforts sont enfin récompensés. Ils ne sont plus que de simples apprentis, un statut parfois lourd à porter dans une équipe où les nouveaux sont perçus comme des fardeaux ralentissant le rythme de travail ; ils sont désormais des employés réguliers. Réussir la probation représente le passage d'un statut à un autre, un changement important grâce auquel les participants ne travailleront plus dans la peur de commettre des erreurs. Le cahier de probation peut enfin être mis de côté, ce qui symbolise une nouvelle étape dans leur processus professionnel. Afin de comprendre l'expérience de travail dans son ensemble, les données présentées dans ce mémoire ne peuvent pas se limiter à la période de probation. Ne décrivant que les quarante-cinq premiers jours dans le métier, les participants ont donc été questionnés sur leur vécu au travail après cette période. Comment se déroule le travail au quotidien une fois la période de probation complétée ? Les divers obstacles rencontrés lors de celle-ci sont-ils encore présents ? Les participants ne vivent plus d'angoisse liée au cahier de probation, mais qu'en est-il des difficultés rencontrées lors des soins destinés aux résidents ? Vivent-ils toujours des refus de soins de leur part ? Sont-ils encore perçus comme des fardeaux au sein de l'équipe ?

Le quatrième objectif de ce mémoire est de dresser un portrait de l'expérience de soin et de la relation entretenue avec les résidents après la période de probation. Lors de l'enquête de terrain, aucune définition préétablie du *soin* ou de la *relation de soin* n'a été proposée aux participants. Il leur a plutôt été demandé d'illustrer leur expérience de soin à partir de leur propre définition de ce que représentent le soin et l'accompagnement. Évitant d'imposer une définition, de lui donner *a priori* un sens et des fonctions, les résultats qui seront présentés exposent le sens, la vision et l'expérience des participants à partir des relations de soin qu'ils ont entretenues et qu'ils expérimentent toujours. À cela s'ajoute le thème de l'ethnicité, qui ne faisait pas d'entrée de jeu partie des questions posées, afin d'obtenir de manière spontanée,

leur réflexion sur l'impact et la place qu'ils attribuent à leur origine ethnique dans l'expérience de soin²⁹.

5.1. Mise en scène de la chorégraphie des soins : rencontre entre un corps soignant et un corps fragilisé

Avoir réussi la période probatoire est vécu comme un rite de passage, un changement de statut qui permet non seulement à l'ancien apprenti d'avoir une place à part entière au sein de l'équipe, mais aussi d'avoir obtenu de l'expérience et de l'assurance dans le métier. Les participants maîtrisent donc des connaissances et des compétences pour pratiquer de manière officielle le métier : ils suivent le rythme du groupe lors des soins d'hygiène et des repas, ils ont une meilleure connaissance des lieux (chambres, salles communes, salle à dîner, entrepôt et remise) et des résidents ainsi qu'une plus grande familiarité avec la lecture du plan de travail. Les participants affirment avoir pris de la vitesse dans leur travail ce qui satisfait l'équipe et l'organisation du centre, mais qui crée par ailleurs une certaine préoccupation chez les participants. Ayant accéléré leur rythme de travail pour arriver dans le temps, les préposés se voient trop souvent mettre de côté une composante essentielle de leur métier : la relation de proximité avec les résidents. Les participants dénoncent le peu de temps alloué à chaque résident, un temps moindre où ils peuvent certes effectuer leurs tâches, mais à une vitesse accélérée qui ne permet pas de s'arrêter et de s'intéresser *réellement* aux résidents devant eux³⁰.

La réussite de l'étape probatoire symbolise la maîtrise des pratiques de soin, un *savoir-faire* maintenant incorporé chez le préposé. Qu'il soit en train de donner un bain, de changer une culotte ou la literie, le préposé met en scène une série de mouvements qui lui permettent d'accomplir ses tâches. Telle une chorégraphie, les gestes et les pas sont mémorisés par cœur,

²⁹ Au début de chaque entrevue, des questions ont été posées sur le parcours migratoire et professionnel des participants. Des questions étaient donc préparées concernant leur expérience d'immigration, ce qui initiait une première discussion sur leur origine d'ethnique. Toutefois, les questions posées sur les soins et les résidents n'étaient pas centrées sur la question de l'ethnicité. Même si *a priori* ce thème faisait partie du cadre conceptuel, il était important que le sujet soit abordé par les participants. Le thème fût abordé en s'intéressant aux difficultés rencontrées lors des soins et non en questionnant l'ethnicité dans les soins.

³⁰ Les participants affirment ne pas disposer assez de temps pour discuter avec les résidents. Les conversations se limitent bien souvent à un « bonjour », « il fait beau dehors n'est-ce pas ? », bref à des discussions très courtes.

ce qui permet de garder le rythme. La cadence est orchestrée minute par minute. Chaque mouvement est contrôlé, chaque geste est pensé. La musique détermine le temps de scène ce qui ne laisse aucune place à l'improvisation ou aux imprévus ; chaque figure est chronométrée. Cette danse quotidienne se fait à deux : le préposé porte les gestes et le résident y prend part en dirigeant les pas selon ses préférences et ses habitudes. Entrer dans la chambre du résident et se présenter à lui constitue l'ouverture de la danse. La préparation des accessoires (débarbouillettes, produits pour le corps, l'eau chaude et les vêtements) représente les premiers mouvements. Le *regard* et le *toucher* composent les gestes les plus difficiles. Réussir ces pas permet d'entrer dans le *monde* du résident, une prouesse où il est facile de perdre l'équilibre. Le préposé doit annoncer ses gestes, les décrire au fur et à mesure, de manière à permettre au résident de les suivre, mais aussi de détendre l'atmosphère.

5.1.1. Corps en souffrance, corps en violence : les soins au sein du milieu de vie

Il n'est pas caricatural d'évoquer que les centres d'hébergement sont des milieux de souffrance, où la fin de la vie de chaque personne hébergée est entamée. Il s'agit de lieux où la vie se dégrade, où les préposés observent cette dégradation des corps *en direct*. Ils regardent du coin de l'œil la maladie et la mort. Ces corps en plein déclin sont fragiles. Ce sont des corps difficiles à manipuler pour les préposés en raison de leur raideur musculaire et articulaire. Positionnés toujours de la même façon, au lit ou sur une chaise, ces corps perdent de leur motricité. Même si les préposés connaissent leur chorégraphie de soin par cœur, cette *extrême fragilité* des corps impose un changement de ton, dans le regard que les préposés posent sur eux, mais aussi dans le rythme des gestes lors des soins :

Dans leurs corps, je trouvais une certaine fragilité. Ils sont vraiment fragiles ; si tu leur touches, ils crient. Je devais faire les soins d'hygiène. Être en contact avec les personnes âgées avec des corps aussi fragiles, c'était ça le plus difficile. Moi-même, je me dis : peut-être je peux leur casser le bras tellement c'est fragile. Ça me faisait vraiment peur. À chaque fois que tu leur touches, ils crient... Il faut aller très doucement.

(Répondant #03)

Milieux de souffrance où cohabitent des personnes fragilisées, les centres d'hébergement s'affichent comme des *milieux de vie* favorisant le bien-être et l'autonomie

des résidents, en respectant les valeurs, les besoins et les goûts de chacun. Paradoxalement, les centres accueillent des personnes en perte d'autonomie ayant besoin d'une assistance élevée pour les activités quotidiennes. Admises à un stade de leur maladie de plus en plus avancé, les personnes hébergées meurent plus rapidement après leur admission qu'auparavant. Les participants rencontrés dénoncent ce paradoxe où ils sont amenés à prioriser l'autonomie des résidents dans les soins, alors que la pathologie ou le corps trop fragilisé du résident ne le lui permet pas. Selon l'approche milieu de vie, la participation du résident aux soins est importante afin de préserver l'autonomie et ce, même si celui-ci n'est pas en mesure de déboutonner seul sa chemise ou de se laver, les préposés doivent quand même initier l'idée. Dans le but de garder le résident *présent* dans le soin, les préposés doivent décrire les gestes qu'ils posent au fur et à mesure. Même si le résident est en train de parler d'autres choses, le préposé doit toujours le ramener dans l'action des gestes. Le manque de temps constitue un enjeu majeur dans l'application de l'autonomie des résidents : les préposés n'ont tout simplement pas le temps de laisser le résident faire sa toilette par lui-même. Ils n'ont pas le temps et souvent le résident est trop fragile pour le faire :

Si on lui dit : aidez-nous, on va aller se laver, on va s'habiller... On doit décrire tout, toutes nos actions sont décrites, mais la personne ne va pas répondre, c'est plus difficile. C'est pour ça moi que je dis que c'est plus psychologique que physique. C'est difficile parce qu'il faut toujours essayer de ramener la personne, par exemple si elle est toujours en train de parler de sa fille ou de ses parents, il faut toujours la ramener : regardez-moi, on est en train de faire ça. Il faut répéter souvent. Aussi, notre objectif, c'est de garder le plus possible l'autonomie, mais on manque de temps. Si on demande à la personne de déboutonner sa chemise, ça peut être très long. Donc, on n'a pas le temps, on lui dit : faits en deux, j'en fais deux et on va y arriver. On veut garder l'autonomie, mais on n'a pas le temps pour la garder. Alors, des fois, on se retrouve à faire tout pour eux... C'est pour ça que des fois ça vient me chercher, on n'a pas le temps.

(Répondante #04)

Corps malades et corps fragilisés, les résidents sont amenés à participer aux soins. C'est une participation paradoxale, où les préposés sont appelés à la performance par le temps alloué aux soins, alors que le *milieu de vie* leur impose une logique contraire. Les préposés doivent également suivre le rythme du résident en l'incluant dans les soins. Quotidiennement, les participants doivent composer avec ces logiques contradictoires. La mise en application du *milieu de vie* est alors adaptée pour chaque résident selon leur capacité à participer. Corps

en souffrance et corps fragilisés, la participation aux soins n'est pas toujours appliquée : le rythme de soin est plus lent et les résidents se laissent bercer par les gestes et les paroles des préposés sans y participer.

Corps en violence et corps agressifs, le contexte de soin est perturbé : le résident crie, mord, crache, se débat et ne suit aucune indication. Alors que certains résidents sont si fragiles qu'ils peuvent à peine bouger, d'autres résidents s'expriment par les mouvements de leurs corps, des comportements agressifs qui s'expliquent par leur maladie cognitive ou leur problème de santé mentale :

On travaille avec des résidents agressifs, il y en a plusieurs qui ne veulent pas t'aider, ils ne veulent pas avoir des soins... Tu perds patience. Ils te crachent dessus, ils te repoussent. Il faut avoir la force pour passer à travers ça, mais tu te dis que c'est à cause de leur maladie.

(Répondante #14)

Ces situations de violence sont difficiles à vivre émotionnellement pour les participants. Elles viennent en contradiction avec ce qu'est pour eux une relation de soin ; une relation où le respect mutuel, la complicité et la douceur sont les bases de cette expérience corporelle. La *relation de soin* met en scène deux corps, un corps donnant les soins et un corps les recevant, ceux-ci vivant deux expériences corporelles distinctes. Le premier vit l'expérience par le *toucher* et la manipulation du corps alors que le deuxième le vit par l'acceptation la mise à nue et des gestes posés sur son corps. L'expérience corporelle transcende la relation de soin : elle constitue le langage commun entre les deux corps.

En centre d'hébergement où les personnes hébergées sont pour la plupart en fin de vie, la *relation de soin* ne s'entretient pas par le dialogue et la conversation. Le temps accordé aux préposés ne le permet pas et plusieurs résidents ne sont plus en mesure de parler en raison de leur maladie. La relation de soin est donc vécue par le corps, le toucher, le regard, la douceur et les gestes posés. Les situations de violence vécues par les participants confrontent cette expérience corporelle idéalisée. Les cris, les morsures et les coups que certains résidents infligent aux préposés sont présentés par les participants comme une *mauvaise relation de soin*. Ces résidents qualifiés de difficiles seront pris en charge par l'ensemble de l'équipe

soignante afin de faire changer ces comportements au cours de leur séjour au centre d'hébergement. Pour les participants rencontrés, ces corps en violence, où la relation de soin est plus difficile, représentent un défi supplémentaire dans leur quotidien. Ils doivent attribuer davantage de temps à ces résidents pour les calmer, ce qui vient diminuer le temps alloué pour les autres résidents. Pour des raisons de sécurité, plusieurs participants ont mentionné simplement quitter la chambre lorsque le résident est en crise et revenir quelques minutes plus tard, le temps de laisser le résident se calmer.

5.1.2. La relation de soin : le touché, le regard et les gestes singuliers

Les participants décrivent le *soin* et la *relation de soin* de manière idéalisée : une rencontre entre deux personnes, une première qui orchestre les gestes et les pas, et une deuxième qui accueille et suit les mouvements. La relation se construit par le respect de ces deux rôles, une conformité des comportements qui permet de qualifier cette rencontre comme une bonne relation. Les soins doivent se donner dans le calme, la douceur et dans le respect mutuel des deux personnes. Lorsque ces normes ne sont pas respectées, telles que les situations de violence mentionnées plus haut, la relation est qualifiée de *mauvaise relation*. Celle-ci se caractérise par le non-respect du rôle du résident, qui ne suit pas les indications du préposé. Entretenir une bonne relation de soin est au cœur de la mission des préposés. Grâce à la bonne relation, le préposé peut réussir à donner ses soins, ce qui donne un sens à son travail. La *mauvaise relation* engendre quant à elle un sentiment d'insatisfaction chez le préposé, les soins étant plus difficiles à donner et parfois même impossible.

La *relation de soin* n'est pas seulement alimentée par les soins d'hygiène. Pour les participants, les soins apportés aux résidents ne se caractérisent pas seulement par les soins destinés au corps directement ; les soins apportés sont aussi de l'ordre du social. Par exemple, prendre soin c'est aussi connaître les préférences des résidents, c'est leur apporter des attentions particulières par rapport à ce qu'ils aiment, et prendre en compte leurs habitudes. Chaque attention posée par le préposé contribue à la création d'une bonne relation. Savoir qu'un résident aime les pommes et lui en offrir est un geste que celui-ci n'oubliera pas, une pensée qui permet de bâtir jour après jour une relation de confiance avec le résident :

J'essaie de remarquer les choses qu'ils aiment. Avec la nourriture ça fonctionne, avec une pomme... Je remarque des choses, je note dans un carnet. Monsieur X, il veut des pommes. De cette manière, j'ai été accepté. Il y a même des résidents qui m'ont donné leur photo parce qu'ils m'aiment beaucoup. Je note des remarques qu'est-ce qu'elle aime etc. Moi, c'est ma façon de travailler. Je ne crois pas que tous mes collègues font ça...
(Répondant #09)

Prendre soin, c'est réussir à entrer en contact avec le résident, s'introduire dans *son monde* quelques instants. Prendre soin, c'est donner le sourire à un résident qui ne sourit jamais, c'est chanter et faire des blagues. Le vieillissement, la maladie et la mort font des centres d'hébergement des endroits « véritablement tristes » (Répondante #14), « des milieux où la finitude est omniprésente » (Répondant #09). C'est pourquoi la relation avec les résidents est importante. Elle permet d'apporter un peu d'humanité à ces endroits. Faire rire un résident est source d'une grande satisfaction pour les participants :

Ma satisfaction est de faire sourire ces gens-là ! Ils sont déprimés, ils sont mêlés... J'en ai une qui m'a déjà dit : elle fait des folies elle ! Je lui ai dit : tant que mes folies vous donnent le sourire, je le ferai toujours. Elle part à rire ! À la longue, j'ai gagné la confiance de mon monde et ça fait du bien.
(Répondante #06)

La relation entre le résident et le préposé se tisse à travers ces moments quotidiens. En chantant, en rigolant et en posant une attention particulière, les préposés créent une relation de confiance avec les résidents. En retour, il n'est pas rare que ceux-ci offrent des cadeaux aux préposés pour les remercier, même si les préposés doivent refuser tous les présents selon le code d'éthique³¹ :

Y'a une résidente qui m'offre souvent des bonbons, je ne peux pas les accepter, mais ça me fait au chaud au cœur parce que ça veut dire qu'elle m'aime.
(Répondante #01)

Même si les préposés ne peuvent pas accepter de cadeau, se faire offrir un cadeau est le résultat d'un long cheminement relationnel entre les deux personnes. Le cadeau est le

³¹ Selon le code d'éthique, il est interdit d'accepter un cadeau d'un résident pour prévenir les cas d'abus envers les personnes âgées. Même si le résident a pleine conscience du cadeau qu'il offre, le préposé a le devoir de refuser.

symbole d'une relation tissée serrée entre le résident et le préposé : il caractérise un accomplissement professionnel pour le préposé qui malgré les obstacles organisationnels (le temps et le manque de personnel) a réussi à bâtir une relation, un lien particulier avec le résident. Même si cette proximité n'est pas fondée nécessairement sur le dialogue et la conversation, elle peut se créer grâce à un regard, une blague lancée spontanément ou par une attention particulière. La relation de soin est un véritable don de soi, une rencontre entre deux êtres où le soignant ne ferme pas les yeux sur la souffrance du malade. Le regard du préposé sur le résident expose un message d'amour, de compassion et de dignité. Il serait prêt à tout lui offrir pour apaiser sa douleur.

5.1.3. Des limites à la relation de soin ?

Étant impuissant face à l'état de santé des résidents, les participants vont combler leur besoin d'aider en posant des gestes particuliers, des *petites attentions*. Par exemple, lors du bain, le préposé va prendre le temps de mettre du rouge à lèvres à la résidente ou encore lui enfiler son collier préféré pour la visite de sa famille. Ces *petites attentions* ne sont pas inscrites dans le plan de travail, elles ne sont donc pas prescrites. Pour les participants, il est naturel de poser ces gestes ; il s'agit d'une suite logique dans les soins. Toutefois, selon les règles formelles imposées par l'organisation du centre d'hébergement, les préposés peuvent effectuer ces *attentions* seulement s'ils ont du temps. Elles sont considérées comme des « tâches supplémentaires ». Les participants affirment être incompris par leurs collègues de travail parce qu'ils prennent le temps de poser ces gestes. La « culture organisationnelle » impose qu'il est mal vu de faire ces tâches supplémentaires dans un contexte où le temps est limité. Avoir le temps de poser ces *attentions* signifie que les autres collègues devraient aussi disposer de ce temps :

Les gens me disaient : elle se prend pour qui, elle là la noire, elle se prend pour qui ? Parce que moi des fois, je mets leur collier, leur parfum aux résidents, des fois des rouges à lèvres, etc. Quand je prends le temps de faire ça pour la personne, je me fais juger parce qu'eux ne le font pas.
(Répondante #01)

Ces « tâches supplémentaires » donnent lieu à des débats importants sur l'uniformité des tâches prescrites. Ces *petits gestes* non-prescrits créent une opposition entre les préposés

qui en font trop et ceux *qui n'en font pas assez*. Ce débat n'a pas été approfondi lors de l'enquête de terrain, mais il est important de mentionner que cette tension entre les préposés démontre que la question du manque de temps est omniprésente dans l'analyse de la relation de soin.

Enfin, la relation de soin n'est pas uniforme, elle se construit et se vit de manière différente chez chaque participant. Les actions et les paroles posées dans l'entretien de la relation ne sont pas les mêmes d'un préposé à un autre et d'un résident à un autre. La chorégraphie de soin reste la même, mais les *attentions* posées transcendent les gestes prescrits, elles sont de l'ordre du particulier et du singulier. Elles sont spécifiques à chaque relation de soin. Le temps est le facteur le plus important dans la création d'une bonne relation, d'abord pour établir la rencontre avec le résident et pour par la suite, entretenir la relation en posant des gestes singuliers. Le manque de temps est un obstacle à la réalisation complète de ce qu'est une bonne relation pour les participants. Le manque de personnel et la grande charge de travail sont des facteurs limitant aussi la relation, mais dans le cas particulier des participants rencontrés, la couleur de la peau du préposé est un obstacle supplémentaire à la création d'une bonne relation de soin.

5.2. Relation de soin et corps soignant étranger : le refus du corps différent

La relation de soin est une rencontre entre deux corps différents : le corps soignant maîtrisant les techniques de soin et le corps fragilisé ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Chez les participants, le corps soignant est doublement distinct : il se distingue par la portée de son rôle soignant, mais aussi par son corps qualifié d'*Étranger* en raison de ses différences corporelles. Plusieurs participants mentionnent vivre une résistance dans les soins de la part des résidents, une méfiance qui semble être nourrie par leur origine ethnique. Plus spécifiquement, la couleur de la peau serait l'élément déclencheur de la résistance chez le résident. Malgré l'origine ethnique et la différence langagière, si un participant a la peau blanche, il ne subira pas cette méfiance lors des soins. La peau noire est l'attribut mentionné par les participants comme étant la raison du rejet des résidents :

Moi, j'ai de la chance, je viens d'ailleurs, mais ma peau est comme les québécois. J'ai des collègues qui ont la peau noire et je le vois et je les écoute... Mes collègues, je les ai vus, ils se sentent malheureux. Comme je te dis, moi je suis chanceux, ma couleur ne me pose pas problème. Parfois, il y a des messieurs qui me demandent si je viens de la Chine, je leur dis non. Les gens qui sont noirs, les résidents disent : ne me touchez pas ! Sur le visage des préposés, ça paraît qu'ils sont malheureux. Ils se sentent rejetés. Moi, je dis aux résidents : non, il ne faut pas dire ça. Il y a des résidents qui leur disent : ça pue ou vous êtes trop laide, tu es trop noire. Souvent, on dit : non ne dit pas ça. Par exemple, j'ai un accent, mais les résidents trouvent mon accent bien, alors qu'il y a des préposés noirs qui parlent mieux français que moi et les résidents n'aiment pas leur accent.
(Répondant #13)

Deux degrés de rejet sont identifiés : un rejet souvent très ferme pour les participants à la peau noire et une forme d'hésitation pour les participants à la peau blanche. L'hésitation du résident peut durer quelques secondes et est généralement dû à l'accent du participant. Cet accent est reçu par le résident comme un « caractère sonore étranger », mais cette différence de tonalité est plus facilement tolérée que la différence de couleur de la peau. La relation de soin est une expérience corporelle basée sur le toucher et le regard. Le dialogue et la conversation peuvent être présents, mais ils sont placés en second plan. S'il a la peau noire et l'accent prononcé, les gestes corporels du préposé ont plus de chance d'être refusés par le résident. Le contact *peau à peau* est l'essence de la transmission des soins, mais ce contact est rejeté par le résident si la pigmentation de la peau entre les deux corps est trop différente. La raison de ce rejet ne peut être clairement définie comme les résidents n'ont pas été interrogés, mais le point de vue des préposés par rapport à celui-ci sera présenté.

5.2.1. « Ne me touche pas grosse noire sale ! »

Les centres d'hébergement sont des milieux de vie, des endroits où le respect des valeurs, des besoins et des goûts de chaque résident sont priorisés. La considération des intérêts de chacun se remarque particulièrement à travers les soins effectués. À l'arrivée d'un nouveau résident au centre d'hébergement, la famille et les proches doivent remplir un formulaire d'information concernant l'histoire de vie, les habitudes et les préférences de celui-ci. Plus spécifiquement, des questions sont posées sur les méthodes de soin et sur qui pourra administrer ces pratiques. Acceptera-t-il de recevoir des soins d'hygiène venant d'un homme ou d'une femme ? Acceptera-t-il de recevoir des soins d'hygiène venant d'une

personne d'une autre origine ethnique ? Les réponses à ces questions permettent aux chefs d'unité et à l'infirmière de planifier le programme de soin et de déterminer qui s'occupera des résidents. Le choix du résident est généralement respecté lorsqu'il est question du sexe du préposé, mais la place de plus en plus importante des immigrants au sein des équipes de préposé fait en sorte qu'il peut être impossible de respecter les demandes liées à l'origine ethnique. Les participants sont alors amenés à *prendre soin* de résidents qui au départ avaient mentionné ne pas vouloir de préposé d'une autre origine ethnique. Dans un tel cas, l'infirmier/infirmière avise les préposés lors de la remise du plan de travail et suggère de se présenter *doucement*³² au résident en ne forçant pas l'approche. Si le résident refuse l'entrée du préposé dans sa chambre, le préposé doit simplement se retirer et poursuivre avec les autres résidents de son plan de travail pour par la suite revenir le voir plus tard.

Vas t'en grosse noire, tu pues !
(Résident, citation tirée des notes d'observation)

J'ai dit pas de noire, je ne veux pas qu'elle me salisse.
(Résident, citation tirée des notes d'observation)

Tu viens d'où toi ? Je ne veux pas de toi.
(Résident, citation tirée des notes d'observation)

Rapportées et entendues lors de l'enquête de terrain, ces paroles mettent un frein à la relation de soin que les préposés tentent de créer avec les résidents. Ne pouvant pas toujours s'exprimer verbalement, certains résidents vont manifester leur refus par des comportements agressifs. Coup de pied, morsure et agitation incontrôlable : le préposé doit se retirer de la chambre dès l'apparition de ces signes physiques. Selon les témoignages, même en visitant le résident méfiant à plusieurs reprises afin d'amorcer un premier contact positif, celui-ci ne change souvent pas d'idée. L'acceptation des soins peut prendre plusieurs jours, voire plusieurs semaines ; cela varie en fonction des résidents. Dans le but de respecter leur choix,

³² Le préposé doit parler à voix basse. Il se positionne dans le cadre de porte de la chambre afin de ne pas brusquer son arrivée. Il indique au résident qu'il sera son préposé pour la journée et se retire une fois les présentations faites.

le préposé doit aviser l'infirmier/infirmière du refus et devra demander à un *collègue natif* du Québec s'il peut échanger un de ces résidents contre le résident qui refuse ses soins :

Ça peut arriver que je n'arrive pas à m'approcher de la personne. C'est vraiment difficile, on voit que la personne ne veut rien savoir, peut-être parce que c'est un immigrant ou pour le français ce n'est pas pareil... Quand ça ne fonctionne pas, je peux aller dire à mon collègue que moi ça ne fonctionne pas. Je lui dis : vas-y, je vais prendre une autre personne. C'est comme ça qu'on fait, on échange.
(Répondant #02)

De manière générale, cet échange de résident entre collègue fonctionne bien, mais pour ce faire, il doit y avoir des *collègues natifs* du Québec sur le département, ce qui n'est pas toujours le cas. Parfois, tous les préposés de l'unité sont nés à l'extérieur du Canada. Dans ces cas-là, les participants doivent insister et essayer de convaincre le résident :

Ne vous inquiétez pas, je ne vous ferai pas mal. Nous allons discuter, vous allez voir ça va être plaisant.
(Préposé, citation tirée des notes d'observation)

Je suis une personne très gentille vous allez voir, faites-moi confiance.
(Préposé, citation tirée des notes d'observation)

Je comprends votre inquiétude, mais nous sommes tous des immigrants aujourd'hui, alors laissez-moi ramasser vos selles et prendre votre bain, tout va bien aller.
(Préposé, citation tirée des notes d'observation)

Ne pouvant pas laisser un résident dans les selles et l'urine toute une journée, le préposé doit le changer même si celui-ci ne le veut pas. Ils doivent souvent se mettre à deux préposés pour le changer : un qui maîtrise le résident en pleine agitation pendant que l'autre s'occupe de la culotte. Ces gestes posés sont de l'ordre de l'*intervention* et non de la *relation*. Cette manœuvre sert à maîtriser un corps en mouvement, ce qui permettra aux préposés d'effectuer le changement de la culotte, mais ne permettra pas d'amorcer une relation de confiance avec le résident. Chaque mouvement à contre sens du résident freine la relation de soin, une rencontre entre deux individus qui devrait se faire d'un commun accord. En plus de vivre des refus, les participants sont confrontés, comme les autres préposés, à une augmentation de la charge de travail et à une diminution du personnel soignant, ce qui

influence la mise en place d'une bonne relation de soin. Les participants se voient refuser les soins de la part de certains résidents³³, mais ils ne disposent pas du temps nécessaire pour discuter avec eux et les rassurer. La maîtrise des corps est souvent l'option utilisée, mais cette solution déplaît à plusieurs. Cela ne concorde pas avec l'image qu'ils se font des soins et de la relation de soin. Ils tentent alors, avec le temps qu'ils possèdent, de créer jour après jour une relation de confiance avec ces résidents craintifs.

5.2.2. « Il faut apprendre à les aimer malgré leurs paroles »

Les participants sont très compréhensifs envers les résidents démontrant une résistance, ils vont même jusqu'à les défendre en évoquant leur manque d'expérience à l'Autre et leur maladie cognitive qui les positionnent dans un *état d'esprit* où ils ne sont plus conscients des actions qu'ils posent. N'ayant plus *toutes leurs têtes*, les résidents s'expriment sans filtre et vont dire des choses qu'auparavant ils n'auraient pas dit à voix haute. La faute n'est pas mise sur le résident, mais sur sa maladie :

C'est ça qui me faisait un peu mal, mais ça ne me fait pas beaucoup mal parce que je sais que ce sont des personnes âgées. Dans leur vie, peut-être ils n'ont jamais vu de noirs. Les personnes âgées vu que c'est leur manière, elles sont aussi des personnes avec des troubles cognitifs, j'ai essayé un peu de comprendre ça à ma façon.

(Répondant #03)

Ce ne sont pas seulement les résidents avec des problèmes cognitifs qui refusent des soins d'un préposé immigrant, il y a aussi des résidents qui ont toutes leurs têtes. On les nomme « les plus lucides ». Ces résidents sont conscients des propos et des gestes qu'ils posent, ce qui est davantage blessant pour les participants, sachant qu'ils expriment réellement le fond de leur pensée. Ce type de rejet intentionnel chez un résident porte atteinte plus directement le préposé, il est touché dans l'essence même de sa pratique de soin. Ce rejet remet en question la qualité de ses soins :

³³ En moyenne, les participants ont mentionné avoir au moins trois résidents résistant aux soins dans leur plan de travail en raison de leur origine ethnique.

Pourquoi il ne veut pas de moi ? Est-ce que c'est la couleur de ma peau ? Est-ce que c'est parce que je lui ai fait mal une fois dans les soins ? Qu'est-ce que je fais de mal dans les soins pour qu'il ne veut pas de moi...

(Répondant #03)

Ces questions restent sans réponse. Divulguer ses interrogations au résident concernant son refus n'est pas considéré approprié. Pourquoi ? Est-ce une question de culture organisationnelle ou tout simplement d'un sujet tabou entre soignant et soigné ? L'enquête de terrain effectuée n'a pas approfondi la question, mais il est intéressant d'observer un *silence* entre les deux individus qui, mutuellement, vivent un certain malaise dans le contexte de résistance. Le résident lucide est libre d'exprimer son refus, mais aucun dialogue ne sera poursuivi par le préposé sur la situation. La conversation se clôt et le silence s'en suit.

Parfois, le silence est nécessaire. Il permet au préposé de réfléchir et de décompresser sur la situation qu'il vient de vivre. Afin de traverser cette épreuve, les participants vont chercher des réponses aux comportements du résident en analysant son histoire de vie et son contexte social. Comprendre son parcours et les conditions de vie dans lesquelles il vivait est primordial dans le processus d'acceptation du rejet de soins. Il ne faut pas s'arrêter à leurs propos déplacés ou blessants, mais plutôt chercher à comprendre l'origine de ces discours en se questionnant sur le milieu d'où provient le résident ou sur son niveau d'éducation. Les réponses à ces questions permettent souvent d'expliquer leur comportement de résistance envers une personne immigrante :

Les résidents sont différents d'un centre à l'autre. Les centres d'hébergement à la basse-ville, c'est une clientèle plus pauvre et ça paraît. Ils ne sont pas vraiment polis. Surtout les hommes, c'est comme des bandits et tout ça. Ils ont grandi comme ça. Minimum d'éducation, mais un grand temps passé au bar par exemple. Moi quand je travaille avec mes résidents, j'essaie de voir, de comprendre l'origine... J'essaie de comprendre le mode de vie de la basse-ville. J'essaie de comprendre pour ne pas avoir de problème. J'essaie de trouver une explication pour leurs comportements, car ils sont souvent irrespectueux envers moi. Je ne peux pas changer un homme à 90 ou 95 ans. J'essaie de trouver une explication pour pas que ma tête... pour ne pas trop y penser. Il y a des résidents qui sont éduqués, je le vois, ils sont en train de lire des livres. Le niveau d'éducation entre beaucoup en jeu dans la personnalité de la personne. Si elle est

bien éduquée, elle comprend tout. Moi, je me sens à l'aise avec des gens qui sont éduqués.

(Répondant #09)

Les propos et les gestes inappropriés liés à l'origine ethnique du préposé ne proviennent pas seulement des résidents, mais également des familles et des proches. Des insultes concernant leur origine ethnique ou la couleur de leur peau sont souvent lancées à leur égard :

Il a commencé à crier : la chambre de ma femme est en désordre et c'est la grosse noire qui n'a pas fait sa job [...] Il [le mari de la résidente] est parti comme ça comme si de rien n'était, alors que c'est à moi qu'on m'a traité de grosse noire... Une autre infirmière m'a demandé si je voulais porter plainte contre lui. Je lui ai dit que non, que ça ne me disait rien, que ce n'est pas le patient qui m'a dit ça, mais un proche... L'important c'est que le patient a eu ses soins et le reste je m'en fou. Le personnel a dit au monsieur : si vous ne voulez pas respecter les règles de l'établissement, vous allez partir vous et votre femme. Depuis, ce temps, il n'a pas recommencé. C'est des choses comme ça qu'on rencontre tout le temps dans le métier. C'est un métier où on confronte beaucoup de personnes à la fois des collègues, des infirmières, des patients et les proches des patients. Il faut vivre avec ça, on n'a pas vraiment le choix.

(Répondante #05)

La question de la relation avec les familles et les proches n'est pas abordée en profondeur dans ce mémoire, mais il est important de souligner un inconfort chez plusieurs participants quant aux propos *déplacés* de certaines familles.

Une présentation de la description de la relation de soin faite par les participants a donc été effectuée au sein de ce chapitre. Ce fût l'occasion de décrire de quelle manière la relation de soin prend forme chez les participants. Outre les résidents et leurs familles, les participants vivent également une grande résistance dans les relations professionnelles au sein de l'équipe soignante. Le dernier chapitre de ce mémoire répondra au dernier objectif en traitant donc des relations au sein de l'équipe soignante.

CHAPITRE 6 : L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL APRÈS LA PROBATION : DESCRIPTION DE LA DYNAMIQUE AU SEIN D'UNE ÉQUIPE SOIGNANTE

Le cinquième objectif de ce mémoire est de dresser un portrait de l'expérience de travail au sein de l'équipe après la période probatoire, et plus particulièrement de saisir la dynamique professionnelle en identifiant les obstacles et les facilitateurs que les participants rencontrent avec leurs collègues. Lors de la probation, les relations professionnelles entre les participants et leurs collègues de travail sont plutôt tendues en raison de leur statut d'apprenti. En soi, être un nouveau, peu importe l'origine ethnique, mène à être un fardeau pour les autres membres de l'équipe. Malgré le fait que l'étape probatoire soit complétée et que la maîtrise des connaissances pour pratiquer ce métier soit atteinte, les participants mentionnent toujours vivre des difficultés dans les relations de travail auprès des autres membres de l'équipe.

6.1. Le sentiment d'exclusion : « Ils ne veulent pas travailler avec nous »

Plus de la moitié des participants ont affirmé se sentir à part de leur équipe, voire même *exclus* de celle-ci. Ce sentiment d'exclusion se manifeste par les gestes, les paroles et le langage non verbal des membres de l'équipe à leur égard. Les motifs d'exclusion ne sont jamais clairement identifiés et définis par les collègues, mais selon les témoignages, l'origine ethnique des participants serait la raison prédominante. Le terme racisme n'est pas utilisé par les personnes rencontrées pour expliquer leur isolement au sein des équipes ; ils affirment plutôt vivre de la discrimination. Refuser d'aider un collègue parce qu'il est immigrant est discriminatoire. Ce refus n'est pas souvent exprimé ouvertement : il se fait sentir par l'absence de dialogue entre les deux collègues. Lorsque le collègue ne répond jamais aux questions et aux commentaires du participant, cela confirme pour celui-ci son pressentiment : « il ne veut pas travailler avec moi ». Toutefois, il arrive que le contexte de travail empêche la discussion et l'entraide sans qu'il n'y ait de situation discriminatoire. C'est pourquoi les

participants observent et analysent les situations sur le long terme avant de confirmer que *ce* collègue n'est pas intéressé à travailler avec lui :

Non, jamais... mais il en a qui peuvent te repousser. Ils ne te le disent pas ouvertement, mais la façon dont vous travaillez avec la personne, je peux facilement voir qu'il ne veut pas de moi. Il ne te le dit pas, mais la façon dont il te parle, quand tu lui poses une question, tu le vois qu'il ne veut pas travailler avec toi. Il fait un peu de la discrimination. Par exemple, je travaille avec toi. Il y a un cas que l'on peut faire à deux, je te dis que je peux t'aider, il me dit : ah non va faire celui qu'il est là-bas à la place. À chaque fois, il te repousse. Donc, tu comprends que cette personne tu ne peux pas cohabiter avec lui.
(Répondant #03)

Si certains collègues affichent leur refus de manière plus subtile, d'autres au contraire sont plus invasifs dans leur refus et s'attaquent verbalement aux préposés immigrants dans leur *manière d'être*. Les témoignages rapportés ne concernent pas directement les participants : ce sont des discussions entendues concernant d'autres collègues immigrants. Ces propos entendus par les participants viennent tout de même, d'une certaine manière, confirmer les motifs des refus. Ces propos sont lourds de sens pour eux : ils mettent des mots sur ce que leurs collègues n'osent pas dire devant eux, ce qu'ils pensent tout bas. Les préposés immigrants sont critiqués par leurs pairs pour avoir un accent trop prononcé, pour utiliser des expressions langagières incompréhensibles et pour avoir des comportements inappropriés. Du point de vue des membres de l'équipe *natif* du Québec, leurs collègues immigrants n'agissent pas comme les autres : ils parlent trop vite, ils parlent trop fort, ils chantent trop fort ou encore ils se parlent tout seul :

Des fois, l'équipe est bonne et des fois, elle n'est pas bonne. On est toujours 3 préposés et parfois, ils disent : ah je n'aime pas cette personne. Je n'aime pas travailler avec elle, des choses comme ça. Pourquoi ? Parce qu'elle ne l'aime pas. Les gens vont dire : elle parle trop... des choses comme ça...
(Répondante #05)

Oui, il en a mais pas souvent... Par exemple, il y a une préposée qui se parlait toute seule et les autres n'aimaient pas ça. Nous sommes vraiment tous différents,

ce n'est pas tout le monde qui nous aime et qui aime nos comportements. Ça fait partie de la vie.
(Répondante #06)

Ils se font critiquer sur leur *manière d'être*, sur leur manière de s'exprimer. L'accent et la tonalité de la voix sont les éléments le plus souvent mentionnés. Si la prise de parole permet à un individu *d'être* et de *prendre place* au sein d'un groupe, la parole des participants, par sa différence sonore, provoque l'effet contraire. Elle les stigmatise et les place dans une situation d'exclusion. Prendre parole, pour les participants, peut simplement commencer par un *bonjour*. Un *bonjour* qui demeure bien souvent sans retour :

J'ai commencé à travailler là-bas, mais ce n'était pas facile... J'ai tombé sur une équipe qui ne voulait rien savoir de moi. Je suis de nature souriante, je suis comme ça. J'arrive et je dis spontanément bonjour aux gens. J'ai commencé à remarquer que mes bonjours n'étaient pas les bienvenues. J'ai commencé à remarquer une résistance.
(Répondante #06)

Plus de la moitié des participants se retrouvent dans une équipe de travail où la prise de parole est ardue, que ce soit pour de simples conversations amicales ou pour discuter du boulot. Contrairement aux résidents où la couleur de la peau est le facteur de résistance dans les soins, la barrière de la langue et tous les détails entourant sa tonalité sont les éléments qui freinent les collègues *natifs* du Québec dans la création de la bonne relation de travail. Les participants vivant cette situation sont confrontés quotidiennement à cette exclusion : elle est doublement blessante, car elle porte atteinte à leur personnalité, à leur *façon d'être* et à leur place qu'on leur attribue au sein de l'équipe. « Pourquoi ils ne nous acceptent pas ? Pourtant, nous ne sommes pas des monstres... » (Répondante #05). Ils vivent quotidiennement une grande incompréhension envers les comportements de leurs collègues, et certains ont même pensé à dénoncer ces gestes. Au final, aucun participant n'a dénoncé ce qu'il vivait à l'infirmier/infirmière ou au chef d'unité, car la dénonciation ne peut se faire lorsque le chef lui-même évoque régulièrement des propos irrespectueux envers les autres :

Oui, c'est ça. Donc, on retrouve ça du côté de la clientèle, mais aussi de l'autre côté avec les collègues. Ça ne va pas être à l'extrême comme des clients peuvent dire : « va-t'en maudite noire ». Le langage est moins fort parce qu'ils ne peuvent pas te dire va-t'en d'ici, mais ils trouvent une certaine appréhension... On entend

plein de choses, mais tu ne peux pas le dire à ton boss. Quand tu entends ton boss dire : « ce soir c'est X qui travaille, oui, oui, lui qui est une tapette ». Des choses comme ça, je n'ai pas envie de dénoncer à mon boss.

(Répondante #05)

Si certains aimeraient que les autres membres de l'équipe leurs accordent une plus grande place au sein du groupe, d'autres participants préfèrent s'isoler volontairement de l'équipe. Deux participants, ayant fait de longues études universitaires, ont rapporté se tenir à l'écart de leurs collègues lorsque cela ne concerne pas le travail, c'est-à-dire durant les heures de pause, les activités syndicales, les activités festives, etc. Désintéressés par les sujets de conversation, ils voient un plus grand avantage à prendre du temps pour eux lors des pauses qu'à bavarder avec les autres. Lire un livre, écouter de la musique ou prendre un bain de soleil sont des activités qui leur permettent de décompresser lors des temps de pause. Discuter du chien, du chat, du conjoint ou encore d'une émission de télévision ne les intéresse pas. Pourtant, ils adorent discuter, mais ils aimeraient mieux parler de politique, de littérature ou de théâtre. C'est pourquoi certains se placent en retrait du groupe.

6.1.1. Un milieu de commérage et de méfiance : « tout le monde sait tout »

Même s'ils ont réussi l'étape probatoire en faisant leurs preuves, les participants dénoncent le fait qu'ils sont encore critiqués par leurs pairs sur leur manière de travailler. Plusieurs décrivent leurs collègues comme étant des gens bavards qui vont aller rapporter à plusieurs personnes, de manière informelle, le déroulement de la journée, qu'il s'agisse de bonnes actions ou de mauvaises. Ils vont aller commérer aux autres leurs erreurs ou se moquer de la façon dont ils travaillent :

Elle ne devrait pas faire ça, mais plutôt faire cela.

(Répondante #01)

Elle parle tellement fort, tu devrais l'entendre... Ça doit être normal, c'est une Africaine.

(Répondante #14)

Tous les commentaires liés à leur manière d'être ou à leur façon de s'exprimer font référence à des stéréotypes ou des préjugés liés à leur origine ethnique. Toutefois, le

fondement des commentaires négatifs sur leur façon de travailler ne sont pas aussi simples à identifier. L'origine ethnique n'est pas utilisée pour justifier leurs pratiques. La diversité des formes que prend la relation de soin peut justifier ces critiques, car les actions et les paroles posées lors de la relation de soin ne sont pas les mêmes d'un préposé à l'autre. La relation de soin n'est pas uniforme, elle se construit différemment en changeant par exemple l'ordre des mouvements. Plusieurs préposés se critiquent entre eux sur leur manière de faire. Les participants dénoncent donc le bavardage qui plane sur eux, sur leur façon de soigner et d'être. Le commérage crée une construction malsaine de leur propre image professionnelle et de l'image que les autres se font de leur travail.

Lors de l'arrivée sur un nouveau département, les membres de l'équipe ont déjà une idée préconçue des participants avant même leur première journée au sein du groupe. Le bavardage se propage sur tous les étages et les informations circulent rapidement. Plus de la moitié des participants disent travailler dans un contexte de méfiance : ils doivent surveiller tout ce qu'ils disent et à qui ils le disent. Ils doivent éviter les erreurs pour ne pas que le centre d'hébergement au complet soit mis au courant :

Oui, il y a beaucoup de conflits parce qu'il en a qui sont très mémères. Par exemple, j'arrive dans la chambre et il y a une couche souillée par terre. Des fois, ça peut arriver de la laisser par terre quelques instants, mais moi je vais dire : voyons, c'est qui qui a laissé ça par terre. Après le préposé, qui était là, va aller dire ce que j'ai dit à tout le monde. J'ai toujours pensé qu'une personne qui est déréglée chez elle va être déréglée à son travail. Ces gens-là, il ne faut pas que tu leur parles, c'est ferme ta gueule et fais ce que tu dois faire.
(Répondante #01)

6.2. L'insatisfaction du travail des collègues

Ce ne sont pas seulement les autres membres de l'équipe qui commentent et critiquent leurs pairs, les participants ont aussi leur mot à dire sur le travail des autres. La majorité des participants ont mentionné la frustration qui les habite de travailler avec des collègues « qui travaillent à moitié ». Être préposé est un don de soi : c'est un devoir de donner le maximum d'énergie pour les résidents. Être préposé, c'est travailler pour le résident en assurant son

bien-être. La vie sociale avec les collègues ne devrait pas être la priorité. Les participants reprochent à certains pairs de passer trop de temps à discuter avec les autres plutôt qu'à être immédiatement présent pour le résident :

Le résident sonne, il a besoin de quelque chose et que tu es assis à jaser et puis que tu ne le fais pas. Ça, je ne l'accepte pas. Je trouve ça vraiment malhonnête par rapport à son travail.
(Répondante #01)

Pour eux, le manque de temps n'est pas une excuse. Afin de gagner du temps, plutôt que de discuter avec des collègues sur l'heure du midi, plusieurs décident de retourner auprès des résidents même si leur heure de lunch n'est pas terminée. Il est pourtant recommandé aux préposés de prendre le temps de bien se reposer lors de leur pause. Il n'est pas interdit de le faire, mais cela crée des débats entre pairs sur les « tâches supplémentaires ». Une opposition entre ceux *qui en font trop* et ceux *qui n'en font pas assez* se forme. Des interrogations émergent : quelles sont les limites à la relation de soin et de l'implication du préposé ? Doit-il nécessairement consacrer tout son temps personnel aux résidents pour être qualifié comme un bon préposé ? Ces questions permettent d'illustrer les difficultés qu'ont les préposés à définir les frontières de leur implication personnelle dans la relation de soin.

6.3. Une bonne équipe soignante, ça existe ?

Si la majorité des participants connaissent des difficultés dans leurs relations au travail, il arrive parfois que certains ont eu la chance de travailler avec une équipe soignante où l'ambiance de travail était meilleure. Pour eux, une équipe *saine* est un groupe où le travail est effectué de manière collective. L'entraide entre collègues est prioritaire : elle permet de diminuer la charge de travail, contribue à une meilleure transmission des *savoir-faire* et des trucs du métier³⁴ ainsi qu'à une plus grande capacité d'échange. Même si le travail est de plus en plus individualisé en raison du manque de personnel, certaines équipes font du travail collectif un point d'encrage. La clé du succès est de considérer tous les membres de l'équipe

³⁴ Stratégies et connaissances informelles du métier qui permettent de faciliter la réalisation des tâches et de surmonter les difficultés. Ils sont développés dans la pratique quotidienne et transmis de manière verbale entre les préposés. Ce sont des savoirs non formalisés.

comme des membres à part entière. La discrimination alors n'a pas sa place ; le groupe *se tient* malgré les différences ethniques. Malgré la charge de travail individualisé, chaque membre de l'équipe doit être prêt à collaborer pour aider un collègue :

Comment je me sens, sur mon étage, c'est comme ma deuxième maison. Mes collègues, j'ai beaucoup de confiance et je sais qu'ils me font confiance. Je parle côté travail, ambiance de travail. C'est sûr que nous avons des hauts et des bas et que ça nous arrive des journées que nous avons des problèmes à la maison. Tout le monde a des problèmes privés et personnels, des fois, on garde ça en dedans de nous et on se connaît bien, alors on sait quand quelque chose ne va pas. On est capable de supporter les problèmes des collègues. Je trouve qu'on forme une bonne équipe.

(Répondante #12)

« Ce que j'aime c'est quand il y a une belle équipe. Nous, on ne se laisse jamais tomber comme je dis souvent aux filles. Mais sur d'autres départements c'est différent, il y a des collègues de travail qui ont leurs vieilles méthodes. Tu ne touches pas à ces habitudes...

(Répondant #13)

Une équipe *saine* est notamment une équipe où le rire peut désamorcer toute situation embarrassante. Par exemple, l'autodérision est une façon de bien vivre avec ses difficultés langagières. Rire avec son équipe de son propre accent et des mots difficiles à prononcer est un signe d'une belle complicité avec son équipe :

Hey voilà ! C'est vous qui le dites. C'est la même chose au travail. Je ne parle pas beaucoup et quand je parle ça rit, mais je ne trouve pas ça méchant. Ça rit parce que je parle vite. Je ne parle pas bien français. J'ai de la misère à m'exprimer. J'ai beaucoup d'énergie et chaque fois que j'arrivais dans une équipe les gens disent : « est-ce que vous travaillez avec moi aujourd'hui ? C'est bon Albert, on va travailler ensemble.

(Répondant #08)

Dans une équipe qui fonctionne bien, la collaboration avec les infirmiers/infirmières et les auxiliaires est importante. Les participants dénoncent le fait que la parole des préposés est très peu entendue, pas seulement en raison de leur origine ethnique, mais de manière plus large, les préposés étant en bas de la hiérarchie organisationnelle sont très peu écoutés par les autres corps de métier. Très peu ont mentionné vivre une bonne collaboration, mais ils

souhaitent un rapprochement entre les corps de métier afin d'améliorer le processus de soin et de former une équipe plus unie. Enfin, une équipe qui va bien est une équipe qui prend en considération l'arrivée des nouveaux en probation. Il est primordial de bien les accueillir, de les faire sentir comme des membres à part entière même s'ils ne sont que de passage. Une équipe qui agit de manière collective ne perçoit pas les nouveaux, ni les immigrants comme des fardeaux, mais bien comme un « collègue en formation » qui peut apporter son aide au groupe. L'équipe collective peut se mobiliser et modifier les perceptions liées aux nouveaux. « Il ne faut surtout pas oublier que nous avons tous déjà été un nouveau... » (Répondante #02).

Ce chapitre répond au cinquième, et dernier objectif de ce mémoire. Afin de comprendre l'expérience de travail des préposés immigrants, une description des difficultés et des facilitateurs vécus au sein de l'équipe de travail chez les participants était donc requise. Le prochain chapitre conclura ce mémoire en présentant une synthèse des données recueillies ainsi qu'une mise en relation avec les orientations conceptuelles présentées ultérieurement. Il prendra la forme d'une discussion synthèse où un retour sur la question de recherche principale sera effectué afin de mieux y répondre.

CHAPITRE 7 : DISCUSSION ET CONCLUSION

Le premier objectif de ce mémoire était de dresser un portrait du parcours migratoire et professionnel des participants, illustrant ainsi les motifs menant à ce choix de carrière. Le deuxième objectif était de décrire l'organisation du travail en centre d'hébergement, ce qui a permis d'exposer de quelle manière s'organise la division des rôles et plus spécifiquement d'illustrer les tâches et le quotidien que vivent les préposés aux bénéficiaires. C'est par l'examen de l'arrivée au travail, en présentant l'expérience d'un nouveau préposé, que l'organisation a pu être documentée. Le troisième objectif visait, quant à lui, à comprendre les difficultés et les facilitateurs rencontrés par les préposés immigrants lors de leur période de probation, une étape charnière dans le développement de leurs connaissances sur le métier. Suite à cela, le quatrième objectif concernait la description de la relation de soin entretenue avec les résidents, ce qui a permis de décrire ce qu'est une relation de soin pour eux et ce qui constitue une bonne ou une mauvaise relation. Afin de compléter la description de l'expérience de travail, le cinquième et dernier objectif de ce mémoire visait à saisir la dynamique au sein de l'équipe de travail et les difficultés rencontrées plus spécifique aux préposés immigrants. À la lumière de ces objectifs, ce chapitre répondra ainsi plus globalement à la question de recherche : *comment les préposés aux bénéficiaires immigrants des centres d'hébergement de la ville de Québec vivent-ils leur expérience au travail ?* Il visera plus particulièrement à illustrer de quelle manière l'origine ethnique des participants s'insère dans leur expérience au travail auprès des résidents et des collègues.

7.1. L'expérience probatoire et sa réussite : une transition difficilement vécue

Le premier élément permettant de saisir l'expérience au travail des préposés aux bénéficiaires immigrants est la compréhension du vécu lors de la période probatoire. *L'expérience* se construit par les actions posées (Dubet 1994; Dubet 2006). Ces actions se divisent en deux formes : l'action est une pratique et elle est une interaction (Dubet 1994; Dubet 2006). L'étape probatoire est alors une *expérience* à elle seule : elle initie le préposé dans ses premières pratiques et actions de soignant. C'est par l'expérience probatoire que le préposé prend connaissance de son milieu, des pratiques qui y sont exercées et des

interactions sociales qui y sont vécues. Les résultats de ce mémoire montrent que l'étude de l'expérience probatoire est importante, car elle constitue le fondement de leur vécu au travail. C'est par cette première expérience que tout se joue, que le vécu prend forme : l'appréciation du travail, les premières impressions, les premières difficultés rencontrées et la réussite ou non des pratiques du métier. L'expérience vécue au sein de la probation est déterminante : elle crée les bases de l'expérience au travail des nouveaux préposés, par la manière dont ils vivent, perçoivent et apprécient le métier. Ce mémoire permet de soulever toute l'importance de cette période, et ouvre la porte à un examen plus précis de la probation, une étape qui n'a jusqu'à présent pas fait l'objet d'étude, à l'exception de celles d'Aubry (2010, 2011, 2012), sur la transmission des compétences chez les nouveaux préposés aux bénéficiaires. Comme le démontrent ces travaux, les premières semaines de travail constituent une étape charnière, où le nouveau préposé doit acquérir, en incorporant son milieu de travail, les savoirs et les pratiques requises à l'exercice de ses fonctions. Plus particulièrement, comme en fait état Aubry (2010, 2011, 2012), tout comme les résultats de ce mémoire, la probation permet aux nouveaux préposés d'appliquer pour la première fois leur savoir relationnel (Arborio 1996, Aubry 2011), dont la maîtrise est préalable à l'intégration au sein de l'équipe, mais également pour l'entretien des relations avec les résidents.

7.1.1. L'expérience du savoir relationnel en probation

Les nouveaux préposés en probation possèdent quarante-cinq jours pour faire leurs preuves au sein de l'organisation. Cette étape charnière, qui déterminera s'ils seront engagés comme employés ou non, a été vécu difficilement par les participants. La première difficulté rencontrée est le « choc organisationnel » : c'est par l'expérience probatoire que les participants prennent conscience de la lourdeur de la charge de travail. Ils comprennent que les contraintes organisationnelles, le manque de temps et de personnel soignant, les freineront dans l'utilisation de leur savoir relationnel tout au long de leur carrière. Or, les travaux d'Arborio (1995, 1996, 2012) illustrent, qu'en raison des tâches non spécialisées que les préposés effectuent, les relations de proximité entretenues par le savoir relationnel des préposés deviennent primordiales. Ces relations permettent aux préposés de se sentir privilégiés en raison du degré d'intimité que les soins leur procurent. Même si les soins « du corps » sont qualifiés « d'ingrats » dans nos sociétés contemporaines (Arborio 1995; Arborio

1996; Marché Paillé 2011), pour les préposés immigrants, cette proximité du corps à corps qui permet la création d'une relation singulière devient l'élément central caractérisant leur métier (Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015; Arborio 1996). Si le volet relationnel et le savoir relationnel qui en découle s'avèrent critiques chez les préposés aux bénéficiaires, les résultats de ce mémoire montrent que dès les premiers jours de probation les nouveaux préposés sont confrontés à plusieurs difficultés organisationnelles faisant obstacle à l'exercice de leur savoir. Cela engendre rapidement un sentiment du devoir non accompli, tel que le constatent deux études exploratoires réalisées au sein des mêmes centres d'hébergement (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015).

L'expérience probatoire est également caractérisée par les préposés immigrants comme étant la première fois où ils ont été confrontés à un refus de soin de la part d'un résident en raison de leur origine ethnique. « Pas toi, tu es noir ! ». Tels que le présentent plusieurs études (Cognet 2004b; Walsh 2009; Walsh et O'Shea 2010; Walsh et Shutes 2012), les participants se sont sentis, certes, attristés par la situation, mais ils ont plutôt tendance à défendre les résidents en évoquant leur manque de connaissance par rapport à l'immigration ou en mettant la faute sur leur maladie cognitive. Cette expérience de refus sera présentée plus en profondeur dans la section sur la relation de soin, car l'ethnicité au sein de l'expérience probatoire n'a pas été relevée par les participants comme étant le principal obstacle rencontré. Même si le refus de soin était une situation que les préposés immigrants anticipaient avant de débiter le métier, il ne constitue pas un enjeu lors de la période probation. Leurs préoccupations sont davantage tournées vers les difficultés organisationnelles qui rendent l'apprentissage plus ardu pour les nouveaux (devoir suivre le rythme, le manque de personnel, la vitesse demandée, etc.). Malgré quelques refus de la part de résidents, l'expérience probatoire pour les participants fait également référence aux premiers événements où ils ont reçu un merci et un sourire d'un résident, une reconnaissance qui fait toute la différence pour affronter la réalité organisationnelle.

Ainsi, la mise en pratique du savoir relationnel en probation constitue donc une étape difficile durant laquelle les préposés immigrants prennent conscience de la réalité des centres d'hébergement : des milieux de vie où les différentes pathologies cognitives des résidents, le manque de personnel, et le manque de temps laissent peu de place à l'exercice du savoir

relationnel. Ces contraintes qui empêchent d'utiliser de façon optimale leur savoir relationnel auprès des résidents affectent aussi négativement la place qu'ils occupaient au sein de l'équipe de proximité en probation. La deuxième difficulté rencontrée lors de cette expérience probatoire est donc liée aux interactions avec les autres membres de l'équipe de travail.

7.1.2. L'expérience de l'équipe de travail en probation

Tel que le constatent les études s'intéressant aux préposés aux bénéficiaires au Québec (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015; Aubry et Couturier 2014a), l'individualité dans les équipes de soin en centre d'hébergement occupe une place de plus en plus importante, affectant ici négativement l'expérience probatoire des participants rencontrés. Les résultats de ce mémoire soulignent plus particulièrement le fait que le manque d'entraide en probation a été plus difficilement vécu pour les participants que le refus de soin de certains résidents.

Pour les préposés immigrants, la probation est une période d'apprentissage où ils doivent se familiariser avec une nouvelle équipe ayant déjà des routines et des habitudes organisationnelles. Voyant la probation comme une deuxième « formation » en soi, les participants croyaient avoir droit à un certain support des préposés expérimentés, mais le manque de temps et la surcharge de travail des autres membres de l'équipe influencent négativement la dynamique d'entraide, empêchant ainsi les collègues d'agir comme mentors. Les préposés en probation craignaient même de poser des questions à leurs collègues plus expérimentés, ce qui les amenaient ainsi à se percevoir comme des fardeaux ralentissant le rythme de travail et nuisant à l'efficacité de l'équipe. Ce sentiment d'être un fardeau se retrouve d'ailleurs tant chez les préposés immigrants que les préposés *natifs* du Québec (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015; Aubry 2011). Toutefois, la problématique est accentuée pour les préposés immigrants, qui doivent composer avec des difficultés de communication entre eux et leurs collègues, qui considèrent l'accent et les fautes de structure et d'orthographe en français comme des irritants majeurs. L'existence de ces difficultés langagières avait d'ailleurs été relevée au sein de la littérature : les propos des soignant immigrants sont souvent ignorés par leurs collègues, et leur difficulté à écrire sans

fautes fait que leurs pairs ne les prennent pas au sérieux (Alexis et Vydelingum 2004; Alexis, Vydelingum, et Robbins 2007; Likupe 2006; Ryosho 2011; Yu 2014; Xu 2007).

7.1.3. Synthèse de l'expérience probatoire

L'expérience probatoire, fondée sur l'apprentissage des pratiques et des interactions au travail, est une étape temporaire où les nouveaux préposés doivent prouver leur habileté à effectuer le travail. La pratique du savoir relationnel et la rapidité à le mettre en scène sont les principaux critères pour réussir la probation (Aubry 2011; Aubry 2012). Malgré la réussite des participants rencontrés, les difficultés vécues lors de la probation persistent et troublent le travail des préposés immigrants même lorsque celle-ci est complétée. Si les études tendent à démontrer que la réussite de la probation permet à l'ancien apprenti d'obtenir une place à part entière au sein de l'équipe (Aubry 2011; Aubry 2012), les résultats de ce mémoire dévoilent comment la situation diffère pour les préposés immigrants. La réussite de la probation pour les participants ne signifie pas forcément l'acceptation de leurs collègues au sein de l'équipe, même si ceux-ci maîtrisent désormais comme les autres le rythme de travail. Ce mémoire illustre que même après la période probatoire, les préposés immigrants doivent composer avec plusieurs situations similaires déjà vécues lorsqu'ils étaient apprentis. Malgré leur capacité à effectuer le travail rapidement, leur place au sein de l'équipe n'est pas gagnée d'avance. Un travail quotidien de leur part doit être fait afin de se tailler une mince place au sein de leur équipe. Ce travail d'acceptation auprès des collègues est doublement difficile pour les immigrants, dans un contexte où, de manière générale, le travail d'équipe en centre d'hébergement tend à s'affaiblir en raison de la surcharge de travail des travailleurs, ainsi que d'une organisation du travail de plus en plus individualisée et pouvant être attribuée selon les travaux d'Aubry et Couturier (2014a) à une promotion des compétences individuelles dans le partage des normes et des pratiques (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015; Aubry 2010; Aubry 2011; Aubry et Couturier 2014a).

7.2. La place des préposés immigrants au sein de l'équipe de travail

Les préposés aux bénéficiaires, peu importe l'origine ethnique, sont d'emblée mis à part dans les équipes de proximité en centre d'hébergement en raison des tâches non

spécialisées qu'ils effectuent, les positionnant ainsi au bas de la hiérarchie organisationnelle (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015; Arborio 2012; Aubry et Couturier 2014a). N'effectuant pas de « soins médicaux », les préposés ne sont généralement pas invités à participer aux réunions d'équipe multidisciplinaire³⁵ qui concernent l'état de santé des résidents (Allaire, Gagnon, et Jauvin 2015; Allaire, Jauvin, et Duchesne 2015). Cette non-implication des préposés aux réunions va toutefois à l'encontre de ce que suggère la littérature sur la question du collectif à l'hôpital (Borzeix, Charles, et Zimmermann 2015; François, Broekaert, et Berthomier 2010). Les auteurs constatent l'importance de la participation de tous les intervenants de la santé aux réunions, ce qui permettrait collectivement de créer un « projet commun », soit ici, la santé du résident (Borzeix, Charles, et Zimmermann 2015). Si de manière générale les préposés vivent une exclusion organisationnelle en raison de leur statut, le contexte de travail vécu chez les préposés immigrants accentue d'autant plus cette exclusion.

Les résultats de ce mémoire montrent qu'en raison des interactions « plutôt tendues » avec les collègues l'expérience des participants au sein de l'équipe est vécue difficilement. Ils vivent de l'exclusion de la part de leurs collègues : une mise à l'écart qui serait liée, selon les participants, à leur origine ethnique. Pour les préposés immigrants, cette exclusion se manifesterait généralement de manière sous-entendue, sur le long terme, par l'absence de dialogue et le manque de soutien de leurs collègues, qui ignorent leurs questions et leurs commentaires. Certains collègues vont même jusqu'à critiquer verbalement les préposés immigrants sur leur « manière d'être », sur leur façon de parler, de marcher et de chanter. Les participants mentionnent que leur accent et leur tonalité de voix sont les éléments le plus souvent mentionnés par leurs collègues. Selon les participants, ces facteurs « sonores » seraient un grand irritant pour leurs confrères ce qui les poussent, de manière consciente ou inconsciente, à les exclure informellement de l'équipe. La parole des préposés immigrants est donc stigmatisée et souvent exclue des conversations professionnelles et sociales. Cette exclusion, portant atteinte à leur personnalité et à leur façon d'être, est très douloureuse pour

³⁵ L'équipe multidisciplinaire est souvent composée de l'infirmier/infirmière, du médecin, de l'ergothérapeute, de la nutritionniste, de la travailleur/travailleuse sociale et de l'intervenant en soins spirituels.

les participants qui ne comprennent pas « ce qu'ils font de mal ». Comment expliquer un tel rejet de la part de leurs collègues ?

7.2.1. L'ethnicité et les aspects corporels comme facteur d'exclusion

N'ayant pas interrogé des préposés *natifs* du Québec sur la dynamique d'équipe avec leurs collègues immigrants, ce mémoire ne peut pas prétendre décrire les raisons précises les poussant à exclure leurs collègues immigrants. Cependant, les réflexions que proposent l'anthropologie du corps ouvrent la voie sur certaines réflexions pouvant expliquer l'exclusion souvent faite à l'*Autre* (Le Breton 1985, 2006, 2008). Il est intéressant de constater que les éléments « reprochés » aux préposés immigrants sont tous liés à « leurs corps » et à la manière dont ils prennent place *corporellement* dans leur milieu de travail. Cela ne date pas d'hier que l'*Autre*³⁶, ici l'immigrant, soit jugé négativement pour son physique (Le Breton 1985, 2006, 2008). Le corps de l'immigrant est souvent stigmatisé par un discours s'appuyant sur des descriptions idéalisées du corps : fondé sur les cinq sens, le discours dénigre l'immigrant où il se voit toujours être une offense à la vue, à l'odeur, à l'ouïe, au toucher et au goût³⁷ (Le Breton, 2008). « L'Autre est souvent laid, puant, sale, bruyant et il mange n'importe quoi » (Le Breton, 2008 : 42). L'immigrant se retrouve alors prisonnier de l'image sensorielle que les Autres se font de lui : « les dehors physiques de l'Autre révèlent son intérieur moral et disent dans le vocabulaire de la chair son tempérament, ses vices cachées et ses perfidies » (Le Breton, 2008 : 45). Les préposés immigrants sont aussi confinés à ces stéréotypes corporels dans leur milieu de travail : leur parole, même s'ils parlent le français, se rapproche plus du « bruit » que de la langue française en raison de leur accent (Le Breton, 2008 : 46).

Notamment, l'exclusion des préposés immigrants par leurs collègues *natifs* du Québec peut aussi être attribuable à la crainte de l'Étranger que l'on peut observer dans nos sociétés contemporaines (Cognet et Montgomery 2007; Jacob 2011). Par son allure exotique, ses comportements inhabituels et ses divers codes de communication, l'Étranger provoque

³⁶ L'Autre peut aussi faire référence à un « fou » ou à un « handicapé » (Apollon 1993)

³⁷ Lorsqu'il s'agit de sa cuisine.

une certaine inquiétude : il nous confronte dans les vecteurs fondamentaux de notre société (Jacob 2011). En même temps, l'Étranger est aussi une source de fascination paradoxale, car il serait à la fois attirant et répulsif (Jacob 2011). Notre rapport à l'Autre est ambivalent : nous sommes curieux, avons le goût de l'altérité, mais du même coup, cette différence nous fait peur (Cognet et Montgomery 2007).

Les résultats de ce mémoire dévoilent donc que l'ethnicité des préposés et les différences corporelles qui en découlent jouent un rôle majeur dans le rapport qu'ils ont avec les autres, influençant ici leur expérience au sein de l'équipe. Les participants rencontrés se perçoivent comme des *êtres humains* allant à la rencontre *d'autres êtres humains*, leurs collègues et les résidents. Ils ne se définissent pas eux-mêmes par leur ethnicité ou leur statut d'immigrant, mais l'ethnicité les définit cependant au regard des autres, à leur grand détriment. L'expérience qu'ils ont au sein de l'équipe de travail est teintée d'amertume et d'incompréhension : ils ne comprennent pas ce qui mène leurs collègues à les ignorer en leur refusant, même si cela se produit parfois de manière subtile, l'accès à la collectivité, à l'équipe et à l'organisation. Leur ethnicité devient une « marque à porter », dont ils ne peuvent se départir. Je tiens à souligner qu'il pourrait être intéressant pour un futur projet d'approfondir cette réflexion en interrogeant également les préposés *natifs* du Québec afin de connaître le discours qu'ils portent sur leurs collègues immigrants. Dans un même ordre d'idées, il pourrait être pertinent d'interroger aussi les gestionnaires des centres d'hébergement afin de décrire leur vision de la différence culturelle au travail et de quelle manière l'organisation gériatrique prend en charge les conflits dits « culturels ».

7.3. L'expérience de la relation de soin : le rejet attendu

La « différence corporelle » des préposés affecte également la relation de soin avec les résidents, mais sous une autre forme qu'avec les collègues de travail. Le rejet de soin chez les résidents n'est pas un événement surprenant pour les préposés immigrants. Le contact *peau à peau* étant le fondement de la relation de soin comme le souligne Andrieux (2011), les préposés saisissent pourquoi la différence corporelle peut affecter l'échange de soin chez les résidents. L'impact de la différence corporelle surprend toutefois plus les préposés lorsqu'il est question de la relation avec leurs collègues : « pourquoi mon corps entre-il dans

l'équation alors qu'aucun échange physique n'est requis comme lors des soins avec les résidents ? » Le rejet des collègues est donc plus difficile à vivre comparativement à celui des résidents qui est justifié majoritairement par le manque de connaissance de l'*Autre* ou par la maladie cognitive des résidents; des justifications également soulignées au sein de la littérature (Cognet et Raigneau 2002; Cognet 2004b; Walsh 2009; Walsh et Shutes 2012).

7.3.1. Refus du résident et manque de temps : ce qui brise la relation

Pour les participants, l'expérience du refus de soin n'est pas une situation difficile à vivre en soi. C'est plutôt de devoir être obligé de donner les soins malgré le refus du résident qui s'avère très ardu émotionnellement. De telles situations se produisent lorsqu'aucun autre préposé n'est pas disponible pour « échanger » de résident. Dans un tel contexte, le préposé immigrant se doit d'effectuer les soins malgré la résistance verbale ou physique du résident. La « maîtrise forcée » du corps du résident est une manœuvre qui déplaît aux participants, car cela ne renvoie pas à l'image qu'ils se font de la relation de soin, c'est-à-dire une relation basée sur le respect et la dignité (Andrieux 2011). Par ailleurs, il est à noter que le refus de soin n'est pas toujours lié à l'origine ethnique du préposé : parfois les résidents, aux corps fragilisés, sont très difficiles à manipuler. Cela complexifie les gestes à poser. De même, certains résidents tombent dans la violence, ayant perdu une bonne partie de leurs facultés cognitives. Ces situations déplaisent tout autant les préposés, qui se voient encore ici forcés de « maîtriser le corps » des résidents pour leurs donner les soins. Ce refus provoque ainsi des gestes inappropriés qui vont au-delà de l'image que le préposé se fait du soin. Le refus empêche toute reconnaissance mutuelle (Andrieux 2011), une condition préalable à la mise en place d'une bonne relation de soin, ce qui affecte le fondement même de la relation que les préposés immigrants tentent de créer.

La création d'une bonne relation de soin dépend cependant d'autres éléments, liés au contexte de travail : le manque de temps et de personnel. Comme le présentent plusieurs études, l'ethnicité n'est pas le seul élément influençant négativement la relation avec le résident (Walsh 2009; Walsh et O'Shea 2010; Walsh et Shutes 2012). Tous les participants l'ont évoqué : dans leur travail, comme les autres membres de l'équipe, ils font face à une augmentation de la charge de travail et une diminution du personnel soignant, ce qui leur

accorde peu de temps pour créer une relation avec des résidents craintifs (Walsh 2009; Walsh et O'Shea 2010; Walsh et Shutes 2012). Le manque de personnel contribue d'ailleurs à l'obligation de forcer les soins, en empêchant les préposés d'échanger avec un résident lorsque celui-ci refuse d'être touché.

7.3.1.1. Qu'est-ce qu'une bonne relation de soin ?

Si plusieurs difficultés ont été évoquées dans la création de la relation de soin, les préposés ont tous aussi connu de bonnes relations. En quoi constitue pour eux une bonne relation de soin ? Pour les participants, la relation de soin se caractérise comme une chorégraphie où ils ont dû, au fil du temps, mémoriser une série de mouvements leur permettant d'effectuer les soins dans un temps prescrit. Tel que le présente Andrieux (2011), la mise en scène du soin peut se définir comme un déroulement cérémoniel où une forme attendue d'actions et de gestes ont été prescrite de manière commune dans un espace et un temps alloué. Une bonne relation de soin est la maîtrise de cette cérémonie d'échange : l'ordre des gestes est important afin de conserver l'encadrement désiré et de préserver l'interaction soutenue avec le résident (Andrieux 2011). La relation de soin s'entretient à deux : le préposé porte les gestes de soin et le résident, quant à lui, suit les actions en dirigeant le préposé selon ses préférences et ses habitudes. Pour les participants, la relation de soin se vit différemment d'un résident à l'autre. Elle n'est pas uniforme, elle se module en fonction de chaque résident selon son humeur, sa personnalité et ses habitudes. Même si la ritualisation des soins, les gestes posés pour effectuer le soin, demeure identique pour chaque résident, la mise en scène du préposé se renouvelle à chaque jour, à chaque soin, pour chaque résident. La relation de soin se constitue par des gestes singuliers spécifiques à chaque résident. Elle se tisse donc à travers des moments quotidiens de soin où le préposé et le résident échangent un regard, quand le préposé l'aide en lui mettant ses boucles d'oreilles préférées, ou bien quand tous deux échangent une blague et se mettent à rigoler.

7.4. Schéma synthèse

Figure 3 – Résumé des résultats de recherche

Processus de l'expérience de travail chez les participants

La probation :

- Étape charnière où le vécu prend forme

Expérience négative :

- Prise de conscience de la charge de travail et de la difficulté à utiliser le savoir relationnel
- Faible collectif : manque d'entraide, la peur de poser des questions, les difficultés de communication les mettent à l'écart

Malgré sa réussite, les obstacles se poursuivent

L'après probation :

L'expérience de l'équipe de travail :

- Exclus de l'équipe : absence de dialogue et les autres ignorent leurs questions et commentaires
- Prise de parole difficile : l'accent et sa tonalité stigmatisent leurs propos
- Paroles blessantes sur leur physique et leur *manière d'être*

Les préposés ne se définissent pas par leur ethnicité, mais c'est par le regard des autres que l'ethnicité se met en scène

L'expérience de soin :

- Le rejet de soin est attendu : conditions cognitives des résidents et leur manque de connaissance à l'Autre.
- Devoir donner des soins malgré le refus du résident : une situation très difficile émotionnellement
- Plusieurs contraintes à la relation de soin : paradoxe lié à l'approche milieu de vie, le manque de temps et le manque de personnel

L'ethnicité est mentionnée comme un facteur qui peut freiner la relation de soin, mais elle ne constitue pas l'élément principal discuté par les participants.

La figure #3 résume les éléments présentés dans ce chapitre. À la lumière de ces résultats, je constate que l'expérience au travail des préposés aux bénéficiaires immigrants se vit plutôt difficilement. Si l'expérience se caractérise par les pratiques et les interactions (Dubet 1994), la difficulté à mettre en scène les pratiques de soins et les relations tendues avec les collègues et certains résidents font de l'expérience des préposés immigrants une expérience plutôt négative. Malgré l'existence de certaines équipes de travail où les préposés immigrants (seulement deux témoignages) se sentent bien, les résultats de ce mémoire tendent à démontrer que la majorité d'entre elles excluent, de manière consciente ou inconsciente, les préposés immigrants. L'ethnicité occupe une place importante dans l'interaction des préposés avec leurs collègues, qui les définissent en fonction de celle-ci. Elle n'occupe toutefois pas la même place dans la relation entre les préposés et les résidents, comme elle n'y est pas le principal facteur provoquant une mauvaise relation de soin. Cela explique l'existence de bonnes relations de soin dans le quotidien de chacun des préposés, qui arrivent toujours à développer un lien particulier avec certains résidents.

Enfin, il est important de noter certaines limites aux résultats présentés par ce mémoire : n'ayant pas rencontré un grand nombre de préposés immigrants (14), le portrait de l'expérience au travail et des exemples qui en découlent est limité. Il pourrait donc être intéressant dans un projet futur de rencontrer un plus grand nombre de préposés, immigrants ou non. Cela permettrait de dresser un portrait plus juste des expériences de chacun.

BIBLIOGRAPHIE

- Alaoui M.H., 2006, « Carrière brisée », « carrière de l'immigrant »: le cas des Algériens installés à Montréal », *Les Cahiers du Gres*, 6, 1 : 111-122.
- Alexis O. et V. Vydelingum, 2004, « The lived experience of overseas black and minority ethnic nurses in the NHS in the south of England », *Diversity in Health and Social Care*, 1: 13-20.
- Alexis O., V. Vydelingum et I. Robbins, 2007, « Engaging with a new reality : experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS », *Journal of Clinical Nursing*, 16: 2221-2228.
- Allaire É., É. Gagnon et N. Jauvin, 2015, « Symposium sur le métier des auxiliaires de santé et de services sociaux et des préposés aux bénéficiaires. Synthèse des présentations et des discussions », CSSS de la Vieille-Capitale, Québec.
- Allaire É., N. Jauvin et A. Duchesne, 2015, « Démarche de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant chez les préposés aux bénéficiaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale- Bilan des rencontres exploratoires », Québec, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Andrieux L., 2011, *Philosophie de la relation de soin. Entre don et reconnaissance mutuelle* Allemagne: Éditions universitaires européennes.
- Apollon W., 1993, « Fascination et fuite dans la rencontre de l'Autre », *Santé mentale au Québec*, 18, 1 : 9-22.
- Arborio A.-M., 1995, « Quand le “sale boulot” fait le métier: les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. », *Sciences sociales et santé*, 13, 3 : 93-126.
- Arborio A.-M., 1996, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 22, 1 : 87-106.
- Arborio A.-M., 2007, « L'observation directe en sociologie: quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, 90, 3 : 26-34.
- Arborio A.-M., 2012, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. 2e édition Paris: Anthropos.
- Arborio A.-M., Y. Cohen, P. Fournier, N. Hatzfeld, C. Lomba et S. Muller, 2008, *Observer*

le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées Paris: La Découverte.

Arborio A.-M. et P. Fournier, 1999, *L'enquête et ses méthodes: l'observation directe*. Édité par Nathan Parie.

Aubry F., 2007, « La compétence professionnelle des aides-soignantes dans les Établissements Hébergeant des Personnes âgées Dépendantes (EHPAD): le rôle majeur du jugement familial », *Interrogations*, Décembre, # 6.

Aubry F., 2010, « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS*.

Aubry F., 2011, « La transmission des compétences professionnelles des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques en France et au Québec », Thèse de doctorat, Université de Franche-Comté et Université de Sherbrooke.

Aubry F., 2012, « L'habilitation des nouveaux préposés aux bénéficiaires par le groupe de pairs dans les organisations gériatriques de type CHSLD au Québec », *Phronesis*, 1, 2 : 5-14.

Aubry F. et Y. Couturier, 2014a, *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes: entre domination et autonomie*. Presses de Québec: Presse de l'Université du Québec.

Aubry F. et Y. Couturier, 2014b, « Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique », *Travailler*, 31, 1 : 169-192.

Aubry F., Y. Couturier et F. Gilbert, 2014, « L'application de l'approche Milieu de vie en établissement d'hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires », Dans *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes: entre domination et autonomie*, 105-121, Presse de l'Université du Québec.

Bertossi C. et D. Prud'Homme, 2011, « Identités professionnelles, ethnicité et racisme à l'hôpital : l'exemple de services de gériatrie », *Gérontologie et société*, 139, 4 : 49-66.

Blain M.-J., J. Carlos et S. Sylvie, 2012, « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec: un enjeu d'envergure en santé mondiale », *Anthropologie et santé*, 5: 2-16.

Borzeix A., J. Charles et B. Zimmermann, 2015, « Réinventer le travail par la participation. Actualité nouvelle d'un vieux débat », *Sociologie du Travail*, 57, 1 : 1-19.

Bourgeault I.L., J. Atanackovic, A. Rashid et R. Parpia, 2010, « Relations between immigrant

- care workers and older persons in home and long-term care. », *Canadian journal on aging* = *La revue canadienne du vieillissement*, 29, 1 : 109-18.
- Calliste A., 1993, « Women of ' Exceptional Merit ' : Immigration of Caribbean Nurses to », *CJWL/RFD*, 6: 85-102.
- Calliste A., 1996, « Antiracism Organizing and Resistance in Nursing : African Canadian Women », *CRSA/RCSA*,. Vol. 33.
- Cardu H. et M. Sanschagrin, 2002, « Les femmes et la migration : les représentations identitaires et les stratégies devant les obstacles à l'insertion socioprofessionnelle à Québec », *Recherches féministes*, 15, 2 : 87-122.
- Castonguay M., 2009, « Insertion socioprofessionnelle des aides familiales résidentes », Québec: Immigration et communautés culturelles.
- Charles D., 2011, « L'expérience de l'intégration professionnelle d'infirmières immigrantes de minorités visibles », Mémoire de maîtrise, Université Laval.
- Cognet M., 2000, « Territoires du travail et enjeu identitaire chez les auxiliaires familiaux des Centres locaux de services communautaires (CLSC) », *Les Cahiers du Gres*, 1, 1 : 2.
- Cognet M., 2001, « Quand l'ethnicité colore les relations dans l'hôpital », *Hors-Dossier*, 1233, Septembre-Octobre : 101-107.
- Cognet M., 2004a, « L'accès à l'emploi dans les services de santé: l'effet de la dimension ethnique. Étude du groupe des auxiliaires familiaux et préposés aux bénéficiaires à Montréal », Dans *Racisme et discrimination : permanence et résurgence d'un phénomène inavouable*, 60-86, PUL.
- Cognet M., 2004b, « Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste », *Face à Face: regards sur la santé*, 6 :1-15.
- Cognet M., 2010, « Soins infirmiers en milieu pluriethnique: points de vue et pratiques dans les établissements publics et privés face la discrimination et au racisme », Dans *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*, édité par Lyne Dubé, Saint-Mart 253-275, Québec : Alex Battaglini.
- Cognet M., 2013, « Le conflit: un élément dynamique des situations cliniques interethniques », *Anthropologie et Sociétés*, 37, 3 : 201-214.
- Cognet M. et C. Montgomery, 2007, *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le*

champ de la santé et des services sociaux. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Cognet M. et L. Raigneau, 2002, « Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes en santé », *Les Cahiers du Gres*, 3, 1 : 25-38.

Coté D., 2014, « La réadaptation au travail des personnes issues de l'immigration et des minorités ethnoculturelles: défis, perspectives et pistes de recherche », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, [En ligne].

Côté-giguère C., 2015, « Parcours et voix de femmes : Intégration et réseaux sociaux chez des immigrantes récentes à Québec », Mémoire de maîtrise, Université Laval.

Delomel M.-A., 2004, *La toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*. Paris : Édition Seli Arslan.

Dubet F., 1994, *Sociologie de l'expérience*. Paris: Éditions du Seuil.

Dubet F., 2006, *Injustices. L'expérience des inégalités au travail*. Paris: Éditions du Seuil.

Dubet F., F. Lebon et C. de Linares, 2008, « Sociologue de l'expérience sociale », *Agora débats/jeunesses*, 49, 3 : 4-13.

England K. et I. Dyck, 2012, « Migrant Workers in Home Care: Routes, Responsibilities, and Respect », *Annals of the Association of American Geographers*, 102, 5 : 1076-1083.

Fortin S. et M. Knotova, 2013, « Îles, continents et hétérotopies: les multiples trajectoires et l'ethnographie hospitalière », *Anthropologie et Sociétés*, 37, 3 : 9-24.

François F., S. Broekaert et M.-C. Berthomier, 2010, « Le secteur hospitalier se transforme : incidences sur l'individu et le collectif de travail », *Connexions*, 94, 2 : 135-148.

Giroux I., 2011, « Les parcours d'insertion professionnelle des femmes immigrantes qualifiées à Québec: leurs perceptions de leur réalité. Étude exploratoire et descriptive », Mémoire de maîtrise, Université Laval.

Hagey R., U. Choudhry, S. Guruge, J. Turritin, E. Collins et R. Lee, 2001, « Immigrant Nurses ' Experience of Racism », *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 4 : 389-394.

Hussein S., J. Manthorpe et M. Ismail, 2014, « Ethnicity at work: the case of British minority workers in the long-term care sector », *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 33, 2 : 177-192.

- Jacob A., 2011, « La diversité ethnoculturelle : entre la peur et la fascination », *Nouvelles pratiques sociales*, 23, 2 : 209-231.
- Jeon Y.-H. et L. Chenoweth, 2007, « Working with a culturally and linguistically diverse (CALD) group of nurses. », *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 14, 1 : 16-22.
- Jönson H. et A. Giertz, 2013, « Migrant Care Workers in Swedish Elderly and Disability Care: Are They Disadvantaged? », *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39, 5 : 809-825.
- Lamura G., 2008, « Les travailleurs immigrés dans le secteur de l'aide aux personnes âgées: l'exemple de l'Italie », *Retraite et société*, 55, 3 : 71-97.
- Lawler J., 2002, *La face cachée des soins. Soins au corps, intimité et pratique soignante*. Paris: Édition française Marie-Françoise Collière.
- Le Breton. David, 1985, *Corps et sociétés. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*. Paris: Librairie des Méridiens.
- Le Breton. David, 2006, *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*. Paris: Éditions Métailié.
- Le Breton. David, 2008, « De la laideur de l'Autre: imaginaire sensoriel des races », Dans *Coloris Corpus*, 41-52, Paris: CNRS Éditions.
- Lhuillier D., 2005, « Le "sale boulot" », *Travailler*, 14, 2 : 73-98.
- Likupe G., 2006, « Experiences of African nurses in the UK National Health Service : a literature review », *Journal of Clinical Nursing*, 15 :1213-1220.
- Marché Paillé A., 2011, « Émotions et travail d'assistance aux soins personnels en gérontologie. Se garder du dégoût, mais pas trop », Thèse de doctorat, Université Laval.
- McDonald M.E. et F. Carnevale, 2010, « De l'ethnographie pour aborder la culture en sciences infirmières: entre révision critique et proposition », Dans *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants*, 271-286, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Meintel D., M. Cagnet et A. Lenoir-Achdjian, 1999, « Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux », Montréal: Centre de recherche et de formation: CLSC Côte-des-Neiges.

- Omeri A. et K. Atkins, 2002, « Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning », *International journal of nursing studies*, 39, 2002 : 495-505.
- Paillé P., 1994, « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, 23:147-181.
- Paillé P., 2008, « La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires », *Recherches qualitatives*, 27, 2 : 133-151.
- Personne M., 1994, *Le corps du malade âgé. Pathologies de la vieillesse et relation de soins*. Toulouse: Édition Privat.
- Poupart J., L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires, 1997, *La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec*. Québec: Gaetan Morin Éditeur.
- Ribau C., J.-C. Lasry, L. Bouchard, G. Moutel, C. Hervé et J.-P. Marc-Vergnes, 2005, « La phénoménologie: une approche scientifique des expériences vécues », *Recherche en soins infirmiers*, 81, 2 : 21-27.
- Ryosho N., 2011, « Experiences of Racism by Female Minority and Immigrant Nursing Assistants », *Affilia*, 26, 1 : 59-71.
- Saillant F., 1999, « Chercher l'invisible : épistémologie et méthode de l'étude de soins », *Recherches qualitatives*, 20:125-158.
- Saillant F., 2000, « Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au coeur des pratiques soignantes. », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1 : 155-171.
- Saillant F. et É. Gagnon, 1999, « Présentation. Vers une anthropologie des soins? », *Anthropologie et Sociétés*, 23, 2 : 5.
- Sainsaulieu I., 2006, « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du Travail*, 48, 1 : 72-87.
- Schepens F., 2015, « Participer pour rendre le travail possible. Les « staffs » en unités de soins palliatifs », *Sociologie du Travail*, 57, 1 : 39-60.
- Stevens M., S. Hussein et J. Manthorpe, 2011, « Experiences of racism and discrimination among migrant care workers in England: Findings from a mixed-methods research

project », *Ethnic and Racial Studies*, September 2013 : 1-22.

Vendramin P., 2004, *Le travail au singulier. Le lien social à l'épreuve de l'individualisation*. Belgique: L'Harmattan.

Walsh K., 2009, « The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: Context and Experiences in Ireland », Irlande: Irish Centre for Social Gerontology.

Walsh K. et E. O'Shea, 2010, « Marginalised Care: Migrant Workers Caring for Older People in Ireland », *Journal of Population Ageing*, 3, 1-2 : 17-37.

Walsh K. et I. Shutes, 2012, « Care relationships, quality of care and migrant workers caring for older people », *Ageing and Society*, 33, 03 : 393-420.

Xu Y., 2007, « Strangers in Strange Lands: A Metasynthesis of Lived Experiences of Immigrant Asian Nurses Working in Western Countries », *Advances in Nursing Science*, 30, 3 : 246-265.

Yu P., 2014, « Immigrant Home Health Workers Experiences : A Qualitative Description Study », Thèse de doctorat, Boston College.

ANNEXE 1 : AFFICHE DE RECRUTEMENT

L'expérience de travail des préposés(es) aux bénéficiaires immigrants des centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale

Vous êtes **préposé(e) aux bénéficiaires depuis minimum 6 mois** ?

Vous avez **immigré au Canada** ?

Vous aimeriez parler, de façon confidentielle, de **vos expérience personnelle d'intégration au travail** ?

Je m'appelle Émilie Allaire et je suis présentement à la recherche de **préposés aux bénéficiaires ayant immigré au Canada** qui seraient volontaires pour participer, en dehors de leur temps de travail, à un entretien individuel d'une durée approximative de 90 minutes.

Une compensation financière de **25\$** vous sera remise au début de l'entretien.



Vous êtes intéressé(e) à participer à une telle rencontre ?

Vous pouvez me contacter :

- **Par courriel** à l'adresse suivante : emilie.allaire@csssvc.qc.ca
- **Par téléphone**, au 418 681-8787 #3853

Émilie Allaire, étudiante à la maîtrise en anthropologie à l'Université Laval.

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'expérience de travail des préposés aux bénéficiaires immigrants des centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale

Informations sur le projet

Ce projet de mémoire s'effectue dans le cadre de mon projet de mémoire, Émilie Allaire, étudiante à la maîtrise en anthropologie à l'Université Laval, sous les directions de Raymond Massé et Nathalie Jauvin.

L'objectif principal de mon projet est de mieux comprendre l'intégration des préposés aux bénéficiaires ayant immigrés au Canada en dégagant les obstacles et les facilitateurs à l'intégration. Pour répondre à cet objectif, je m'intéresse à **1)** votre parcours migratoire et professionnel **2)** votre arrivée en tant que PAB au centre d'hébergement **3)** l'organisation et les tâches de votre travail **4)** le travail auprès des résidents.

Une compensation financière de 25\$ pour votre participation vous sera remise après la lecture de ce formulaire de consentement. Dans le cas où vous désirez vous retirer de l'entretien, vous conserverai le montant.

Votre participation

Votre participation se limite à la présente rencontre.

La rencontre est d'une durée approximative de quatre-vingt-dix minutes (90 minutes). Pour faciliter les échanges, je demande votre autorisation pour enregistrer à l'audio la discussion. Cet enregistrement sera détruit dès que l'entretien sera retranscrit par moi-même.

Vous êtes libre d'accepter ou non que je procède à l'enregistrement.

J'accepte que la discussion soit enregistrée : **oui** **non**

Initiales :

Lors de l'entretien, vous pouvez vous abstenir de répondre à certaines questions. Vous pouvez également vous retirer à tout moment, sans avoir à fournir de raison ou subir de préjudice.

Initiales :

Mesures prises pour assurer la confidentialité

L'ensemble des informations recueillies lors de l'entretien sont confidentielles. Aucune personne en dehors du projet, c'est-à-dire moi-même, n'aura accès aux informations recueillies. Le contenu enregistré ou non des entretiens, ainsi que les formulaires de consentement signés seront conservés sous clé dans mon bureau. Les retranscriptions de l'entretien seront conservées dans mon ordinateur privé où un mot de passe est nécessaire pour l'ouvrir. De plus, votre nom sera changé pour un numéro. Bref, des mesures de sécurité seront appliquées afin d'assurer la confidentialité.

Pour toutes questions concernant le projet, vous pouvez me contacter en tout temps au 418-681-8787 #3853 ou par courriel au emilie.allaire@csssvc.qc.ca.

En cas de plainte, vous pouvez contacter Monsieur Sylvain Tremblay, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services par interim, au [418 681-0088](tel:418-681-0088) ou [1 877 767-2227](tel:1-877-767-2227), courriel : plaintes03@caap-capitalenationale.org

J'ai pris connaissance de ce formulaire. J'accepte de participer à cette rencontre exploratoire aux conditions ci-dessus. Ma participation est libre et volontaire et je peux me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) _____ accepte librement de participer à la rencontre. (Nom en lettres moulées)

Lu et signé le : _____

(Date)

(Signature)

Signature de l'étudiante : _____

ANNEXE 3 : SCHÉMA D'ENTRETIEN

Informations sociodémographiques

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre pays d'origine ?
- Depuis combien de temps êtes-vous au Québec ?

Parcours professionnel

1. Pouvez-vous me parler de votre cheminement professionnel ?
 - Quelles sont vos formations ? (Diplômes dans le domaine ou autres)
 - Avez-vous travaillé dans un autre domaine que le secteur de la santé ?
 - Quelles sont vos expériences de travail au Québec ou ailleurs ?
2. Depuis combien de temps travaillez-vous au CSSS comme PAB ?
3. Comment avez-vous trouvé cet emploi ?
4. Pourquoi avez-vous choisi le métier de PAB ?

L'expérience de travail

L'arrivée en centre d'hébergement comme PAB

5. Vous souvenez-vous de votre première semaine de travail au CSSS ? Comment s'est déroulé cette semaine et les jours qui ont suivi ?
 - Comment s'est déroulé l'accueil ? Pouvez-vous me décrire du mieux que vous le pouvez ?
 - Comment s'est déroulé le premier contact avec les collègues ?
 - Est-ce que vous trouvez que le CSSS vous a bien accueilli ?
 - Qu'est-ce qui a été le plus difficile lorsque vous avez commencé à travailler au CSSS ?

L'organisation du travail

6. Pouvez-vous me décrire une journée typique de travail ?
 - Quelles sont les tâches d'un PAB ?
7. Jusqu'à maintenant, comment me décririez-vous l'ambiance dans les équipes ?
 - Comment se déroule le travail avec les infirmières et les auxiliaires ?
 - Comment se déroule le travail avec les autres PAB ?
 - Existe-t-il des tensions ou des conflits dans l'équipe ? Si oui, pouvez-vous me donner un exemple. Si non, qu'est-ce qui fait que ça va bien dans l'équipe ?
8. Est-ce que vous vous sentez intégré à votre équipe de travail ?

La relation de soin

9. Si vous deviez parler des résidents auprès de qui vous travaillez, comment en parleriez-vous ?

10. Comment se déroule les soins ? Pouvez-vous m'expliquer.
11. Quels sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous donnez les soins aux résidents ?
12. Comment surmontez-vous ces difficultés ?
13. Qu'est-ce qui vous motive au travail malgré ces difficultés ?
14. Pensez-vous que celles-ci sont vécues par tous vos collègues ?
15. Arrivez-vous à offrir tous les soins comme vous le souhaiteriez ?
 - Qu'est-ce que ce serait selon vous un soin parfait ?
16. (S'ils n'y arrivent pas) Qu'est-ce qui vous empêche de donner les soins comme vous le voudriez ?
17. Sentez-vous avoir réussi à accomplir ce que vous deviez accomplir à la fin d'une journée de travail ?
18. Comment vivez-vous avec ce travail inaccompli ?
19. Pensez-vous continuer dans ce travail ?