Esther Cloutier, Hélène David, Catherine Teiger

(2003)

“Auxiliaires familiales et sociales expérimentées et patientes âgées : des stratégies d'entraide”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie retraité du Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES](#).

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Esther Cloutier, Hélène David, Catherine Teiger

“Auxiliaires familiales et sociales expérimentées et patientes âgées : des stratégies d'entraide.”

Un article publié dans la revue *Vie et vieillissement*, 2(1-2), avril 2003, pp. 59-66.

Mme David, sociologue, chercheure retraitée, nous a accordé le 8 juin 2004 son autorisation de diffuser électroniquement toutes ses oeuvres.

Courriel : helene.david@videotron.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5” x 11”.

Édition numérique réalisée le 5 septembre 2012 à Chicoutimi,
Ville de Saguenay, Québec.

Esther Cloutier, Hélène David, Catherine Teiger

“Auxiliaires familiales et sociales expérimentées
et patientes âgées : des stratégies d'entraide.”

Un article publié dans la revue *Vie et vieillissement*, 2(1-2), avril 2003, pp. 59-66.

Esther Cloutier

IRSST, Montréal, Canada

Courriel: cloutier.esther@irrst.ac.ca

Hélène David

Département de sociologie, Université de Montréal,

GRASP, Montréal, Canada

Courriel: helene.david@videotron.ca

Catherine Teiger

CNRS, Laboratoire d'Ergonomie

Courriel: teiger@cnam.fr

[59]

Esther Cloutier *, Hélène David **, Catherine Teiger ***

“Auxiliaires familiales et sociales expérimentées et patientes âgées : des stratégies d'entraide”.¹

Un article publié dans la revue *Vie et vieillissement*, 2(1-2), avril 2003, pp. 59-66.

Introduction

On assiste présentement au Québec à une réorganisation importante des soins de santé dans un contexte de compressions majeures des dépenses de l'État. Cette réorganisation, appelée le virage ambulatoire, prend entre autres la forme d'un transfert d'une importante partie des soins de santé des hôpitaux vers les domiciles, ce qui implique une modification profonde des pratiques puisque l'ensemble de l'infrastructure nécessaire (équipement, matériel, personnel, information, etc.), qui était auparavant concentré dans un même établissement physique, l'hôpital, est maintenant dispersée entre différents lieux. Outre ces changements au niveau des pratiques, on constate non seulement un vieillissement des patients, mais aussi une augmentation importante de la diversité et de la gravité des incapacités et des pathologies rencontrées ainsi que du nombre de patients à visiter à domicile. Les cas post-opératoires sont aussi en hausse et l'on assiste à l'introduction de plusieurs nouvelles technologies médicales qui doivent être appri-

* IRSST, Montréal, Canada ; mail : cloutier.esther@irrst.ac.ca

** GRASP, Montréal, Canada ; mail : helene.david@videotron.ca

*** CNRS, Laboratoire d'Ergonomie ; mail : teiger@cnam.fr

¹ Texte adapté d'une communication présentée au Séminaire annuel du Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail (CRÉAPT), Paris, mai 2002.

voisées rapidement. Les ressources humaines pour répondre à cette demande n'ont pas augmenté significativement, et ces changements s'opèrent dans un contexte où la main-d'œuvre, majoritairement : féminine, est vieillissante.

L'ensemble de ces changements aura des répercussions sur l'organisation et l'activité de travail. Il est donc pertinent, en termes de prévention, de connaître les contraintes de travail associées à ces emplois de même que celles qui posent problème avec l'avance en âge, afin d'en minimiser l'impact et de permettre aux individus et aux équipes de travail de mettre en oeuvre les stratégies compensatoires qu'ils ont développées avec l'expérience. Les emplois de soins dans le secteur de la santé et des services sociaux sont, en effet, à risque pour la santé et la sécurité, autant et même davantage chez le personnel jeune que chez le personnel âgé (Cloutier, Duguay, 1996). L'organisation du travail doit fournir une marge de manoeuvre aux individus leur permettant d'utiliser ces stratégies (Laville, 1989 ; Salthouse, 1990 ; Teiger, 1989).

Les emplois de soins dans le secteur de la santé et des services sociaux sont à risque pour la santé et la sécurité, autant et même davantage chez le personnel jeune que chez le personnel âgé.

Une étude exploratoire

Une recherche exploratoire sur les conditions de travail et les problèmes de santé des auxiliaires familiales et sociales (AFS) a eu lieu dans un Centre local de services communautaires (CLSC), un établissement de santé publique de première ligne qui a la responsabilité des programmes de soins à domicile (SAD) d'un territoire délimité. Cette étude avait comme objectifs de :

- documenter l'activité de travail des AFS ;

[60]

- identifier des contraintes organisationnelles et environnementales qui font que le travail à domicile est à risque ;
- étudier les différentes stratégies compensatoires mises en oeuvre par les individus, les collectifs de travail et les organisations pour réduire l'effet des contraintes liées au travail ;
- apporter une attention particulière aux variations de contraintes et de stratégies selon l'âge et l'expérience de la main-d'œuvre.

Cette étude qualitative interdisciplinaire était motivée par la complexité des problèmes impliquant une relation de service centrée sur les soins. En effet, les sources de variations influençant le travail du personnel de soins à domicile sont multiples. Elles proviennent non seulement des travailleuses elles-mêmes (âge, expérience, fatigue, etc.), mais aussi des patients (degrés d'incapacité, types de pathologie, souffrance, famille, etc.), des tâches à accomplir (bain, cuisine, etc.), de l'environnement et des situations de travail (aménagement des lieux, équipements, etc.), de l'organisation du travail, qui est invisible car délocalisée (politiques et procédures formelles du CLSC, formation, horaire, équipe, soutien affectif, etc.) ainsi que du contexte plus macroscopique du travail (allocation des budgets et des ressources entre établissements, type de clientèle, etc.). De plus, le travail de soins s'accomplit à domicile, ce qui entraîne une confusion avec des tâches qui relèvent habituellement de la sphère domestique.

C'est par une combinaison d'approches disciplinaires différentes que les conditions de travail et d'emplois des AFS ont été explorées. L'activité réelle de travail, mise à jour par l'analyse ergonomique, a été intégrée aux résultats révélés par l'analyse sociologique qui met en relief les éléments structurant les relations intra et interétablissements, intra et interprofessions, ainsi qu'entre les sexes. Des sources de données complémentaires de trois types ont été utilisées. La première vise

a alimenter les connaissances théoriques et statistiques ². La deuxième source de données concerne le volet ergonomique ³. Enfin, le volet organisationnel a été couvert par la cueillette de diverses informations institutionnelles ⁴.

Les observations ergonomiques ont porté sur les tâches nécessaires pour accomplir divers types de soins, les variations de conditions de soins, les communications avec les patients, de même que sur les contraintes associées à ces différentes tâches. Elles ont également englobé le travail de coordination, réalisé au CLSC, avec l'équipe multidisciplinaire et les autres collègues. Le travail de soins d'hygiène à domicile (bain au bain, bain au lit, habillage et déshabillage au lit, etc.) comporte une charge physique qui découle principalement d'efforts et de contraintes posturales diverses (Cloutier, Dubucs, 1994 ; Rocher, 1990 ; Torgen, 1995). Les postures critiques ont donc fait l'objet d'une attention particulière à cause de leur potentiel de risque ⁵. Les dimensions relationnelles et affectives ont aussi été retenues en consignant les communications durant les soins.

² Par des écrits scientifiques, des collectes de données sur la main-d'oeuvre, les lésions professionnelles et les absences du personnel de soins à domicile au cours des trois années les plus récentes (1993-1996).

³ Deux des chercheuses de l'équipe ont suivi la formation PDSB - soins à domicile de l'ASSTSAS destinée aux AFS ; une entrevue collective de cinq AFS expérimentées ainsi que des observations de l'activité de travail de six AFS (22 visites chez 21 patients) ont été réalisées. Enfin, des informations ont également été collectées lors de séance de restitution des premiers résultats auprès des AFS ayant participé à l'étude.

⁴ Sur l'ensemble des politiques institutionnelles, l'observation de réunions de liaison entre la Régie régionale et l'ensemble des CLSC de la région concernée, des rencontres de gestionnaires et de représentants syndicaux ainsi que l'observation de réunions opérationnelles diverses.

⁵ Flexions du dos de 450° et plus, flexions du dos combinées à des torsions et des inclinaisons latérales, postures accroupies, postures à genoux.

Les douleurs, les accidents et les problèmes de santé des AFS

Le CLSC étudié emploie 17 AFS dont l'âge moyen est 48 ans et l'âge médian, 52 ans. 64% des AFS (11) sont âgées de 45 ans et plus. Sauf deux qui ont moins d'un an d'expérience, toutes les autres (15) en ont plus de dix. Les AFS les plus âgées ont également une grande expérience du travail.

Les AFS ont été victimes de sept accidents du travail compensés en deux ans, ce qui représente la moitié des accidents du travail déclarés par le CLSC ⁶. Cinq de ces accidents sont liés à des efforts suite à la manipulation de personnes, à un étirement ou à un mouvement du corps (se pencher, pousser un fauteuil gériatrique, etc.). Les deux autres comprennent un accident de véhicule et une chute dans l'escalier chez un patient. Si l'on ajoute aux absences pour accident du travail, les absences pour raison de problèmes de santé, qui sont compensées par l'assurance-salaire, on constate qu'une AFS sur deux est absente à chaque année. Toutes les AFS de 45 ans et plus qui ont été rencontrées ont été victimes d'accidents au cours de leur carrière elles ressentent toutes (quel que soit leur âge) en fin de journée, des *douleurs au dos, au cou ou aux épaules*.

[61]

L'importance de l'expérience de métier chez les AFS

Pour réaliser son activité de travail, l'AFS doit développer des compétences diversifiées afin de répondre à des injonctions parfois contradictoires qui proviennent de plusieurs pôles caractérisant son travail : celui de la patiente et de son réseau (empathie, qualité de soin), celui qui la concerne elle même (être fière de son travail, se protéger, durer) et celui du CLSC (productivité, qualité). Pour ce faire,

⁶ Bien que 53% des AFS soient âgées de 50 à 59 ans, elles sont victimes de 6 des 7 accidents.

elle puise dans son expérience de vie, dans son expérience du métier ainsi que dans celle qu'elle a de ses cas. Ces différents niveaux d'expérience s'alimentent mutuellement et sont difficilement dissociables l'un de l'autre.

Afin d'illustrer cette dynamique complexe, deux visites à domicile par deux AFS très expérimentées seront exposées en détail afin de cerner des savoirs relevant de ces divers niveaux d'expérience. A cette fin, les données tirées des observations de ces visites, des entrevues

qui ont été réalisées avec ces AFS de même que des observations d'autres visites à domicile réalisées avec elles seront utilisées.

Ces AFS très expérimentées, sont toutes deux âgées de 55 ans. Lune, Doris, a 17 ans d'expérience dans le métier et l'autre, Irma ⁷, 20 ans. Toutes deux sont restées à la maison lorsque leurs enfants étaient en bas âge. Elles ont débuté dans leur emploi assez tardivement. Quatre ans auparavant Doris s'est absentée du travail pendant deux mois pour une blessure à l'épaule. Elle commence à faire de l'arthrite aux mains et, à la fin de ses journées de travail, elle ressent des douleurs à l'épaule droite. Elle mentionne en entrevue qu'elle avait mal au dos pendant son travail mais que maintenant, elle fait attention à elle en travaillant et fait régulièrement du sport. C'est une personne très dynamique qui a entraîné beaucoup de jeunes AFS, responsabilité qu'elle aime beaucoup. Quant à Irma, elle été victime d'un accident du travail en début d'an, née, qui a entraîné une blessure au cou nécessitant un mois d'absence. Elle ressent d'ailleurs des douleurs au cou en fin de journée de travail. Elle a subi un autre accident du travail en début de carrière. Il y a 20 ans, elle s'est fracturée une cheville ; cette blessure avait alors entraîné 20 jours d'absence. Comme Doris, elle commence à faire de l'arthrite aux mains. Personne très nerveuse, elle travaille vite, elle a beaucoup de connaissances des patients et elle se fait beaucoup de souci pour eux. Elle confie qu'elle voulait prendre sa retraite, mais qu'elle se sentait incapable de quitter ses patients. Cependant, comme elle a des petits-enfants et que sa fille veut recommencer à travailler, elle y pense nouveau.

L'exemple des soins à une patiente souffrante qui collabore activement aux soins

Doris a rendu visite à une patiente âgée de 72 ans, qui vit seule. Elle lui rend visite deux fois par semaine pour lui donner le bain. Elle la connaît depuis plus de neuf mois. La patiente a eu une opération aux deux genoux et elle a une orthèse à une jambe. Elle fait aussi du diabète, elle a des problèmes cardiaques, et elle est souffrante. Avant d'arriver chez cette patiente, Doris dit : la *problématique ici, c'est que*

⁷ Prénoms fictifs.

ça demande beaucoup d'attention, car quand je travaille j'entends ses os craquer, il ne faut pas que j'échappe ses jambes. De plus, la salle de bain étant très exiguë, Doris heurte souvent divers équipements pendant le soin, ce qui ne facilite pas son travail.

[62]

Lors des observations, il s'agissait de sa troisième patiente en avant-midi ; elle y resta 73 minutes. Une relation forte s'est établie entre les deux. L'AFS fait des courses pour la dame et lui apporte quelquefois des petits cadeaux comme un disque. La patiente dit : *C'est très important mes bains. J'aime mieux faire autre chose que je trouve difficile, nuis pas perdre ça.* La visite a commencé par un café que Doris a préparé et servi à la patiente en chaise roulante. Elles ont pris plus de 30 minutes pour échanger et se donner des nouvelles. La dame lui a demandé d'apporter certaines choses à sa prochaine visite ; elle lui a expliqué que son orthèse avait été modifiée mais qu'elle pose encore problème, car elle a été mal coupée. Elle l'a informée de ses progrès en physiothérapie.

Pour réaliser son activité de travail, l'AFS doit développer des compétences diversifiées afin de répondre à des injonctions parfois contradictoires qui proviennent de plusieurs pôles caractérisant son travail : celui de la patiente et de son réseau (empathie, qualité de soin), celui qui la concerne elle-même (être fière de son travail, se protéger, durer) et celui du CLSC (productivité, qualité).

Cette étape de la visite est cruciale à plusieurs égards. En premier lieu, elle sert à faire du dépistage de l'état de santé de la patiente et du soutien à cette personne très seule, ce qui correspond à des dimensions invisibles du métier d'AFS, mais qui sont cependant les tâches que les AFS valorisent le plus. Cette étape de la visite sert également à confirmer et à renforcer une collaboration déjà établie entre l'AFS et la patiente lors des visites antérieures ainsi qu'à préparer l'étape douloureuse du soin à venir. La patiente a affirmé : *J'aime mieux que tu*

prennes le temps de prendre un café que d'avoir plus de soins parce que je sais que tu vas travailler fort et je suis seule.

Ce temps, apparemment improductif du point de vue des gestionnaires, constitue un enjeu crucial du métier des AFS. En entrevue, Doris est revenue sur cette question en expliquant : *On dit qu'il faut respecter le plan d'intervention, en deux mots je ne l'ai pas respecté souvent. Les petits cas qu'ils appellent, les petits cas devraient être une heure, mon oeil, hein, mon petit cas d'une heure, c'est justement la madame qui était en train de mourir mercredi passé. Penses-tu que je suis restée là une heure ? Pantoute, hein. Tu ne veux pas la laisser, ce n'est pas vrai, les petits cas d'une heure ça n'existe pas. C'est pas qu'elle n'est pas longue à faire en temps pour lui donner le bain, mais c'est l'à-côté. Quand tu les ramasses en mille morceaux, qu'ils ont de la peine, qu'il y a eu ceci et qu'il y a eu ça, et leurs enfants. Il faut toujours bien que tu les écoutes, tu ne leur dis pas : Bonjour, je m'en vais. Ils sont en train de pleurer, vas-tu leur dire : je suis pressée. On voit que l'AFS puise dans ses 17 ans d'expérience du métier, qu'elle se sent compétente pour porter un jugement au sujet de certaines règles édictées par le SAD. On peut supposer que ce jugement relève aussi de son expérience de vie et renvoie à ses valeurs et à des questions d'éthique personnelle.*

Au sujet de cette dame, Doris a fait à nouveau référence, en cours d'entrevue, à des enjeux de temps de soins en regard des tâches non prévues au plan de soins. Elle a relaté ce qui s'est passé un matin : *je suis arrivée chez ... ma madame qui a les genoux cassés elle est en chaise roulante, elle n'a pas d'enfant, elle est toute seule et elle a une femme qui passe une fois par semaine pour faire son ménage, son lavage, ses commissions. Elle est vraiment isolée, elle n'a pas d'enfant, pas de mari, rien, pas de frère, pas de sœur, toute seule. Elle a eu une diarrhée en fin de semaine, elle n'est jamais capable de changer son lit, elle est en chaise roulante. Elle m'a dit : Tu sais, j'ai hâte que ma femme de ménage passe parce que j'ai eu la diarrhée, regarde mon lit. J'ai dit : Avez-vous des draps propres ? Elle a dit oui. Je vais vous le changer. Elle a dit : Tu vas faire ça ? Ça va te retarder. J'ai dit Non, j'ai toujours le temps. Vous avez un problème comme ça, vous me le dites. je lui ai tout changé son lit, j'ai tout refait le lit comme elle le voulait Elle ne me demande jamais de changer son lit, c'est toujours sa femme de ménage. Elle me dit : Je ne veux pas que tu y tou-*

ches et ce matin, parce que je suis allée dans la chambre pour son linge et je l'ai vu, je ne pouvais pas faire autrement. je lui ai tout changé. Elle était toute contente, ça lui valait un million. C'est un petit détail, mais il faut toujours bien que tu le fasses. ... tu sais, le lit c'est un dix minutes encore là, mais il [63] faut que je le prenne ce dix minutes-là. Ces dix minutes, elle les donne à ses patientes car pour elle, ce temps caractérise le cœur même de son métier, s'occuper d'une personne. Cette préoccupation est d'ailleurs partagée par l'ensemble des AFS présentes à l'entrevue de groupe. C'est une valeur collective du métier.

Le soin au bain, qui a duré 31 minutes, était très concentré. Doris a mentionné après coup que ce soin est particulièrement exigeant pour le dos et les jambes. Elle travaille très souvent à genoux pour se protéger le dos, dit-elle. Cette stratégie de préservation de sa santé relève probablement de l'expérience de vie et du métier. Pendant cette période de soin très exigeante physiquement pour les postures, les interactions verbales relationnelles entre la soignante et la patiente ont diminué ; cela contrastait avec la première partie de la visite pendant laquelle elles étaient très fréquentes. La patiente a souvent laissé échapper des plaintes (lorsque qu'elles ont enlevé l'orthèse ensemble, à l'entrée et à la sortie du bain, lorsque l'AFS a lavé la jambe ou l'a levée pour laver d'autres parties du corps). 12AFS est demeurée silencieuse bien que visiblement soucieuse de minimiser cette souffrance. Elle a donné l'impression de monopoliser toute son énergie pour arriver à faire le soin de façon à ce qu'il soit le plus court et le plus « efficace » possible. À cette étape, elle s'est servie de toute l'expérience du métier qu'elle a accumulé au cours des années.

La collaboration physique et affective de la patiente aux soins est très active. Les deux ont expliqué qu'elles ont pris le temps, depuis la première visite de Doris, environ un an auparavant, de trouver ensemble la meilleure manière d'accomplir les soins requis, qui sont longs et douloureux, de façon à ce qu'ils soient le moins douloureux possible pour la patiente et le moins exigeants physiquement pour Doris. Petit à petit, la connaissance que Doris a développée de sa patiente et de son environnement les ont conduites à une co-construction temporelle de l'interaction qui rend Doris très fière puisqu'elle a transmis la méthode de soins ainsi développée à la jeune AFS qui l'a remplacée pendant ses vacances. Quand j'ai su qui aurait mes deux semaines de va-

cances, j'ai dit : Viens avec moi, je vais tout t'expliquer mes patients. je les ai tous pris l'un après l'autre [...] et j'ai dit : Tu sais, quand je t'explique ça, comme nia madame *qui* a les os tout cassés, je lui montrais comment la bouger, en tous les cas, je lui ai dit : assied-toi, je vais même te faire le geste. J'ai dit : tu dois penser que je suis folle des bouts, niais c'est pour t'aider, mais j'ai dit je ne veux pas que tu paniques, ne vois pas ça comme catastrophique, vas-y tranquillement et tu vas voir, tu vas oublier la moitié de ce que je te dis, mais en le faisant, ça va tout te revenir. Ça fait *qu'elle* m'a dit, quand je suis revenue de vacances : Si tu retournes en vacances, n'importe quel temps je suis prête à te remplacer. Tes patients sont assez fins. Mais je lui avais tout donné. Moi j'ai trouvé ça le fun qu'elle me dise que ça avait bien été et les patients m'ont tous dit : Tu sais la madame *qui* t'a remplacée, *elle* a fait exactement comme *toi*, *elle est bien fine et on l'a bien aimée*. J'ai dit : Bon, parlez-moi de ça !. Moi j'aime bien mieux *qu'ils* me disent ça *qu'ils* me disent : Bien, tu sais la fille *qui* t'a remplacée, non. Ça fait *que* moi, en donnant toute l'information, je trouve que c'est le fun parce que moi, quand je suis rentrée, j'aurais aimé ça qu'on me la donne. Cette co-construction relève évidemment de l'expérience du cas mais, sans doute, également de l'expérience du métier.

L'exemple de soins à une patiente atteinte de démence de type Alzheimer

Irma a rendu visite à une patiente de 86 ans ; sa fille qui travaille à l'extérieur durant la journée, vit avec elle. Cette dame est atteinte de démence de type Alzheimer et le CLSC lui fournit des soins tous les jours de la semaine pour le bain. C'est Irma qui y va et elle connaît la patiente depuis longtemps. Ce matin-là, c'était sa première visite. Elle y est restée deux heures et sept minutes. Irma avait prévu rendre visite à trois autres patientes ensuite. En début de journée elle appréhendait déjà l'état dans lequel elle retrouverait la deuxième personne. Elle a expliqué que c'est une dame très seule et qu'elle va souvent la visiter en fin d'avant-midi afin de pouvoir rester plus longtemps si cela s'avère nécessaire. De cette façon, elle n'accumule pas de retard qui se répercuterait sur ses autres visites. On voit ici l'importance de la connaissance des patients, de même que l'importance de l'expérience

[64] du métier qui permettent de gérer le temps en intégrant les particularités des patients à visiter. Elle réorganise ainsi régulièrement l'ordre prévu des visites chez ses patientes selon l'évolution de leur état de santé.

Irma a décrit ainsi cette visite : *La première (patiente) que je fais (dans ma journée) est Alzheimer, ça fait que ça demande beaucoup de temps, beaucoup de patience, beaucoup d'imagination avec elle, ça prend un bon deux heures. C'est une madame qui peut aussi bien me répondre à la porte toute nue quand j'arrive et je ne suis pas capable de lui donner son bain tout de suite parce qu'il faut que je la fasse déjeuner. Il faut qu'elle s'habille, qu'elle vienne déjeuner, après il faut que je la prenne, que je la descende en bas pour la laver. Ça fait que c'est un temps parce que tu la bouscules juste un petit peu et c'est long. Ça fait qu'elle me demande beaucoup de temps pour l'habiller, la déshabiller pour prendre son bain, la rhabiller, la monter en haut et la faire déjeuner. Quand j'arrive le matin, il faut absolument qu'elle déjeune. Après ça, je finis là il est passé dix heures. Et les lundis, mercredis et vendredis, je vais conduire cette même personne au centre de jour, ce qui demande un petit quinze minutes d'extra, mais ça c'est pas plus grave qu'il faut. Durant la journée observée, la patiente n'est pas allée au Centre de jour ; Irma lui a donc lavé les cheveux et les a frisés. À son arrivée à domicile, Irma commence aussi par lui préparer son petit-déjeuner et boire un café avec elle, afin de la convaincre de la nécessité de prendre un bain et d'obtenir son assentiment. Puis, pendant que la patiente termine son repas, l'AFS va préparer la salle de bain où elle l'amènera ensuite. Elle ne peut brusquer la patiente qui est très lente, pour descendre à l'étage où se trouve la salle de bain. La dame a un équilibre assez instable, ses jambes étant très faibles. Elle comprend les consignes, mais les oublie très rapidement. Tout cela suppose une grande connaissance du cas, ainsi que de la mémoire, pour savoir comment l'aborder pour obtenir sa collaboration, même passive. Irma, a relaté sa première visite chez cette patiente : *Il faut que tu ailles lui donner son bain, elle a une planche de bain, c'est marqué, bain, planche de bain et tout. Moi j'arrive dans cette belle maison-là, je regarde ça en dedans et je me dis : Wow !. J'arrive là, mais la madame est Alzheimer, elle vient m'ouvrir la porte toute nue. ... Ça fait que je vais l'habiller, je lui fais à déjeuner et tout ça. J'arrive dans la chambre de bain en haut, mais je dis : C'est quoi ça ? je te**

vois le gros bain, niais moi, ..., je cherchais la planche, il n'y a pas une maudite planche qui marche là-dedans, je ne serai jamais capable de lui donner son bain. Je lui demande alors : Avez-vous une autre chambre de bain ? Elle me dit : Non. ... Je sais qu'il y a un sous-sol, je me dis je vais prendre une chance je vais aller voir dans le sous-sol. je descends en bas et je vois qu'il y a une autre chambre de bain en bas, je vois qu'il y a une planche, je me dis : Ça doit être ici. Mais là, essaie de la faire descendre en bas ! ... dans sa tête elle n'était pas chez elle. Ça fait que c'est tout le barguinage. J'avais pratiquement deux heures pour la faire, je suis restée là tout l'avant-midi, pas capable de la faire descendre en bas, elle n'était pas chez elle. Elle voulait prendre son bain, mais là (salle de bain à l'étage), c'était là qu'elle prenait son bain, elle l'avait pris le matin et c'était là. ... Ça c'est quelque chose. Il faut que tu parles dans ce temps-là. On voit bien, ici, que cette familiarité avec les habitudes de la patiente ainsi que la connaissance de l'environnement dans lequel le soin est dispensé permet de gagner du temps.

Le moment consacré au petit-déjeuner est important, car il permet de convaincre la patiente de descendre au sous-sol pour son bain. Cette étape est longue et ardue, elle dure près d'une heure. Finalement Irma peut commencer à donner le bain à la patiente qui est très réticente. C'est un soin qui est exigeant pour le dos et les jambes. L'AFS travaille les genoux légèrement fléchis et le dos penché. Elle la distrait en lui parlant constamment : elle lui dit qu'elle est « fine », elle lui parle de son frère, de sa mère et de la maison. Pendant ce temps, elle peut la laver en évitant que celle-ci ne lui nuise. Cette façon de se comporter avec une personne atteinte de démence de type Alzheimer, en détournant son attention et en évitant de la bousculer, fait appel à son expérience du métier.

Un événement précis s'est avéré révélateur : Irma a voulu laver les cheveux de la dame qui a refusé. Irma a dit à la dame : Oups ! je vous ai mouillé les cheveux, je vais donc vous les laver ; celle-ci a protesté en se débattant légèrement. Irma a ajouté : Vous allez être belle, je vais vous friser, ce [65] que la patiente a accepté, permettant à Irma de poursuivre sa tâche. Cette histoire de « frisettes », qui peut sembler anodine, recouvre des enjeux liés à l'expérience du métier. En effet, en discutant en entrevue avec les AFS, il est ressorti que cette tâche est très importante pour elles parce qu'elle leur permet de se sentir « bon-

ne » car elles s'occupent alors du bien-être de la personne, et non seulement de son hygiène, ce qui est formellement interdit par les gestionnaires. Les AFS expérimentées refusent de respecter cette interdiction et elles se sentent suffisamment confiantes pour le faire : *Comme l'histoire du frisage, je vais le faire, that's it. Si une fille me remplace et qu'elle va me rapporter au bureau, elle ira. Je me dis depuis les années que je travaille là, ça ne changera plus rien.* Elles admettent qu'il est beaucoup plus difficile de manifester ce type de refus pour une travailleuse novice que pour elles qui ont plusieurs années d'expérience dans le métier et au CLSC. À travers la question des « frisettes », se profile une conception du métier que les contraintes budgétaires et les nouvelles conceptions du travail de la part de certains gestionnaires remettent maintenant en question.

L'observation de l'ensemble de la journée de travail d'Irma a permis de mettre en évidence l'importance du soutien de ses collègues pour bâtir d'autres compétences qui sont nécessaires à l'accomplissement du travail. Outre leur visite hebdomadaire au CLSC pour préparer leurs statistiques et leur route de la semaine suivante, les AFS n'ont pas de période de temps officiellement réservée à des échanges entre elles. À défaut, les AFS du territoire où travaille Irma ont reconstitué un collectif de travail en allant dîner ensemble dans un petit restaurant du coin. À chaque midi, Irma rencontre ses collègues et elles discutent ensemble de leurs patients respectifs, de leur état, de ce qu'elles font quand elles vont à domicile, de ce qu'elles dispensent comme soins en plus de ce qui est prévu et « autorisé » par le CLSC (par exemple friser les cheveux, laver le plancher parce qu'il est trop sale,) des cadeaux qu'elles leur apportent. Irma explique comment ces dîners collectifs ont commencé : *Les choses étaient trop lourdes à porter. Ça fait qu'on s'est dit : Pourquoi on ne se rencontrerait pas un midi, quand bien même ce ne serait qu'une demi-heure ?.* *Ça arrive à tous les midis qu'on parle, on parle de l'une, on parle de l'autre, mais c'est un réconfort. Ça fait du bien des fois. On dit, bien moi, je n'ai pas pensé à ça. L'autre dit moi je ferais ça. C'est vrai, tu as raison.* Ces rencontres leur permettent d'accomplir un travail réflexif sur leur pratique et, ainsi, de partager certaines règles du métier ; elles contribuent aussi à préserver leur santé physique et psychique.

Au sujet des stratégies de préservation de soi-même, l'entrevue collective a permis d'approfondir l'importance de l'expérience de vie et

du métier des AFS pour faire face aux difficultés de leur tâche, tout particulièrement en ce qui a trait à certains types de patients présentant des pathologies mentales ou des problématiques de violence, dont la proportion augmente. Parlant d'une meilleure connaissance de ses propres limites, acquise avec l'expérience, une AFS d'une quarantaine d'années et disposant de plus de dix ans d'expérience du métier, a expliqué - avec *l'expérience, j'essaie de voir où sont mes limites... moi, personnellement, accepter de plein gré un patient, maintenant je ne le fais plus. Je l'ai déjà fait sans vraiment savoir comment je me sentais j'y allais et c'est après que je recevais les coups. Là, j'essaie de voir où sont mes limites dans le sens que c'est sûr que je viens au nom du CLSC ; il y a toute la gang en arrière, mais il reste que moi, quand je viens, je suis toute seule et ça m'est arrivé de refuser un endroit que je considérais que je ne pouvais pas le faire. je me sentais menacée, ce n'était même pas une question de violence, et je trouvais que ce n'était pas un travail d'auxiliaire familiale d'aller là. J'avoue honnêtement que ça a été difficile parce que la madame avait besoin, elle avait besoin, mais je considérais que, en tous les cas, l'étape où elle en était, ce n'était pas tout de suite l'auxiliaire familiale et je vous avoue que j'ai été un petit peu contente parce que probablement que j'aurais peut-être fait des choses contre mon gré et c'est là, je pense, que quand je fais des choses contre mon gré, qu'il peut m'arriver des choses pas belles dans le sens que je peux me faire mal. Il faut que je fasse attention aussi émotivement. C'est comme je dis, c'est de voir mes limites. ... Je suis d'accord que le besoin du patient est là, mais je pense honnêtement, sans être égoïste, que je passe avant. Ma sécurité passe avant. ... je pense qu'on apprend en vieillissant à voir nos limites.*

[66]

Conclusion Il est possible qu'une même AFS ait ces deux types de patientes qui exigent qu'elle établisse des relations fort différentes pour arriver au même objectif donner un soin de qualité, sans trop de risques, à l'intérieur d'une limite de temps donnée. Cela nécessite beaucoup d'expérience du métier et permet de comprendre pourquoi il y a une différence d'interprétation entre les AFS et les gestionnaires au sujet de ce qu'est un « cas lourd ». Pour les gestionnaires, par exemple, la patiente atteinte de démence de type Alzheimer est un cas

moins lourd que l'autre parce que, selon le plan de soins, il n'y a qu'un bain à lui donner.

On a pu voir que l'expérience des AFS relève de plusieurs composantes : des savoirs de la vie en général (stratégie de préservation de soi et la connaissance de ses limites), les savoirs relationnels, de soins et de communications du métier (prendre le temps de faire certaines tâches non prévues et d'établir la relation, réarranger l'ordre des visites selon l'état des personnes, stratégies relationnelles pour éviter que la patiente ne nuise, aller à l'encontre des consignes du CLSC etc.) et, enfin, une connaissance de la patiente et de son environnement (difficultés associées à la pathologie, sauver du temps, développer des méthodes de soins en collaboration avec les patients, réduire les efforts, stratégies basées sur l'histoire de vie, etc.).

L'expérience des AFS relève de plusieurs composantes : des savoirs de la vie en général, les savoirs relationnels, de soins et de communications du métier et, enfin, une connaissance de la patiente et de son environnement.

En outre, on a pu constater que l'expérience se bâtit en collaboration avec les patientes, et qu'elle se constitue à partir d'un travail réflexif à la fois individuel et collectif. Le collectif de travail s'est avéré important tant en termes de soutien face aux cas difficiles, que pour contourner certaines règles édictées par le CLSC ou pour discuter entre elles du métier. Échanges qui font ressortir les valeurs professionnelles communes des AFS.

Afin de pousser plus loin cette exploration, un projet de plus grande envergure, comparant quatre services de SAD, est en cours de réalisation. Il permet d'approfondir ces questionnements au sujet des stratégies de travail relevant des divers niveaux d'expérience, l'importance des interactions existant avec les patients ainsi que leurs effets sur la constitution de l'expérience des travailleuses, ainsi que les aspects collectifs du développement de cette expérience.