
LES (IN)VISIBLES DE LA SANTÉ

RAPPORT PRELIMINAIRE DE RECHERCHE

ANGELO SOARES



UQÀM Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal

NOVEMBRE 2010

Les (in)visibles de la santé

Nous remercions toutes les personnes ayant collaboré à cette recherche réalisée dans le cadre d'un partenariat avec le Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal.

Recherche :

Angelo Soares, professeur, Département d'organisation et ressources humaines, ESG, UQAM

Comité d'encadrement :

Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) :

Francine Lévesque, présidente

Guy Laurion, vice-président

Marie Bergeron, conseillère syndicale à l'information et à la recherche

Nathalie Picard, vice-présidente de février 2007 à juin 2009

Donald Gauvin, responsable du comité de santé et sécurité jusqu'en janvier 2005

Raymond Laroche, conseiller syndical, comité de santé et sécurité

Claude Saint-Georges, responsable de l'information

Simon Tremblay, secrétaire général de juin 2003 à février 2007

Confédération des syndicats nationaux (CSN) :

Louise Boivin, conseillère syndicale, service de la recherche

Richard Lanthier, conseiller syndical, Service des relations du travail – module Formation

Service aux collectivités de l'UQAM :

Martine Blanc, agente de développement

Sylvie de Grosbois, agente de développement

Marie Pelchat, agente de développement

Cette recherche a été réalisée dans le cadre du programme d'aide financière à la recherche et à la création, volet 2, de l'Université du Québec (UQAM) avec l'appui financier de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN).

LES (IN)VISIBLES DE LA SANTÉ

ANGELO SOARES, PH.D.

PROFESSEUR

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA GESTION
DÉPARTEMENT D'ORGANISATION ET
RESSOURCES HUMAINES

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

C.P. 8888 SUCC. CENTRE-VILLE

MONTRÉAL (QUÉBEC)

H3C 3P8 CANADA

TÉLÉPHONE: (514) 987-3000 POSTE 2089

TÉLÉCOPIEUR: (514) 987-0407

COURRIEL: SOARES.ANGELO@UQAM.CA

Table des matières

Remerciements	04
1. Introduction	06
2. Méthodologie	07
3. L'invisibilité du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux	10
4. Les dimensions du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux	13
4.1 La dimension sexuelle	14
4.2 La dimension relationnelle	15
4.3 La dimension émotionnelle du travail	19
5. Le travail de prendre soins « Care Work »	25
6. La confiance	29
7. L'organisation du travail	32
7.1 La charge de travail	34
7.2 La sous-traitance	36
7.3 Absentéisme	38
8. Les violences au travail	40
9. Conclusion	46
10. Références	49

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier d'abord tous les travailleuses et travailleurs qui ont participé à cette recherche et qui ont accepté de partager avec nous leurs émotions, leurs expériences de vie au travail et qui ont pris le temps de répondre à nos questions.

Nous n'aurions pu réaliser cette étude sans la collaboration soutenue de La Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS), affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (CSN). En particulier, nous aimerions remercier (en ordre alphabétique) : Marie Bergeron, Louise Boivin, Donald Gauvin, Richard Lanthier, Raymond Laroche, Francine Lévesque, Guy Laurion, Nathalie Picard, Claude Saint-Georges et Simon Tremblay.

Nous remercions aussi Huguette Limoges, Julie Lepage et Geneviève Plante pour les transcriptions des entrevues. Nous remercions également à Nicole Jeanneau pour la révision du français. Nous aimerions aussi remercier André Michaud, Marie Pelchat, Sylvie de Grosbois des Services aux collectivités et spécialement Martine Blanc pour tout le support et l'encouragement qu'elle nous a accordé.

Finalement, nos remerciements vont aux Services aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal qui ont supporté financièrement la réalisation de l'étude.

Angelo Soares est professeur au Département d'Organisation et ressources humaines de l'École des Sciences de la Gestion à l'Université du Québec à Montréal - UQAM. Il conduit des recherches sur le harcèlement psychologique au travail, sur les émotions et la santé mentale au travail, la qualité de vie au travail, l'épuisement professionnel (burn-out), le stress ainsi que le travail et la santé des femmes. Il est sociologue du travail et il a complété son stage de post-doctorat à l'UQAM.

Il a été invité à titre d'expert au Comité interministériel sur le harcèlement psychologique au travail (2001, Ministère du Travail, Québec) et au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie - la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie (2005, Sénat, Ottawa). Il est membre de l'Institut Santé et Société.

Il a été chercheur invité au CNRS – Centre National de la Recherche Scientifique - France, laboratoire GTM – Genre, Travail, Mobilité à Paris de septembre 2008 à décembre 2008.

De janvier 2009 à juillet 2009, il a été professeur invité à l'Université de São Paulo au département de sociologie où il a enseigné le cours de 3e cycle : Sociologie des émotions : travail, santé et émotions et à la Université Catholique de São Paulo – PUC-SP au programme de 2e Cycle en Administration où il a enseigné le cours : Émotions et violences dans les organisations.

LES (IN)VISIBLES DE LA SANTÉ

ANGELO SOARES

« Ce qui compte ne peut pas toujours être compté,
et ce qui peut être compté ne compte pas forcément. »
(Albert Einstein)

« Il est très simple: on ne voit bien qu'avec le cœur.
L'essentiel est invisible pour les yeux »
(Antoine de Saint-Exupéry)

« Aujourd'hui je vois la vie
Avec les yeux du cœur
J'suis plus sensible à l'invisible »
(Jean Hould)

1. Introduction

L'invisibilité est omniprésente dans *les Mondes du travail* de la Santé et des Services Sociaux. C'est une invisibilité qui ne correspond pas à une non-présence sur le marché du travail mais plutôt à une non-existence sociale et organisationnelle. « Les dominants expriment leur supériorité sociale en ne percevant pas ceux qu'ils dominent », nous rappelle Honneth (2008) qui relie l'invisibilité à la question de la reconnaissance.

La reconnaissance est fondée sur deux jugements : (1) un jugement d'utilité – on reconnaît que le travail accompli est utile; et (2) un jugement esthétique – on reconnaît que c'est un travail bien fait (Dejours, 1992). De cette manière, la non-reconnaissance implique non seulement une dévalorisation du travail accompli, mais aussi une dévalorisation de l'individu lui-même, un sentiment de mépris social.

Nous allons présenter ici différentes formes d'invisibilité que nous avons relevées dans ce projet de recherche conduit au Québec parmi les membres de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS). En paraphrasant Bauman (2007), notre objectif sera ici de poser des questions sans prétendre offrir des réponses définitives. Notre exposé sera divisé en différents exemples d'invisibilité. Premièrement, l'invisibilité du travail dans le secteur de la santé et services sociaux au Québec. Ensuite, l'invisibilité des différentes compétences indispensables pour la qualité des services et finalement, l'invisibilité de la violence dans ce secteur.

2. Méthodologie

Cette recherche est le fruit d'une demande de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) faite aux Services aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal. Au fur et à mesure que les entrevues se déroulaient, la question de l'invisibilité devenait de plus en plus évidente.

Dans cette recherche, nous n'essayons pas de créer ni d'utiliser une typologie ou un modèle pour comprendre l'organisation du travail. Nous avons comme objectif de comprendre comment les travailleuses et les travailleurs sentent et perçoivent leur travail. Ainsi, nous cherchons à ne pas nous restreindre aux aspects purement quantifiables de l'organisation du travail, car « nous ne sommes pas aux prises avec les termes statiques d'une équation algébrique qui ne demandent qu'à être remplacés par les chiffres, mais plutôt avec un processus dynamique dont la marque est la transformation de secteurs de la population » (Braverman, 1976, p. 28). La dimension qualitative de l'organisation du travail nous semble importante, car elle « met en évidence les points de vue de ceux qui sont étudiés et leur participation active dans la construction des mondes qui sont, à l'occasion, tout à fait différents de l'idée qu'en ont les personnes au pouvoir » (Statham, Miller & Mauksch, 1988, p. 311).

Nous proposons une approche qualitative pour étudier différents métiers faisant partie du secteur de la santé et des services sociaux associés à la FSSS – Fédération de la santé et des services sociaux, affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (CSN), représentant plus de 125 000 membres au Québec dont près de 80 % de ses membres sont des femmes. Pour comprendre les différents métiers dans le secteur de la santé et Services Sociaux (SSS) nous avons interviewé 30 travailleuses et travailleurs. Le tableau 1 résume les renseignements des participant-e-s dans cette recherche dans différentes organisations de la santé et services sociaux du Québec. Les noms sont fictifs pour une question d'anonymat et confidentialité. Les titres des postes sont ceux que les travailleuses et travailleurs nous ont fournis quand nous avons demandé ce qu'ils faisaient comme travail. Ils ne correspondent pas nécessairement aux titres « officiels » des postes existants dans la convention collective. Les entrevues ont été réalisées dans différentes régions de la province du Québec, sans avoir la prétention, ni l'objectif d'une représentativité provinciale.

Tableau 1 : Profil sociodémographique des participant-e-s

Nom	Âge (ans)	Poste
André	46	Agent administratif
Brigitte	48	Secrétaire médicale
Caroline	45	Technicienne en pharmacie
Cécile	40	Technicienne en laboratoire
Chantal	44	Entretien ménager
Charlotte	41	Secrétaire dans un hôpital
Claudette	50	Infirmière auxiliaire
Coralie	35	Technologue en radiologie
Daniel	48	Agent de griefs
Diane	39	Préposée aux bénéficiaires
Frédéric	48	Représentant syndical
Geneviève	43	Éducatrice spécialisée
Ginette	57	Secrétaire
Hélène	39	Messagère
Henriette	46	Préposée aux bénéficiaires – brancardier
Jacques	50	Éducateur
Jean-Paul	47	Préposé aux bénéficiaires
Johanne	41	Technicienne en administration – ressources humaines
Lyse	58	Préposée en alimentation
Maria	41	Préposée à la stérilisation
Marianne	41	Téléphoniste
Marjolaine	50	Infirmière auxiliaire
Martin	42	Préposé à la buanderie
Normand	56	Agent des ressources humaines
Pascale	63	Infirmière auxiliaire
Pierre	40	Technicien en loisirs
Richard	46	Préposé aux bénéficiaires
Roland	48	Éducateur spécialisé
Sylvain	48	Cuisinier pâtissier
Sylvaine	45	Infirmière auxiliaire

Un critère pour le choix des participants était l'ancienneté. On cherchait à rencontrer des travailleuses et des travailleurs qui avaient une longue histoire de travail dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec. Au départ nous voulions rencontrer un homme et une femme pour chaque métier, mais ce critère n'a pas pu être respecté donc nous avons 11 hommes et 19 femmes dans notre échantillonnage. Le critère de l'ancienneté nous a aussi imposé, peut-être, un biais dans notre échantillonnage : nous avons surtout des travailleuses et travailleurs québécois blancs. Nous n'avons pas rencontré des travailleuses et travailleurs provenant des minorités culturelles et cela a sûrement un effet sur les résultats que nous allons présenter dans ce rapport.

Caldeira (1984) souligne que « chaque entrevue est une expérience : ce qui a été dit n'existait pas avant, prêt et achevé pour être dit, mais cela a été produit dans le moment, dans la relation. Pour cette raison, l'information n'est jamais engendrée deux fois de la même façon durant une entrevue d'une certaine façon, l'entrevue est unique » (p. 144). L'entrevue est un moment spécial dans la vie des travailleuses et des travailleurs où ils sont appelés à parler et à se souvenir de sujets dont ils ne parlent pas fréquemment. Parfois même, ce sont des sujets autour desquels ils ont construit et maintiennent des « idéologies défensives » pour faire face à leur vie quotidienne au travail.

Par ailleurs, si on « veut comprendre ce qui s'est passé, il faut que l'on sache que le savoir premier, essentiel, n'est pas dans sa tête mais dans la tête des ouvrier-e-s et qu'il y a une rationalité de leur comportement » (Foucault, 1994, p. 422). Finalement, nous devons nous rappeler que malgré les contraintes que cette approche peut nous poser, « le genre de phénomène que nous avons choisi d'étudier doit être approché à l'aide de techniques possibles et non avec celles considérées comme idéales parce qu'on risque de gagner en formalité, mais en même temps de perdre notre objet si on reste attaché aux méthodes plus usuelles de la recherche sociale » (Rodrigues, 1978, p. 31).

Lorsque l'on utilise une méthode de recherche, il est fondamental que nous tenions en compte les biais possibles que notre choix méthodologique peut apporter, car dans la recherche, « le rêve positiviste d'une parfaite innocence épistémologique masque en effet que la différence n'est pas entre la science qui opère une construction et celle qui ne le fait pas, mais entre celle qui le fait sans le savoir et celle qui, le sachant, s'efforce de connaître et de maîtriser aussi

complètement que possible ses actes, inévitables, de construction et les effets qu'ils produisent tout aussi inévitablement » (Bourdieu, 1993, p. 1392).

Ainsi, dans une approche qualitative plusieurs facteurs peuvent interférer dans nos résultats. Par exemple, l'entrevue évoque un rapport marqué par les différences de classe, de race/ethnie et les différences culturelles entre l'intervieweur/euse et l'interviewé-e. Messing (1991), par exemple, décrit d'une façon passionnante son rapport avec une travailleuse qui fait le nettoyage dans un train en mettant en évidence la division sociale et culturelle qui sépare la chercheuse et les ouvrières. Nous devons être conscients que le sexe, la race, l'ethnie, l'âge sont aussi des rapports sociaux importants qui traversent nos études, mais qui dans la plupart des cas, ne sont pas considérés. Acker (1990) souligne l'importance de conceptualiser et d'interpréter les résultats en tenant compte, par exemple, des rapports de sexe. « L'effet de sexe peut entrer dans l'activité de recherche, embrouiller la vision de l'observateur et structurer les réponses de l'observé-e. Si les chercheur-e-s ne sont pas conscient-e-s que le sexe peut faire une différence, ils peuvent perdre des aspects importants d'une situation tout simplement parce qu'ils ne sont pas en train de les voir » (Acker, 1990, p.151-2).

3. L'invisibilité du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux

Dans les débats publics, dans les médias, au Québec, lorsque l'on parle du secteur de la santé et des services sociaux, que ce soit en termes de pénurie de la main-d'œuvre, crise dans les urgences ou bien à propos des restructurations du système de santé, on ne parle qu'en termes de médecins et d'infirmières, qui ne représentent que 28% du personnel qui travaille dans le secteur de la santé et des services sociaux. La plupart du temps les autres 72% des travailleuses et de travailleurs dans le secteur de la santé et services sociaux restent invisibles. Dans le tableau 2 nous avons l'évolution du personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Nous avons donc rencontré différentes travailleuses et des travailleurs, tel qu'indiqué dans le tableau 1 faisant partie de cette majorité invisible du débat public québécois.

Tableau 2 : Évolution du personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.				
	1999 2000	2004 2005	2008 2009	
Cadres	8 558	9 740	11 328	32,4%
Professionnels	16 058	20 997	24 007	49,5%
Techniciens	23 962	28 856	31 315	30,1%
Infirmières diplômées	38 327	43 122	43 559	13,7%
Assistants-techniciens	38 563	47 683	52 244	35,5%
Employés de bureau	19 130	22 138	23 976	25,3%
Services auxiliaires	19 144	20 516	21 336	11,5%
Médecins	14 268	15 670	16 409	15,0%
Total	178 010	208 722	224 174	26%

Source : MSSS, SDI

Dans la dernière décennie, le nombre des cadres dans le réseau de la santé a crû de 32,4%. Selon une compilation des statistiques de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) il y a un sur-encadrement dans le réseau de la santé Il y a quasiment un gestionnaire pour un employé responsable des soins¹.

En effet, pour que le secteur de la santé et des services sociaux puisse fonctionner et subvenir aux besoins de la population, il dépend d'un large éventail d'emplois. Par exemple, il ne suffit pas d'avoir des médecins et des infirmières pour qu'on puisse avoir des chirurgies. Si l'on n'a pas des préposés à la stérilisation ou encore un préposé à l'entretien ménager, les chirurgies ne seront pas réalisées.

Selon Hughes (1993), « étudier les métiers, en les comparant, permet de mieux les comprendre si le chercheur part de l'hypothèse que tous les types de travail ont un même degré d'importance et que certains thèmes sont communs aux diverses formes de travail humain » (p. 316). Hughes nous offre comme exemple de thème commun celui de l'erreur au travail. Certes, dans le cas qui nous préoccupe, l'erreur au travail fait partie de chaque métier étudié et ces erreurs sont lourdes de conséquences et directement associées à la santé des patients et à la

¹ Voir : Caron, Kéroack et Pelletier (2010).

qualité des soins prodigués. En plus, lorsqu'il y a une erreur, le travail devient tout à coup « visible ». C'est donc une invisibilité qui suit la logique du travail domestique : c'est seulement lorsqu'il n'est pas accompli qu'il devient visible et tout le monde critique et remarque. Comme l'a bien souligné Benelli et Modak (2010), c'est un « travail de routine d'abord effectué dans la discrétion, la production de care va de soi, elle ne se voit que lorsqu'elle manque : la mère peu aimante, l'infirmière froide, l'éducatrice indifférente choquent, alors que l'amour, l'écoute attentive et la disponibilité de la part de ces mêmes personnes passent pour normales » (p. 39). Ainsi, lorsque le travail est accompli, il devient invisible et très peu de reconnaissance lui est octroyée. De plus, une erreur commise prend une ampleur importante, car l'erreur est publique et dans une grande partie des cas l'erreur a un effet sur l'état de santé des patients. Selon Hughes (1958), les erreurs sont présentes dans toutes les occupations et plus une travailleuse ou un travailleur accomplit une certaine tâche par jour, plus grande sera la chance qu'elle ou il fasse une erreur. Commettre une erreur peut signifier un manque de compétence, ainsi l'erreur est perçue et ressentie comme une attaque directe aux compétences professionnelles. Cette attaque sera ressentie d'une manière amplifiée à cause du caractère public de l'erreur.

Une caractéristique très importante dans le secteur de la santé et des services sociaux est l'interaction entre la travailleuse, le travailleur et l'individu à qui on livre les soins. Lorsque les travailleurs et les patients se rencontrent, cette relation ajoute une nouvelle dimension au modèle de relations humaines dans le domaine d'activité. Lorsque le patient prend une part active à l'activité, toute l'organisation doit s'adapter à son comportement (Whyte, 1946, p. 123).

Dans le secteur de la santé et des services sociaux ce contact avec le client peut être direct, lorsqu'il y a une interaction face à face entre les travailleurs et les patients, ou indirect, quand il n'y a pas d'interaction face à face, mais que le travail accompli a un effet direct sur les patients comme par exemple, le travail d'une technicienne de laboratoire ou d'un préposé à la stérilisation. Cette distinction est importante non seulement en termes d'(in)visibilité car lorsque l'on n'a pas un contact direct avec le patient, l'invisibilité est davantage renforcée. Ainsi, si d'une part le contact indirect peut nous épargner de la violence commise par les patients, d'autre part l'absence de contact va aussi réduire drastiquement les possibilités de reconnaissance de la part des patients.

Cette interaction entre les patients et les travailleuses et les travailleurs est traversée par différents rapports sociaux : de genre/sexe, de race, d'ethnie, d'âge et de classe qui se recouvrent

partiellement les uns les autres, ainsi que par des rapports de pouvoirs qui exigent des compétences spécifiques pour travailler dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Une autre distinction importante dans les services directs est celle d'une rencontre et un rapport. Même si la travailleuse ou le travailleur et le destinataire du service ne se connaissent pas et que leur interaction est fugace, il y a une rencontre, une interaction dans la coproduction d'un centre d'attention visuelle et cognitive (Gutek, 1995). Cette activité présuppose la présence physique face à face, ou au moins un contact verbal, et une influence réciproque entre les individus, sur leurs actions (Goffman, 1961, 1963 et 1983). Toutefois, si dans l'interaction se développe une histoire commune qui entraîne des interactions futures, il n'y a plus alors seulement une rencontre, mais l'établissement d'un rapport entre les individus.

Cette distinction entre le rapport et la rencontre est importante, car la structuration de l'interaction, entre la travailleuse, le travailleur et les patients, affecte la charge de travail, ainsi que la qualité de vie au travail des travailleuses et des travailleurs, mais aussi l'expérience des patients, car quelle que ce soit la signification fondamentale de ces interactions pour leurs destinataires, il est clair que la façon dont ils sont traités dans ce contexte déterminera la satisfaction du service, la qualité de l'interaction ainsi que le sens de leur place dans la communauté (Goffman, 1983, p. 14).

Cette distinction entre la rencontre et le rapport nous permet aussi de mieux saisir les effets de plusieurs processus en marche dans le secteur de la santé et des services sociaux qui transforment les relations de services, en produisant de plus en plus de rencontres et de moins en moins de rapports dans ce secteur. Cela va exiger une plus grande gestion des émotions au travail comme nous allons le voir dans la section sur les émotions au travail.

4. Les dimensions du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux

Le travail dans ce secteur comporte plusieurs dimensions, telle une dimension physique. Par exemple, l'effort physique qu'une préposée aux bénéficiaires doit accomplir pour déplacer, tenir ou soutenir un patient. Il comporte aussi une dimension cognitive. Par exemple, tout le savoir-faire par rapport à la médication, les horaires, les symptômes d'un patient. Ces deux dimensions, présentes dans le travail industriel, sont plus facilement identifiées et reconnues, mais elles sont incapables de rendre compte de toute la complexité du travail dans le secteur de la santé et des

services sociaux. D'autres dimensions sont présentes et elles sont essentielles pour qu'on puisse comprendre le travail dans ce secteur dans toute sa complexité et sa richesse

4.1 La dimension sexuelle

Dans les métiers directs, il faut attirer l'attention sur la dimension sexuelle associée à l'utilisation du corps des travailleuses et des travailleurs dans la production du service. Dans les services, le travail, à travers l'imposition de maintes disciplines, normalise le corps des travailleuses et des travailleurs: qu'on pense à la discipline des uniformes, aux règles du maquillage, aux codes de l'habillement et aux critères de sélection du personnel. Le travail exercé dans le cadre de ces normes façonne les corps, surtout les corps féminins. Le pouvoir de la norme est d'établir une certaine homogénéité, mais il individualise en permettant de mesurer les écarts, de déterminer les niveaux, de fixer les spécialités et de rendre les différences utiles en les ajustant les unes aux autres (Foucault, 1975, p.216).

La dimension sexuelle du travail fait appel à la sexualité, au corps des travailleuses et des travailleurs, par exemple, répondre à des avances sexuelles, porter un uniforme sexy, ou comme c'est le cas dans ce rapport avoir un contact corporel où une partie du corps de la travailleuse ou du travailleur est instrumentalisé dans la production du service.

Dans l'interaction avec les patients, le corps des travailleuses et des travailleurs devient lui même une partie du service. Par exemple, les préposés aux bénéficiaires ont un contact direct avec le corps des patients. Cela impose des contraintes qui n'existent pas dans l'univers industriel.

C'est quasiment pas applicable, c'est retourner aux années 70. La robe aux genoux, plus de décolletés, en gros, c'est ça pour les femmes, plus de jeans, tu sais je veux dire on sait que le jeans aujourd'hui est toléré même au Ritz-Carlton, (...) c'est toutes des politiques rétrogrades comme ça, qu'on a contestées d'ailleurs, mais il y a quand même quelque chose de bien dans la politique, puis que nous-autres ont tenait dans cette politique-là, c'est les uniformes, parce que tu sais on sait qu'il y a propagation du virus, tu sais du C-difficile puis tout ça, puis dans la politique il y avait le fait que tu ne sors plus ton uniforme dans la rue, tu sais que tu te changes à l'hôpital, tu gardes ton uniforme à l'hôpital (Daniel).

Tenue vestimentaire du personnel je veillerais à ça, parce que quand tu n'as pas d'uniforme, il y en a qui exagèrent, on travaille avec des gens malades, des personnes âgées, il y a qui sont très sexy quand elles viennent travailler. Je trouve que ça n'a pas de place. La personne peut s'habiller comme elle veut quand elle sort, mais quand on vient travailler, c'est différent (Marjolaine).

Quand j'ai rasé le patient. J'ai commencé à le raser, et tout d'un coup j'ai comme senti un grattement sur ma cuisse... parce que moi je mets toujours une serviette ou une débarbouillette – quand c'est un homme je mets toujours une débarbouillette sur ses parties parce que dans le fond on rase l'aine, et je lui demande toujours de tasser ses parties pour que l'aine soit dégagée – puis sa femme était de l'autre côté du lit, alors quand j'ai senti comme un grattement, et que j'ai vu sous la serviette, j'ai dit « ah un instant, je vais aller chercher une nouvelle lame, celle-là ne coupe pas ». Je suis allée voir l'assistante et je lui ai raconté ce qui se passait, et moi j'étais insultée parce qu'en plus sa femme était de l'autre côté du rideau, c'est quelque chose qui se fait pas ! Alors l'assistante a réglé le problème, elle a envoyé un homme pour finir le travail, et je n'ai plus rentré dans cette chambre-là (Henriette).

Je me sentais outré, outré, je pensais qu'il avait un kick sur moi carrément, je disais hey monsieur arrêtez-moi ça, c'est quoi votre problème. Le monsieur riait de moi, je trouvais ça drôle comme situation. C'est quand j'ai su que c'était une prothèse, c'était moi qui avait l'air fou. J'osais pas l'insulter, c'est normal que je veux dire, il y a des tendances sexuelles, il y a des gens qui sont gays, bon ils trouvent que un beau bonhomme, c'est un beau bonhomme quand t'es gay, mais c'était pas ça le cas pantoute, mais moi, c'était pas pour faire de la discrimination non plus, je me sentais mal à l'aise dans ça. J'étais gêné, j'étais mal à l'aise (Jean-Paul).

Nous pouvons comprendre à partir de ces paroles les tensions que ce contact corps à corps introduit dans l'accomplissement du travail. En outre, même si nous n'allons pas développer ici cet aspect en raison d'une question d'espace, il faut remarquer que la dimension sexuelle est aussi traversée par les rapports sociaux de sexe, par exemple dans l'exploitation de la virilité masculine (Dejours, 1997) ou de la muliérité (Molinier, 1998).

4.2 La dimension relationnelle

Il est aussi important de considérer la dimension relationnelle, ainsi que les compétences qui y sont associées. L'importance de préciser cette dimension, à notre avis, est double : dans un premier temps pour contrer la banalisation et, par conséquent, la perte du sens et de la valeur

d'une dimension importante du travail de la santé et des services sociaux. Dans un deuxième temps, pour rendre visible cette dimension du travail, car c'est dans la définition même de ce qu'est le travail et les compétences que se créent les différences et les inégalités de genre et que se (re)produit l'idée d'un travail « sans qualité » souvent associée au travail des femmes.

Dans le secteur étudié, les travailleuses et les travailleurs utilisent fréquemment ce que Goffman (1967) appelle les qualifications sociales, c'est-à-dire, la capacité d'éviter de l'embarras pour soi ou pour autrui. La diplomatie est un exemple de compétence relationnelle généralement invisible mais de grande importance dans la santé et les services sociaux. Cette compétence, fréquemment requise dans les interactions avec les patients et leurs familles, est toujours reconnue comme importante dans les métiers traditionnellement masculins, mais considérée comme un talent ou comme une caractéristique de la nature dite féminine.

Si le patient décède subitement, il faut appeler la famille, c'est moi qui fais ça. Donc il faut que je les appelle, des fois c'est des gens que je ne connais pas, que je n'ai jamais vus (...) là il faut que je les emmène tranquillement, leur dire vous savez ces derniers temps ça n'allait pas tellement bien, bon son état s'est détérioré, là je raconte un peu l'histoire. On contacte la famille, ou ils sont venus la veille et ils apprennent subitement la mort le lendemain, elle allait bien puis tout ça, mais là aujourd'hui, bien je suis obligée de vous annoncer une mauvaise nouvelle, c'est le genre de chose qu'il faut faire dans mon travail. Annoncer que la personne est décédée, ce n'est pas toujours facile. On est très confrontées à la mort (Marjolaine).

Je vais user de plus de diplomatie avec le travailleur, je vais essayer de lui faire comprendre parce que regarde, parce que des fois ils viennent t'expliquer une situation donnée (...) c'est peut-être un petit peu de la diplomatie, parce que dans le fond il faut dire à la personne que, il faut la responsabiliser un petit peu là-dedans. Là j'en utilise, mais avec le boss j'en utilise pas. Disons que j'en ai déjà eu avec le patron mais là j'en ai moins. Parce que le patron il n'en a pas lui non plus. C'est dur d'user de diplomatie avec quelqu'un qui te considère pas vraiment (Daniel).

D'autres compétences importantes sont requises dans l'interaction entre les travailleuses, les travailleurs et les patients. Par exemple, la capacité de garder l'équilibre de l'interaction, un aspect important dans le maintien de la communication et de l'écoute afin de que chaque personne puisse jouer adéquatement son rôle. Il faut comprendre que les compétences relationnelles doivent être présentes non seulement dans l'interaction avec les patients mais aussi avec les collègues, les médecins, les supérieurs hiérarchiques.

Quand j'arrive ici, c'est de prendre les messages, voir s'il y a quelque chose d'urgent qui se passe, vérifier l'état des horaires et de la planification dans les 4 à 5 semaines qui viennent, et commencer à procéder pour les remplacements sur les différentes unités. Je gère à peu près 450 à 500 employés. Donc essayer de faire cette planification-là. Après ça recevoir les gens qui vont venir effectuer des modifications, s'ils sont habilités, communiquer avec eux autres pour les cédule, vérifier les horaires, planifier les vacances, les congés jours fériés, tout ça (André).

L'adaptation à des clientèles multiethniques, eux-autres ont leurs croyances et tout ça. [Qu'est-ce que ça change ?] Ça change que il faut que je respecte leur croyances, il faut que je m'adapte. Il y a toute la barrière de la communication, ils ne parlent pas français ni anglais. Si je parle à des gens, des arméniens, des arabes, c'est surtout cette clientèle là qu'on a où je travaille, donc c'est tout l'aspect culturel vu que c'est un centre de soins de longue durée, c'est aussi toute la philosophie face à la mort (Marjolaine).

Mais tout le reste de mon travail, autant la communication avec les gens, m'occuper des stages... Le travail que je fais en ce moment c'est un travail vraiment diversifié, on peut faire autant d'infographie que de la comptabilité. Ça j'adore ça, et j'adore le contact avec les gens avec qui je travaille. J'adore mon travail, mais c'est plus mes conditions salariales dans le fond (Charlotte).

Bien premièrement, c'est dans la présentation, la communication, tu te présentes au patient, tu dis que bon, je suis préposé aux bénéficiaires, tu dis ton nom, c'est moi qui est en charge de vous aujourd'hui. La communication est bien importante avant de commencer, d'avoir une bonne relation (Jean Paul).

Moi j'ai des fois des filles qui me rappellent, ça fait 20 ans que je les ai connues, je suis rendu comme grand-père finalement, elles ont eu des enfants. Oui, ça arrive des fois. Des fois elles reviennent nous visiter aussi. Une impression qu'on a, c'est que des fois elles viennent parce qu'elles ont apprécié ce qui s'est passé, mais qu'elles sont peut-être dans une phase de leur vie qu'elles ne nous disent pas nécessairement, où elles ont besoin de sentir qu'il y a des gens qui vont les écouter, qui vont prendre du temps pour eux autres, et elles se retournent vers nous autres. (...) Ça fait qu'on est disponibles, même pour celles qui sont parties (Jacques).

Que les médecins soient plus conscients du travail qu'on fait auprès des bébés. Quand on leur dit que le bébé est pas stable, il y en a quelques-uns qui nous écoutent mais, ils sont 2 sur 5. Euh... mais quand on leur dit qu'il est vraiment pas stable, qu'il est pas bien, ben de nous prendre au sérieux. Parce que des fois, on est pas pris au sérieux (Sylvaine).

Il y aussi une autre compétence relationnelle importante : la patiente, la capacité de garder un contrôle émotionnel en équilibre, sans perdre son calme pendant toute l'interaction. Il faut être tolérant, persévérant et savoir écouter l'autre.

Ils (Les membres de la famille) appelaient à 9h, avez-vous fait la gluco à ma mère, oui, elle est à tant, avez-vous donné une collation, oui j'ai donné la collation, j'ai fait ci. Vous savez ça demande beaucoup de temps et de patience, parce c'est comme si elle me disait tu fais pas ta job comme faut, je veux être sûre que tu la fais comme il faut. T'as beaucoup de patients, il faut que je reste disponible, il faut que je réponde au téléphone, que je reste patiente avec cette dame là. Jusqu'à temps, je me dis un jour elle va dire bon, c'est Marjolaine qui est là, c'est son équipe, pas de problème (Marjolaine).

Ça devait faire au moins 20 ans que j'étais ici certain, et à un moment donné il y a un patient qui frappait, puis je pense que ça faisait deux ans qu'on lui disait – et je vous dis qu'on a de la patience à revendre pour être ici – et je lui ai dit « moi j'ai selon la CSST un droit de refus, et je vous le dis là je suis sur le bord de... et quand je vais dire que je le lave plus vous allez faire quelque chose, je le laverai plus » (Claudette).

Il y a une méthode d'intervention avec ces gens-là, ça prend de la patience, il faut mettre des choses en place, le moindre détail doit être pris en considération, les étapes dans un plan d'intervention doivent être suivies ; c'est pas à la portée de tout le monde. Sans vouloir mettre les éducateurs sur un piédestal, si on donne une formation de 3 ans à un éducateur pour qu'il puisse transmettre certaines choses à des usagers, c'est parce que ça la prend cette formation-là, et là on est tous en train de transférer ça à des gens dans la communauté qui n'ont pas cette expérience pertinente-là (Jacques).

Un autre ensemble de compétences relationnelles qui est associé aux soins et à l'attention portée à autrui, est présent dans les différents métiers de la santé et des services sociaux. Les compétences relationnelles engloberaient donc toutes ces caractéristiques dont l'absence peut troubler ou provoquer une fin prématurée de l'interaction. Ce sont des compétences difficiles à mesurer et à évaluer qui la plupart du temps sont apprises sur le tas et pendant le processus de socialisation (Kergoat, 1992).

Quand je suis entrée ici monsieur je me rappelle que quand on avait le temps, des madames qui étaient bien et qui étaient plus fières un peu, comme je vous dis on allait s'asseoir avec pour placoter, une voulait se faire mettre du vernis à ongles on y allait et on le faisait. Mais moi dans ma tête c'est aussi important ça, et souvent plus qu'une pilule. [Pourquoi ?] Parce que... comment je vous

dirais ça... moi quand je sors de chez la coiffeuse me semble que ça me pep ! Bon, ma madame qui est pognée ici – elle est pognée ici parce qu'elle peut pas être chez eux, c'est déjà quelque chose parce que je suis sûre que si elles avaient la chance elles seraient toutes chez eux – bon je me dis que les seules affaires qui leur restent c'est d'être capables de profiter un peu des activités s'il y en a, et si elle peut avoir du monde pour placoter ça paraît moins long une journée, pis si elle aime ça se faire mettre du vernis à ongles, ben tabarnouche pour elle, elle est fière, c'est le fun ! Asteure je vous dirais oubliez ça ! Parce qu'avec les années les cas sont devenus de plus en plus lourds, ils demandent de plus en plus d'heures de soin, et on a de moins en moins de personnel pour le faire. Ça fait que ta journée c'est pleine, tes 8 heures sont pleines, ça fait que... À moins que tu aies un patient qui change et que celui qui rentre et qui est pas trop pire ; si t'en avais un qui demandait énormément et que le nouveau qui l'a remplacé est pas mal moins lourd, que tu peux gagner du temps, ben là t'es bon pour en donner un petit peu plus, mais de jaser dix minutes avec les patients, assis avec eux autres, depuis plusieurs années on oublie ça, ça existe plus ça. (Claudette)

Intimement liée à la dimension relationnelle, il y a la dimension émotionnelle, car toujours et d'emblée, la relation humaine est affective (...) L'être humain est, vis à vis des autres, en état de non indifférence, de disponibilité ou de réceptivité (Pagès, 1997, p.101-102). Nous passerons donc à l'analyse de la dimension émotionnelle du travail. Il faut toutefois souligner que, séparer de cette façon les dimensions du travail est naturellement arbitraire, dans la mesure où dans l'expérience du travail, ces dimensions sont vécues simultanément et d'une manière synergique.

4.3 La dimension émotionnelle du travail

Comme dans tout autre domaine d'activité humaine, le travail est aussi la scène de la (re)production des différentes émotions : on a peur d'avoir un accident, de tomber malade en raison du travail ou de perdre son emploi; on est satisfait et fier d'un travail bien fait; on est en colère devant une injustice au travail; on éprouve de la joie et de la surprise en apprenant qu'on a eu une promotion, etc. Toute cette dimension émotionnelle introduit certes une complexité dans les analyses du travail et dans leurs rapports avec la santé physique et mentale. D'ailleurs, elle rend possible une compréhension plus juste du travail réel, de l'organisation et de la santé au travail. Par exemple, dans un hôpital, une personne est restée toute la journée à parler avec des patients mourants et leurs familles. Comment peut-on

comprendre qu'à la fin de la journée, cette personne puisse se sentir complètement épuisée si la tâche accomplie ne demande pas d'effort physique? D'où vient cet épuisement? (James & Gabe, 1996).

Plusieurs analyses du travail sont encore faites comme s'il était possible de laisser nos émotions à la porte des organisations. Les émotions au travail sont et restent invisibles, non reconnues. Enracinée dans une culture qui voit une opposition entre les émotions et la raison et qui prescrit l'invisibilité des émotions pour permettre de demeurer « scientifique » ou « objectif » dans l'analyse du travail, cette rationalité cartésienne traverse aussi plusieurs analyses de différents types de travail où l'on essaie de séparer « corps » et « âme », en décortiquant chaque geste, chaque mouvement des travailleuses et des travailleurs, comme s'ils étaient des robots sans aucune émotion.

Nous pouvons affirmer aujourd'hui que cette approche et les analyses qui s'en inspirent sont incorrectes. D'après les recherches de Damasio, « l'émotion fait partie intégrante des procédures de raisonnement et de prise de décision, pour le meilleur et pour le pire » (p. 58). De cette manière, Spinoza avait raison : lorsque l'on parle des émotions, il s'agit plus précisément d'une modification ou un changement se produisant dans le corps en même temps que dans le mental, modification par laquelle ma puissance d'agir est augmentée ou diminuée.

D'un point de vue sociologique, à partir de la fin des années 70, il y a un intérêt croissant pour l'étude des émotions compte tenu que les émotions se répandent dans chaque aspect de l'expérience humaine. En effet, il n'y a pas de relation sociale sans émotions.

Il faut donc, d'abord, définir le concept d'émotion, ce qui est une mission presque impossible, car il existe autant de définitions que d'auteurs qui l'ont déjà étudié. Du latin *e-movere* – mouvement extraordinaire qui agite le corps et l'esprit, nous comprendrons l'émotion comme un phénomène constitué de différentes facettes : (a) l'évaluation d'un stimulus ou d'un contexte; (b) les changements physiologiques, corporels, expressifs, comportementaux, cognitifs; (c) la libération ou répression de l'expression des gestes, et (d) l'existence d'une étiquette culturelle appliquée à une constellation spécifique d'un ou

plusieurs de ces trois premières facettes (Thoits, 2007). Les émotions font partie de notre système d'adaptation.

Selon Philippot (2007), « toutes ces facettes ne sont pas toujours activées, mais plus elles le sont, plus on considérera qu'il s'agit d'une émotion » (p. 17) modèle. Même si tous ces éléments sont en opération, il y a des variations et, par exemple, l'individu peut avoir de la difficulté à étiqueter l'émotion ressentie.

D'un point de vue sociologique, les émotions sont socialement construites et enracinées dans le corps. De cette manière, ce que l'on ressent façonne et est façonné par les normes culturelles, les valeurs, les croyances, les stéréotypes qui existent dans la société.

Ainsi, différents facteurs sociaux affectent la façon dont les émotions sont provoquées et exprimées. Toutefois, ces facteurs sociaux guident également les micro-actions que sont l'étiquetage, l'interprétation et la gestion des émotions. Ces micro-actions, à leur tour, se reflètent dans ce qui est étiqueté, interprété ou géré. Elles sont, en somme, intrinsèques à ce que nous appelons « émotion » (Hochschild, 1983).

Nous avons ainsi toute une culture des émotions qui est composée de règles de sentiment et de règles de l'expression émotionnelle. Selon Hochschild (1983), les règles de sentiment forment un ensemble de règles partagées socialement qui dirigent la façon dont nous devons essayer de ressentir les émotions. Elles peuvent être clairement décrites comme par exemple « Le mariage est le jour le plus heureux de votre vie », ou elles peuvent souvent être « invisibles » (et auxquelles on ne pense pas à moins qu'elles fassent l'objet d'une enquête).

Les règles de sentiment vont gouverner l'intensité (on peut ressentir « trop » de colère ou « pas assez »), la direction (on peut ressentir de la tristesse lorsqu'on devrait ressentir de la joie) et la durée (courte ou longue). Selon Hochschild (2002), « une règle de sentiment partage certaines propriétés formelles avec d'autres sortes de règles, comme les règles de l'étiquette, les règles du comportement gestuel et les règles d'interactions sociales en général (...) Elle délimite une zone à l'intérieur de laquelle on a le droit d'être libre des soucis, de la culpabilité ou de la honte en ce qui concerne les sentiments en situation. Une

règle de sentiment établit un plancher, des murs et un plafond métaphorique, délimitant l'espace de mouvement et de jeu à l'intérieur de limites » (p. 38). Comme toutes autres règles, elles peuvent être respectées ou transgressées.

Les règles de l'expression émotionnelle ont rapport à la façon dont une émotion ou un sentiment doit être exprimé. Ensemble les règles de sentiments et de l'expression émotionnelle vont définir une grande partie de nos expériences émotionnelles.

Au travail, nos expériences émotionnelles sont aussi gouvernées par les règles de sentiments : « Dans le secteur de la santé ou en éducation, il faut être aimable, empathique, sensible », et par les règles de l'expression émotionnelle : « il n'est pas professionnel de pleurer au travail » ou « ici on vend des sourires ».

De cette manière, pour accomplir le travail, tout en se conformant aux règles de sentiments et de l'expression des sentiments, il faut toujours accomplir une certaine gestion des émotions. Hochschild a défini cette gestion des émotions comme étant le travail émotionnel, c'est-à-dire la compréhension, l'évaluation et la gestion de ses propres émotions, ainsi que des émotions d'autrui dans et pour l'accomplissement du travail (Hochschild, 1983 et 1993). Il possède trois caractéristiques principales :

- (1) il demande un contact face à face ou, au moins, un échange verbal avec le public ;
- (2) l'attitude et l'expression du travailleur ou de la travailleuse produisent un état émotionnel (par exemple, la confiance, la sécurité, la peur, etc.) chez le client ; et
- (3) la dimension émotive faisant partie de la tâche, les employeurs peuvent exercer un contrôle sur les activités émotives des employés, à travers, par exemple, la formation et la supervision.

On sourit mais... en dedans on ressent d'autres émotions (Marianne).

Je sais qu'on peut se retrouver dans des situations où t'es pas satisfait de la façon dont vont les choses mais tu souris, que ce soit devant des chefs... comme moi qui assume beaucoup de représentations auprès de cadres supérieurs, c'est sûr que tu te retrouves des fois où t'es pas fondamentalement d'accord avec ce qui est exprimé, et tu souris parce que t'as pas le choix (...) alors des fois je le regarde et je lui souris en voulant dire « t'es pas drôle ». Oui, mon directeur général, il se trouve drôle et je le trouve pas drôle. (Frederic)

Oui, c'est certain. Des familles d'accueil où t'es moins contente d'arriver, dans des moins bonnes journées et t'as moins envie de... et là tu te re-boostes, et t'essayes de pouvoir finir ta journée et d'intervenir adéquatement. Je dirais que ça arrive régulièrement ça. (Geneviève)

Oui ça arrive ça, surtout, comme je disais tantôt, quand on a des conflits de personnalité avec des usagers, qu'il faut se forcer pour être... comment je dirais ça... le sentiment qui nous vient pas naturellement c'est d'être sec mettons. (...) là faut que je sois de bonne humeur, que je sois correct, que j'y donne la même chance qu'à tous les autres, même si. Une usagère par exemple qui me répète 25 fois la même chose ça peut me tomber sur les nerfs, mais je peux travailler ça avec elle, mais même si je le travaille ça me tombe sur les nerfs pareil, (...) C'est ça un peu moi je pense se faire violence par rapport aux émotions, parce que des fois on (aurait envie de dire) « ben écoute, ça fait 4 fois que tu me le dis, ça va faire ! », ça serait la première réaction, donc des changements d'émotion à ce niveau-là, oui ça arrive, ça arrive régulièrement, parce qu'on vit des frustrations aussi là. Tu sais, des fois t'es une heure à expliquer la même affaire, pis tout d'un coup elle le fait comme il faut, mais 3 heures après tu y retournes et ça recommence encore, c'est une frustration ça, mais faut se réasseoir et recommencer. Ça fait du vécu dans l'émotion. (Roland)

Bien c'est sûr que quand tu entres et que t'as pas le goût, et qu'il faut que tu te mettes un sourire dans la face et essayer de montrer qu'il n'y a rien qui te touche, parce que quand tu sens que la personne, comme la personne en question, te harcèle, moi je le vois comme elle se nourrit de ça, donc si elle voit qu'elle te touche elle va être contente. (...)Oui, j'ai déjà vécu ça. (Sylvain)

C'est sûr, mais des fois par contre ça devait paraître dans ma face, mais j'essayais ben gros, surtout qu'on m'avait demandé d'être plus souriante. À un moment donné, par accident j'ai vu une note qui disait à ma patronne « Ouais, c'est vrai, je mets une note comme quoi elle est plus souriante. C'est à suivre ». Une note que j'aurais pas dû voir. (Ginette)

On va... moi je vais réussir à pleurer. Supposons qu'on décroche le bébé pis que pis que c'est moi qui le berce ou que les parents le prennent, le bercent, c'est sûr que s'ils pleurent, ils pleurent, c'est correct pour moi de pleurer avec eux autres là. Mais entre temps, j'essaie de, j'essaie de, pas de sourire mais d'être en équilibre, plus d'être en équilibre pour aider les parents pis nos bébés. (Pascale)

C'est ça que je disais, je pense que ça doit se faire automatique; on doit rentrer dans la chambre et sourire jaune, mais ça doit être l'instinct qui nous fait sourire. Parce que c'est ça, on avait un résident, aussitôt qu'on entraînait dans la chambre il crachait, tu pouvais pas rien toucher, il faisait juste cracher. C'est sûr que tu rentres et tu dis beurk! Je m'en vais là à matin. Mais ça reste qu'il

le sait pas qu'il crache lui là, mais je devais me forcer pour sourire probablement quand je rentrais dans cette chambre-là, je devais pas y aller, hey c'est le fun, je m'en vais voir le cracheur à matin! Je suis sûre que je devais y aller justement avec un sourire forcé (Diane)

Sûrement, on n'a pas le choix là, comme je vous dis avec les familles qui te disent des choses comme ça... les soupirs, en dedans t'aurais envie de les manger mais tu peux pas le faire ça fait que... tu fais un sourire pis t'essayes de trouver comment faire comprendre ton point de vue autrement. Et pas juste avec les familles hein, on peut-tu se dire des fois aussi qu'avec le boss c'est pas toujours non plus... (Claudette)

Une autre facette du travail émotionnel (Thoits, 1996) tient au fait que les travailleurs et travailleuses doivent fréquemment faire une gestion des sentiments du client. Tout se passe comme si le service efficace devait rendre le client heureux et satisfait. Lorsqu'ils réussissent, cela devient une source de satisfaction, puisqu'ils ont le sentiment d'avoir accompli et réussi leur travail émotionnel.

Wharton et Erickson (1993) raffinent la compréhension de l'accomplissement du travail émotionnel en précisant qu'il y a différents degrés et types de travail émotionnel. D'abord, dans tous les types de travail, il y a toujours un certain degré de travail émotionnel qui est accompli. Ce degré serait lié au fait que l'individu (client, collègue de travail, gestionnaire, etc.), avec qui la travailleuse interagit, est membre ou non de la même organisation. La plus grande proportion de travail émotionnel serait accomplie lorsque les travailleuses et les travailleurs sont en interaction avec des groupes ou des individus extérieurs à l'organisation.

Il y a aussi une différenciation selon les types d'émotion en cause. Le travail émotionnel peut être : (a) intégrateur, où l'accent est mis sur l'expression de l'amabilité, du sourire, de la gentillesse; (b) dissimulateur, où l'expression des émotions doit chercher la neutralité; et (c) différenciateur, où les travailleuses et les travailleurs cherchent à exprimer l'irritation, la méfiance, l'hostilité pour créer un sentiment de malaise, de préoccupation ou de peur chez le client (Wharton et Erickson, 1993).

Intégrateur

Sûrement que j'ai dû sourire pis ça devait pas me tenter. Même que oui, je suis sûre que je l'ai fait, parce que je peux pas aimer tous les résidents qui sont là; celui-là qui me crache dessus, me semble que j'ai pas le goût de lui sourire, mais je vais lui sourire pareil. Ça doit se faire automatique. (Diane)

Dissimulateur

Puis des fois je vais avoir le goût de pleurer parce que finalement il y a quelque chose et... moi je le sais et je peux pas lui dire aussi. Ça c'est tout le côté qui peut être facile et difficile aussi en radiologie, je pense que le côté que j'aime c'est de pas avoir la responsabilité du diagnostic; je vois des choses... Je trouve ça difficile parfois, des fois je vois une patiente qui va venir pour une mammographie régulière, je le vois ça, un cancer, c'est très évident. D'autres que c'est pas évident, mais il y en a qu'on sait que c'est ça : merci madame, bonsoir, bonne fin de journée. Mais je le sais moi qu'elle a un cancer. Ça c'est très difficile de dealer avec ça. (Coralie)

Différenciateur

On va arriver des fois, on va être plus drastique : « Écoutez monsieur Chose, c'est ça qu'on fait ». Dans le fond on n'est pas méchante en dedans de nous, mais on est obligée de se mettre un masque, on est drastique pour que ça fonctionne. Ça, on va le faire souvent même. Ou des résidents qui sont tellement habitués de toujours aller au devant qu'ils écouteront pas ce que tu vas dire, fait que là on est drastique : « là vous allez m'écouter ». Là on les saisit un petit peu, ils écoutent, pis après ça, ça va bien. Mais c'est pas méchant, c'est vraiment pour saisir la personne (Diane)

Cette typologie représente un premier pas pour différencier les types de travail émotionnel. Il faut cependant considérer qu'on peut avoir dans un même emploi une conjugaison des différents types de travail émotionnel, comme c'est le cas pour les préposés aux bénéficiaires qui doivent accomplir à la fois un travail émotionnel intégrateur, dissimulateur ou différenciateur et cela parfois lors d'un simple changement de chambre.

5. Le travail de prendre soins « Care Work »

Le travail dans le secteur de la santé et des services sociaux est directement associé au travail de prendre soins² qui à son tour est enraciné dans la sphère familiale. De cet enracinement il apportera aussi de l'« invisibilité » ainsi que les « standards » de qualité et de reconnaissance : le bon travail serait celui qui est fait comme si c'était pour un membre de la famille.

² En France on garde l'expression en anglais travail du Care. Un long débat sur la définition du « care work » et de la difficulté de le traduire en français. Nous avons fait le choix pour utiliser l'expression : le travail de prendre soins de quelqu'un pour la traduction de « Care Work » Pour un aperçu du débat en France, voir notamment : Molinier, Laugier & Paperman (2009). Voir aussi la note du traducteur p.12 et 13 dans Tronto (2009) et Benelli et Modak (2010)

Fisher et Tronto (1991) nous suggèrent que le « care » soit compris « comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre «monde», de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie » (p. 40).

Pierron (2010) nous offre une définition en plaçant le prendre soins au cœur du métier : «la relation soignante tient à ceci qu'un humain, fragilisé sous les effets de la maladie, du grand âge ou d'un accident de la vie, remet sa vulnérabilité, bon gré, mal gré, aux mains d'autrui. La relation soignante doit sa difficulté à déterminer ses contours stricts au caractère asymétrique de cette relation intersubjective » (p.36).

Un autre aspect important de cette interaction asymétrique entre les soignés et les soignants est médiatisé par la famille des patients qui aura aussi un rôle important dans cette interaction. Elle peut aussi être une relation directe par exemple entre une préposée aux bénéficiaires ou indirecte par exemple d'une préposée à la stérilisation où il n'y a pas un contact direct avec les soignés, mais la vulnérabilité d'autrui repose aussi dans leurs mains.

C'était dans le cas d'un décès. Oui, je me suis assis. C'est le seul que j'ai bercé parce que la maman était pas capable de le remettre dans son lit, il était déjà décédé. Euh... Elle me l'a donné pis quand je l'ai pris, je me suis mise à le bercer, je suis partie à pleurer. Pis le lendemain, le papa est venu nous porter une plante et quand il est arrivé, je suis restée tellement figée que je suis repartie à pleurer (Sylvaine).

En outre, dans le travail de prendre soins il existe une émotion importante: l'amour qui va traverser le travail émotionnel. En effet, les frontières entre le travail émotionnel et l'amour sont encore floues. Où finit le travail émotionnel et où commence l'amour? Dans le travail de prendre soins, l'amour est omniprésent, le souci de l'autre, la sollicitude et cela même lorsque l'on travaille indirectement avec les patients :

C'est toujours émotif parce qu'on essaie toujours de voir si le patient a survécu avec tout ce qu'on a donné. On se renseigne, puis dans le fond quand tu es de nuit, on a quand même des collègues de travail infirmières, on se connaît bien, on a des suivis de patients (...) c'est un sentiment qu'au moins tu as travaillé mais que tu l'as sauvé. T'as une partie, le médecin a tout fait, puis l'infirmière, c'est sûr qu'on va prodiguer des soins. Mais sans moi, le sang ne serait plus là. Je fais partie de la gang. Pour moi c'est d'autant plus valorisant. Tu as sauvé

une vie. Tu n'as pas travaillé pour rien la nuit passée là. Ça, c'est quelque chose (Cécile).

Même si dans le travail prescrit, l'amour et l'attachement envers les patients soient déconseillés ou carrément interdits, tous les travailleurs et travailleuses sont unanimes à souligner que c'est impossible de ne pas s'attacher et que l'amour est présent.

Nos usagers nous aiment. Et tu sais, l'amour des usagers c'est inconditionnel, on peut être gros, laid, pas beau, chauve, eux autres ils aiment, et c'est pas physique contrairement à nous autres. Ça devrait être le contraire, on devrait être plus comme ça. Mais eux autres, si tu fais des choses pour eux, des choses avec eux, que tu leur apprends des choses, ils t'aiment, c'est inconditionnel ça, ça n'a rien à voir avec ce que t'as l'air. C'est un amour beaucoup plus normal je dirais. Je pense qu'entre l'éducateur et les usagers c'est ça la relation ; il y a une relation d'amour entre l'éducateur et l'utilisateur, mais c'est-à-dire qu'il faut que ce soit dosé (Roland).

Surtout il y a des patients qui sont plus attachants que d'autres aussi tu sais, il y en a qu'on dirait qu'on reste attaché, qu'on a comme une chimie, alors souvent ça c'est des côtés difficiles (Coralie).

Je vous dirais que oui, sur des décès de résidents, des personnes qu'on s'est attaché. T'arrives de travailler, tu dis ah non, il est décédé. Là ça te fait un choc, tu dis bon, je le verrai plus cette personne-là; tu rentres dans la chambre c'est plus cette même personne-là. Ça je l'ai vécu à plusieurs reprises. Pas aller jusqu'à pleurer, mais à dire mon Dieu, je l'ai plus cette personne-là (Diane).

C'est sur le coup que c'est dur. Ça prend je dirais une bonne semaine avant de vraiment là décanter. Parce qu'on le vit intensément avec les familles à ce moment-là. Même si c'est des gens que c'est la première fois qu'on les voit, on a des interventions à faire, tout ça. Pis ça vient vite nous chercher pis on devient vite, pas familier, mais euh... Voyons! Comment je pourrais dire? C'est dur à expliquer le lien qui se crée avec ces gens-là en peu de temps là, c'est...c'est peut-être... C'est un peu plus difficile (Sylvaine).

Généralement, moi quand j'allais piquer sur les étages, j'aimais passer du temps avec les patients. Mais les patients c'est aussi les conjoints, c'est aussi, comme vous dites, j'aimais jaser avec eux-autres. Fait que c'est sûr que moi, je n'ai jamais eu de problèmes comme tel, j'ai toujours fait mon social. Je disais toujours j'ai à vous piquer là, là j'expliquais le pourquoi je piquais. Puis souvent bien on parle de la pluie et du beau temps aussi, pour essayer de faire oublier. Ça c'est un petit peu mon bénévolat que je faisais. J'aime le monde. (...)J'ai beaucoup d'écoute, fait qu'on dirait que ça se transmet puis que ça se

sait. (...) il y a aussi la personne qui est là, t'es pas juste technicienne, t'es pas juste représentante syndicale, c'est qu'à quelque part ce que tu dégages, tu représentes, ça joue beaucoup aussi. (Cécile)

On voit donc ici, comme dans la dimension émotionnelle du travail, la difficulté à quantifier cette dimension. Comment peut-on quantifier ce qui est du domaine des relations intersubjectives? Le problème apparaît quand, comme l'a bien démontré Stone (2000) « les gestionnaires du travail de prendre soins veulent des preuves qu'ils livrent quelque chose, et fréquemment, une preuve qu'ils livrent quelque chose de haute qualité aussi. Ainsi, ils veulent que tout soit documenté et mesuré. 'Vous ne pouvez pas gérer quelque chose qui ne peut pas être mesuré' c'est le mantra de la gestion. Les gestionnaires cherchent à justifier l'argent et les efforts. Les tâches apparaissent, les conversations non » (p. 98).

De cette manière, non seulement la communication n'apparaît pas et ne peut pas être quantifiée, l'amour, le travail émotionnel, la tendresse font aussi partie de l'incommensurable qui est fondamental dans le travail de la santé et des services sociaux et la qualité de ce travail, mais qui n'est pas pris en considération par la gestion. Ce sont des tâches invisibles³. Il y a même du travail accompli qui ne passe pas par les relations marchandes comme nous démontre Richard :

On s'occupe aussi j'allais dire de soutien familial parce que beaucoup de ces gens-là n'ont plus de soutien familial, ou du moins les gens viennent pas les voir, donc on établit des liens tissés assez serrés dans certains cas avec certains bénéficiaires, avec d'autres beaucoup moins, c'est une question d'affinité aussi, mais on joue un rôle de soutien, et dans mon milieu, on les accompagne jusqu'à la mort. Donc on les nourrit, on les lave, on les habille, on les soutient, on va faire des commissions dans certains cas. Je dirais qu'au cours des 25 dernières années, il m'est arrivé à l'occasion de sortir un bénéficiaire, pas l'amener chez moi mais le sortir parce qu'il voulait aller magasiner, puis j'avais une journée de congé, pis, ah viens t'en, on va aller faire un tour. Comme je disais, on finit par... y a sur mon unité un bénéficiaire qui est entré avant moi, qui est toujours en place, or c'est ben évident que lui, il y a un lien plus fort d'amitié que de relation interpersonnelle patient-intervenant, parce qu'il est là depuis 38 ans. (Richard)

³ Il faut aussi comprendre que cette invisibilité est restreinte aux invisibles de la santé et aussi aux infirmières tandis que pour les médecins la communication est reconnue tel que nous a fait découvrir le reportage de Radio-Canada « La rémunération qui est offerte aux médecins de famille, ce n'est pas pour faire la supervision, mais plutôt [pour] du temps qu'ils passent à discuter des cas avec des infirmières praticiennes spécialisées pour offrir de meilleurs soins. C'est juste une rémunération équitable pour du temps passé », a déclaré le ministre de la santé» 25 septembre 2010.

On doit aussi considérer la place dans l'échelle occupationnelle où se trouvent les invisibles de la santé. La plupart du travail de prendre soins, pour compte de la ségrégation occupationnelle, fait partie d'un prolétariat émotionnel⁴ où la latitude décisionnelle et le degré de prestige social est faible, surtout si on les compare avec les médecins. L'effet de contraste est davantage renforcé avec cette comparaison.

Si on associe à ce point le fait que les émotions des femmes sont considérées et traitées comme moins importantes, nous avons que le «bouclier statutaire» (status shield) de ces travailleurs et travailleuses contre les abus c'est plutôt faible. De cette manière, les travailleuses et les travailleurs dans le secteur de la santé et des services sociaux sont plus vulnérables à vivre des humiliations, des abus et de la violence. Sans pouvoir riposter, les travailleuses ne peuvent ainsi exprimer leurs « vraies » émotions. Dans le travail de prendre soins, la violence provenant des patients doit être tolérée ce qui impose une surcharge de travail émotionnel. Nous allons traiter de la question de la violence dans une section dans ce rapport.

6. La Confiance

La question de la confiance est présente dans les différents métiers analysés dans ce rapport. Dans la vie quotidienne, on utilise le mot confiance pour faire référence à plusieurs choses différentes et divers mots sont utilisés pour faire référence à la confiance.

D'après Peter Blau (1964), la confiance est essentielle pour la stabilité des rapports sociaux. On dirait même que la confiance est le ciment des rapports sociaux. Giddens (1990) définit la confiance comme l'assurance dans la fiabilité d'une personne ou d'un système, par rapport à un ensemble de résultats ou événements, où cette assurance exprime la foi dans l'honnêteté ou l'amour d'autrui, ou dans la rectitude des principes abstraits (savoir technique) (p.34).

En général, il faut aller chercher leur confiance. Donc moi je me dis il faut que je sois fair. Dans le sens là, parce que souvent il y a des familles, ah bien là je

⁴ Le prolétariat émotionnel est composé des travailleuses et travailleurs qui accomplissent un travail face à face ou voix à voix, mais qui n'ont pas le contrôle sur les « règles de sentiments » qui vont guider leur travail émotionnel et qui sont dans une position «servile» par rapport aux patients (Macdonald & Merrill, 2009, p. 115)

suis pas content puis tatata, des fois ils sont agressifs verbalement. Dans ce temps-là je leur dis que je comprends, c'est vrai, des fois ils ont vraiment raison (Marjolaine.)

La première chose à bâtir avec un usager c'est le lien, faut établir un lien de confiance (Roland).

Arranger le chaos, faire affaire avec plein de gens différents qui ont des perceptions différentes, qui envoient plein de messages contradictoires, normaliser, avoir un souci de justice pour les gens, que les gens se sentent bien dans le traitement qu'on leur fait, parce que c'est leur gagne-pain, c'est leurs sous, c'est quelque chose qui peut aller les chercher rapidement ; si on cède une personne plutôt qu'une autre bien... c'est leur gagne-pain, c'est leur subsistance, et ils sont très à l'affût de tout ça, et avec raison, donc il faut leur donner confiance (André).

La confiance peut aussi être une source importante de satisfaction et de plaisir au travail, car elle est dans ces cas intimement associée au degré d'autonomie au travail, d'avoir du contrôle sur le travail accompli.

Quand qu'on me fait confiance, c'est ça que je me dis surtout. Parce qu'un employeur-employé, c'est un lien de confiance qu'on crée. Si l'employeur est toujours en train de me checker dans le dos, bien c'est parce qu'il me fait pas confiance, puis s'il me fait pas confiance, bien ça, ça va, j'aurai pas un sentiment de satisfaction. Puis moi la satisfaction au travail, c'est un lien de confiance. Regarde, tu m'as confié un travail, je vais le faire, t'es satisfait, je suis satisfait, j'ai ma paye, puis ça me satisfait, mon travail est bien fait, ça te satisfait, tout le monde est heureux, (Daniel)

Et les gens se trouvaient bien là-dedans, et on la faisait notre gestion, on se sentait responsables de ça, et les décisions qu'on prenait, il y avait une confiance sous-jacente qui était là, qui faisait en sorte que oui, on nous posait des questions sur les décisions qu'on prenait en lien avec les achats de matériel et notre budget, mais on n'avait pas à s'expliquer outre mesure parce qu'il y avait un consentement, une écoute. (Pierre)

Dans les métiers analysés ici la confiance est présente et soutenue, soit dans les rapports avec les soignés comme dans les rapports avec la supervision. La confiance est bâtie en grande partie à travers la communication (Lupton, 1996) et les travailleuses et les travailleurs soulignent aussi l'importance de la communication dans la construction de la confiance dans leurs relations avec les soignés :

J'ai beaucoup d'écoute, fait qu'on dirait que ça se transmet puis que ça se sait. Fait que c'est sûr une approche les premières fois, faut que tu fasses une approche, faut que tu les mettes en confiance. Fait que déjà là en partant quand tu établis une confiance, bien le lendemain quand tu reviens, bien tu as des liens déjà de créés (Cécile).

De façon générale les parents sont contents de me voir arriver; je réussis à établir une relation de confiance assez rapidement. J'ai rarement à faire face à l'agressivité des parents, ça m'est arrivé très très très rarement (Jacques).

De plus, la confiance est mise en place pour réduire la complexité des systèmes sociaux (Luhmann, 1979). En ce sens, nous pouvons remarquer par exemple dans ce que Cécile et Jacques nous ont dit que, lorsque la confiance est établie, le travail émotionnel est plus réduit, car on fait moins la gestion des émotions d'autrui après.

Selon Luhmann (1979), la méfiance n'est pas seulement le contraire de la confiance, c'est aussi son équivalent fonctionnel. Autrement dit, si une personne ne fait pas confiance, la simplification de la complexité sociale sera alors faite à travers la méfiance et, dans ce cas, les participants de la rencontre seront vus comme des ennemis contre qui on doit se battre. Selon l'auteur, la méfiance nous oblige à avoir plus d'informations pour simplifier la complexité sociale dans notre vie quotidienne. De cette manière, la relation de service devient plus complexe et elle demande plus de compétences relationnelles et émotives :

Et des fois la famille est plus malade que le patient justement. Il y a des familles qui sont vraiment perturbées. Il fait 40 degrés, il faut mettre la camisole à maman, il faut mettre les bas à maman, la douillette. Ils ont besoin d'aide, on sent qu'ils ont besoin d'aide, ils ne sont pas prêts à laisser partir leur parent ou leur mère, ils sont hyper protecteurs, ils ne nous font pas confiance. On va faire, j'ai vu une famille, on fait une glucométrie, bien ils ont l'appareil dans leur sacoche et ils vont le faire en arrière de nous là. Bien moi ça me dérange pas que vous en fassiez, mais les aiguilles contaminées là, ça, ça me dérange par exemple. Mais ça a pris du temps avant, ils appelaient à 9h, avez-vous fait la gluco à ma mère, oui, elle est à tant, avez-vous donné une collation, oui j'ai donné la collation, j'ai fait ci. Vous savez ça demande beaucoup de temps et de patience, parce c'est comme si elle me disait tu fais pas ta job comme faut, je veux être sûre que tu la fais comme il faut. T'as beaucoup de patients, il faut que je reste disponible, il faut que je réponde au téléphone, que je reste patiente avec cette dame là. Jusqu'à temps, je me dis un jour elle va dire bon, c'est Marjolaine qui est là, c'est son équipe, pas de problème. Je ne dis pas ça pour dire que je suis meilleure que les autres, mais pour que la relation de confiance soit là (Marjolaine).

Particulièrement à ce chef de service-là. À partir du moment où j'ai plus confiance, pis que j'avais le sentiment que si je parlais de mes choses intérieures qu'il s'en servirait contre moi. À ce moment-là, je dirais, je suis tombé sur un mode, particulièrement avec lui, la tâche. Donc le manque de confiance que j'avais avec lui faisait en sorte que je pouvais pas parler, et non seulement je ne pouvais pas, je ne voulais pas parler de cet aspect-là. Donc à partir du moment où il commençait à me demander « comment tu trouves telle affaire » ou qu'il venait chercher des informations par rapport à des collègues de travail, je me tenais extrêmement loin de ça, de ce que je pouvais vivre avec d'autres collègues de travail au niveau émotif (Pierre).

De cette manière, la confiance dans les relations dans le secteur de la santé et des services sociaux est axée sur deux aspects : il y a une relation de confiance construite à partir d'un travail émotionnel et de la communication qui peuvent être associés aux compétences relationnelles et émotionnelles des travailleuses et des travailleurs. Il faut également remarquer que c'est une demande émotionnelle pour la travailleuse et le travailleur que de gagner la confiance du client ou au moins de neutraliser ses soupçons et que c'est grâce au travail émotionnel accompli par les prestataires du service, que les transactions équitablement fiables, plaisantes et sans tension entre des gens qui sont totalement ou partiellement étrangers, sont possibles (Hochschild, 1983).

7. L'organisation du travail

L'organisation du travail peut être définie comme « la division du travail, le contenu de la tâche, le système hiérarchique, les modalités du commandement, les relations de pouvoir, les questions de responsabilité » (Dejours, 2000, p. 55), ainsi que les formes de contrôle (par exemple : du temps, des émotions, du corps etc.) qui seront exercés au travail.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, la pression constante des coupures et les changements incessants ont introduit une grande insécurité. Nous observons la transition vers une organisation du travail « lean⁵ » - littéralement : « production maigre » ou « production

⁵ Le lean production a été le nom qu'un groupe de chercheurs du MIT a donné au système de production Toyota compte tenu toutes les adaptations faite au Toyotisme dans les transpositions occidentales du modèle. Pour un débat sur la transposition du modèle japonais voir Hirata (1993) et Milkman (1991). Pour la question du lean voir : Krafcik (1988) et Holweg (2007).

allégée ». C'est une forme d'organisation du travail axée sur la polyvalence, le travail de groupe, le flux tendu, le zéro défaut, permettant de réduire les effectifs d'une manière importante. Dans cette forme d'organisation du travail, on vise la réduction maximale des ressources, incluant les ressources humaines.

Les conséquences sont visibles sur les travailleuses et travailleurs, puisqu'on constate que les problèmes de santé occupationnelle augmentent, la pression sur les salariés s'accroît, la détresse psychologique, les souffrances et les problèmes d'usure physique et mentale sont de plus en plus présents.

Dans la production « lean » (ou encore appelée gestion par le stress) il y a l'interdépendance des différentes caractéristiques qui la composent : l'intensification du travail – on fait plus avec moins; l'organisation du travail en flux tendu (Juste à temps) ; l'utilisation intensive de la sous-traitance; les différentes méthodes pour réduire le gaspillage; le contrôle très rigide du travail; l'individualisation des problèmes et la réduction de l'habileté collective des travailleurs à répondre et à se mobiliser face aux attaques à la qualité de vie au travail associée à la dépolitisation de la question de l'organisation du travail (Parker & Slaughter, 1994; Stewart et col., 2009).

Il faut signaler que le discours sur la production « lean » construit l'image d'une organisation efficace qui cherche à éliminer toute forme de gaspillage, à obtenir une flexibilité totale, à avoir une main-d'œuvre polyvalente et à ne pas avoir des effectifs superflus. Personne ne peut être contre une image si positive. Qui préfère être inflexible et gaspilleur ? Ce discours idéologique permet de masquer premièrement les conséquences surtout pour la santé des travailleuses et des travailleurs de cette forme d'organisation du travail.

En deuxième lieu, ce discours idéologique permet aussi de cacher le contenu politique de cette technologie organisationnelle, en dissociant politique (les fins) et technologie organisationnelle (les moyens), cela nous permet de croire que le problème réside dans la manière dont la technologie est utilisée et non dans la technologie en soi. En d'autres mots, s'il y a un problème, c'est parce que la technologie organisationnelle, dans notre cas le « lean production » n'a pas été bien implémentée. Il existe même dans l'internet, des groupes de défense du « lean production » et ils vont même jusqu'à affirmer que « à l'essence même, la philosophie « lean » préconise le respect du travailleur et la qualité totale » ou encore que « la philosophie du lean ou

modèle Toyota ne préconise pas d'utiliser moins pour faire mieux, mais plutôt d'éliminer les gaspillages pour faire mieux à moindre effort ».

En tout cas, certainement, ce n'est pas l'effort des travailleuses et des travailleurs qui est moindre, car il y a une surcharge de travail qui découle de la « lean production. » Les recherches démontrent que les effets pour la santé physique et mentale des travailleuses et des travailleurs dans une organisation du travail « lean » sont désastreuses. Au Japon, cette forme d'organisation du travail a des conséquences destructrices, comme le Karoshi - mort par surtravail - et le Karojisatsu - suicide causé par le stress au travail. La pression pour une performance sans faille, à tout prix, devient insupportable⁶. Au Royaume-Uni, la production « lean » a un impact particulier sur « la santé et sécurité au travail, incluant la détresse psychologique, l'intensification du travail, et les attitudes de la gestion envers les travailleurs (...) une des caractéristiques de la production « lean » c'est qu'elle cherche à augmenter la détresse et l'intensification du travail pendant qu'elle réduit l'habileté collective des travailleurs à répondre à travers les pratiques et idéologies de gestion » (Stewart et col., 2009, p. 3).

En France le rapport du cabinet Technologia du 18 octobre 2007 à propos des suicides chez Renault indique qu'une des causes peut être associée aux dysfonctionnements organisationnels (surcharge de travail, manque de reconnaissance, l'impossibilité d'accomplir un travail bien fait) provenant de la transposition des principes du Toyotisme à la réalité française⁷. Valeyre (2006) en comparant les conditions de travail et la santé au travail selon quatre formes d'organisation du travail dans l'Union européenne, arrive à la conclusion que les organisations en « lean » production sont souvent les moins bonnes, même lorsque comparées avec les organisations tayloriennes.

7.1 La Charge de travail

Les principes de l'organisation du travail « lean » sont déjà bel et bien présents dans le secteur de la santé et des services sociaux. Un exemple c'est la question de la surcharge de travail qui est une dimension extrêmement préoccupante dans ce secteur. Dans une analyse que nous avons faite dans un CSSS Montréalais, la surcharge de travail était la variable la plus

⁶ Voir par exemple Kamata (2008).

⁷ Voir Jeanneau (2008) et Delgenes et col. (2008).

problématique parmi les neuf variables étudiées dans cette étude influençant significativement la détresse psychologique et l'épuisement professionnel (Soares, 2010).

La charge de travail, elle a augmenté c'est clair. Ça c'est clair, c'est flagrant, puis ça augmente de plus en plus. Je vous dirais qu'à date ça n'a pas arrêté d'augmenter. Puis ça s'en va pas en s'améliorant vu que la rétention que le boss fait, c'est pas vraiment de la rétention de personnel. Puis il n'y a pas vraiment d'attraction pour ici, (Daniel).

Il y a beaucoup de travail, on est surchargé, veux, veux pas, ça vient nous chercher aussi (Lyse).

Il y a plusieurs années, vous savez, quand ils ont vidé les hôpitaux là, ils ont fermé les hôpitaux pis qu'ils ont mis tout le monde à la retraite là. C'est à partir de ce temps-là que ça s'est détérioré énormément. Ça, ça été là du jour au lendemain là, tout le monde est parti. Fait que celles qui sont restées, on a été surchargées tout de suite, tout de suite, tout de suite (Pascale).

C'est le côté inhumain de travailler en centre hospitalier, c'est la surcharge de travail pour, peut-être la reconnaissance qu'on pourrait obtenir. Moi si vous me parlez de ce qu'il y a dans un hôpital au niveau des professionnels, bien on va vous dire les infirmières, des médecins. Je me demande si la cuisine et la cafétéria, ils ne sont pas plus reconnus que, admettons ma profession à moi, technicienne de laboratoire. Les gens ne savent pas ce qu'on fait dans un sens (Cécile)

La charge de travail vient aussi sous la forme des urgences comme l'ont bien indiqué Raveyre et Ughetto (2006), « les salariés se trouvent pris dans un sentiment d'urgence, de pression temporelle les mettant toujours sur le fil du rasoir » (p. 123).

Je les aide du mieux que je peux à maintenir une belle qualité de vie, je fais de la réadaptation quand je peux – c'est ça la base il me semble de mon travail sauf que c'est pas ce qu'on fait, on répond aux urgences présentement bien plus que d'autre chose (Geneviève).

[La charge de travail] elle est énorme. Elle est énorme. Aujourd'hui là, c'est... des fois là, entre les filles on se dit : «On est comme dans un temps de guerre là.» On en a tellement là que des fois là, faut presque choisir. Tsé là, faut... On va où ça brise le plus, où c'est le plus urgent. On va de un à l'autre où c'est le plus urgent. On se dit : «On fait juste comme sauver les meubles.» Tsé dans le sens là, qu'il faut aller à la priorité. Pis on est toujours, toujours à dire : «J'ai ça à faire.» Mais dans notre tête là, il y a quelque chose d'autre encore qui

nous attend, qui est urgent aussi. C'est presque toujours comme ça. Très, très souvent en tout les cas (Pascale).

La réalité et la formation que j'ai reçue, c'est deux mondes différents. Je sais que je suis une bonne infirmière, je sais que je suis consciencieuse, compétente, mais il y a tout l'aspect humain que des fois il faut que j'aille vite vite vite, dans le sens que des fois j'ai pas le temps de parler à mes patients, j'ai 50 patients de soir, je n'ai pas le temps de tout voir mes patients, je n'ai pas le temps, je suis toujours en situation de répondre à des urgences. Alors c'est comme, je sais que je fais un bon travail, mais je sais qu'en tant qu'infirmière je devrais, je pourrais faire plus, mais on ne me donne pas les moyens de le faire (Marjolaine).

Mes échéanciers, parce que je peux travailler pour une vingtaine de personnes. Une situation justement hier : j'avais quatre choses à rendre qui étaient urgentes pour la journée même. Ça ça me stresse; j'ai pas dîné, je suis partie une heure et demie plus tard. J'ai réussi à tout rendre, sauf qu'il a fallu que je fasse du temps, et ça c'est des choses qui vont me stresser, quand il y a trop trop de choses urgentes à la fois (Charlotte).

Cette intensification du travail, effectivement se traduit dans une détresse psychologique plus élevée, on vit dans un niveau de détresse permanent. Comme l'ont bien identifié Parker et Slaughter (1994) qui expliquent cette logique comme « en stressant le système, on identifie les points faibles et ceux qui sont les plus forts. Les points faibles vont briser quand le stress devient trop fort indiquant qu'on a besoin des ressources. Les points forts sont considérés comme en ayant trop de ressources, et ainsi trop gaspilleurs » (p.25) et on peut donc couper les ressources.

7.2 La sous-traitance

La sous-traitance c'est un autre pilier de l'organisation du travail « lean » (Stewart et col., 2009). Non seulement elle sera associée à une érosion des salaires et des conditions de travail, mais aussi une source de surcharge de travail dans plusieurs cas.

Je suis quasiment chaque jour avec du monde différent, fait qu'à chaque jour faut réexpliquer, à chaque jour faut dire regarde, faudrait que tu fasses ce résident-là. Ou on va faire les résidents qui sont les plus difficiles parce que si

on envoie une nouvelle personne ça va prendre double de temps, fait que quand on a toujours des remplacements différents, on a une surcharge de travail les personnes régulières. Et ça, on voit ça à tous les jours même parce qu'il y a beaucoup beaucoup d'absences, beaucoup d'absences enfant malade, maladie aussi, fatigue, blessures, beaucoup beaucoup beaucoup de blessures au dos, tendinite, tout ce qui finit par « ite ». Ça, il y a beaucoup d'absences là-dessus (...) c'est pas de la faute à personne – mais la petite fille arrive, elle vient d'une agence, elle sait même pas c'est quoi une couche large pis une couche médium, et là faut que tu te pètes l'ouvrage en double, pis c'est pas de sa faute, la petite fille qui est là elle veut ben travailler, mais ils la garrochent là pas d'expérience, mais tu t'en vas là. Ça c'est énervant, c'est énervant pour toute l'équipe de soins, et le résident qui attend aussi parce qu'à cette heure-là il devrait être levé pis ils le lèvent pas. Fait que ça c'est des situations qui nous choquent pis qui parfois nous énervent (Diane).

Le gouvernement se crée probablement sa propre pénurie. Avec les agences privées d'infirmières, elles sont tellement sélectives, elles ne veulent pas travailler de jour, elles ne veulent pas travailler de nuit, elles ne veulent pas faire de fins de semaine. Mais un hôpital c'est ouvert 7 jours par semaine, 24 heures par jour. Fait que le gouvernement a créé sa propre pénurie de main-d'œuvre, justement avec les partenariats privés qu'ils font avec les cliniques privées. Moi je le vois ici, les radiologistes chez nous sont à la polyclinique. C'est drôle, on n'est pas capable d'avoir un scan ici à moins d'un an à deux ans, à moins que t'aies un contact, mais tu vas à sa clinique puis dans la semaine d'après tu l'as. Mais c'est le même médecin puis c'est les mêmes technologues parce que les technologues sont en pénurie de main-d'œuvre. Sont reconnus pour être en pénurie, mais c'est drôle, quand on va en clinique privée, là on a le service. Fait que les partenariats privés avec les cliniques privées là, ça j'ai un petit peu de misère avec ça parce qu'on le voit à l'interne, les médecins ne sont pas disponibles à l'interne, mais ils sont capables de faire leurs tests dans leur clinique privée. C'est comme nous-autres, la biologie moléculaire, on avait un médecin chez nous qui était, on faisait la partie la plus chère dans nos labos, puis le reste, c'était dans sa clinique. Les tests de laboratoire, la partie la plus chère était au niveau des laboratoires d'ici et la partie qui était la plus payante, c'était dans sa clinique. On laisse faire ça, ça n'a pas de sens ! C'est toutes des aberrations, quand je parlais de la gestion. On manque d'argent, pourquoi on manque d'argent ? On laisse ça aller. Puis on est un gros centre hospitalier, fait que je ne comprends pas pourquoi le gouvernement, mais non, on y va avec le partenariat public-privé, on vide les hôpitaux, les techniciens, ça c'est sûr, les infirmières. Je ne pense pas qu'il y a une réelle pénurie, ça c'est clair (Cécile).

7.3 Absentéisme

Plusieurs stratégies associées à l'absentéisme font aussi partie de l'approche « lean ». Par exemple, on ne remplace pas les personnes qui sont absentes, en congé de maladie, en vacances ou qui partent à la retraite. Il n'y a pas de personnes pour les remplacements, c'est-à-dire, il n'y a pas de périodes creuses où on peut ralentir. En effet, il y a une densification du temps de travail où on essaie d'obtenir un « temps intégralement utile » dont nous parle Foucault (1975). « Le temps mesuré et payé doit être aussi un temps sans impureté ni défaut, un temps de bonne qualité, tout au long duquel le corps reste appliqué à son exercice » (Foucault, 1975, p. 153).

Quand elle commence, ta journée, tu sais que tes 8 heures sont pleines, ça fait que... À moins que tu aies un patient qui change et que celui qui rentre et qui est pas trop pire ; si t'en avais un qui demandait énormément et que le nouveau qui l'a remplacé est pas mal moins lourd, que tu peux gagner du temps, ben là t'es bon pour en donner un petit peu plus, mais de jaser dix minutes avec les patients, assis avec eux autres, depuis plusieurs années, on oublie ça, ça n'existe plus ça (Claudette).

Une équipe volante, c'est comme une équipe de remplacement, mais on a des postes permanents. Euh, j'étais à temps complet à ce moment-là. Il y avait des temps partiels aussi. On, on... c'est chiant à dire, mais on bouche les trous. Quand il y a des absences dans un département, c'est nous autres qui appellent, qui y va, qui est placé par l'équipe de nursing pour aller là. Pour ce soir-là, un remplacement ponctuel-là : une maladie d'un soir ou une absence imprévue ou un surplus de travail, c'est qui nous autres qui remplacent à ce moment-là (Sylvaine).

Dans une journée, il peut m'arriver n'importe quoi. J'ouvre ma porte le matin, je sais que j'ai ça ça ça à faire, mais j'ai toujours plein de bombes qui explosent : « Ah Brigitte, Brigitte fais ci, Brigitte veux-tu faire ça, veux-tu me rendre service... » Donc c'est un travail à pression. Beaucoup de pression. (...) Je l'ai demandé ça : « Tu pourrais nous remplacer pendant nos vacances, parce qu'un mois c'est long toute seule, faire la job de deux quand t'es toute seule... ». Tout ce qu'elle pouvait me répondre c'est « Danièle ne prendra peut-être pas un mois l'année prochaine ». Un mois ou trois semaines t'sais! C'est trois semaines que t'es toute seule à faire le travail de deux. Ça déjà au départ c'est une surcharge de travail (Brigitte).

Finalement, il faut comprendre que ces stratégies « lean » vont avoir aussi un effet de briser la cohésion des groupes de travail, car les travailleuses et les travailleurs n'apprécieront pas

la surcharge de travail provenant de l'absence d'un-e collègue. Ils ne vont pas identifier la source de leurs souffrances dans les stratégies utilisées par l'employeur, mais plutôt dans le ou la collègue qui est absent-e. Cette pression provenant des collègues maintes fois sera utilisée par la gestion pour briser la cohésion du groupe, empêcher la communication horizontale et ainsi « diviser pour régner » (Parker et Slaughter, 1994).

C'est sûr qu'à l'époque on avait le temps de socialiser, c'est-à-dire de prendre le temps de discuter de l'inquiétude – parce que subir une chirurgie c'était toujours une inquiétude, donc une maladie, une problématique qu'il faut corriger – alors on avait le temps d'échanger, de connaître aussi les gens, tandis qu'aujourd'hui t'as plus le temps, les gens font l'essentiel, c'est-à-dire que je suis dans la chambre pour t'offrir un soin, répondre à quelque chose, placer quelque chose, et après faut tout de suite que tu ailles répondre à une autre urgence, ou quelque chose d'autre à effectuer, alors c'est sûr que les échanges ne sont plus du tout les mêmes entre le personnel et les patients. L'aspect social n'a presque plus de place (Frédéric).

Alors cette perte de contact-là fait qu'il y a moins de coopération. En ayant moins de coopération, ça a amené aussi justement d'avoir un manque d'informations, on a perdu certains liens. Quand les retraités sont partis de façon massive quand il y a eu la fusion des hôpitaux, beaucoup de gens sont partis à la retraite – des gens qui étaient comme dans la cinquantaine et plus – alors il y a des contacts informels qui étaient déjà créés à ce moment-là qui ont été brisés, alors la chaîne d'informations s'est comme coupée. Et maintenant, la façon dont les gens gèrent, ces liens-là ne sont pas créés de la même façon, et l'attitude de certains qui disent « moi j'ai pas d'affaire à aller chercher de l'information c'est à eux à me la transmettre », ben si la personne a pas de lien avec l'autre, c'est qu'elle attend. Alors ça « redéficit » le département d'une information qu'on aurait dû avoir. C'est dans ce sens-là. Il y a de l'évolution d'un côté, mais il y a des manques de l'autre. Moi j'aime bien le côté humain de la chose (Marianne).

Il y aura aussi des effets de ces stratégies « lean » sur les rapports entre soignés et soignants :

Les clients ont l'impression de ne plus avoir autant de dévouement, de temps, de services, mais c'est (normal) quand on a de l'inquiétude, du stress lié à la maladie, donc des fois on reçoit cette déception-là que ce n'est pas à la hauteur de leurs attentes, on cherche des coupables devant des erreurs. Mais en même temps il y a encore du monde sensible, qui sont conscients de l'évolution des services et qu'effectivement les choses ont changé, et qu'on ne peut plus donner comme on donnait parce que les patients sont plus malades. Mais il y a des gens qui ne comprennent pas ça (Frédéric).

À un moment il y a des patients qui s'aperçoivent que t'es dévouée, que tu donnes le meilleur de toi, (...) C'est sûr que c'était gratifiant quand... Mais je pense que de plus en plus les patients ont autant de frustrations que le personnel, pour toutes sortes de raisons, et que là, peut-être qu'ils sont rendus plus agressifs. Ah oui, j'ai eu à un moment donné une petite session sur... ben un avant-midi... ou une journée, sur les patients agressifs, comment gérer (Ginette).

8. Les violences au travail

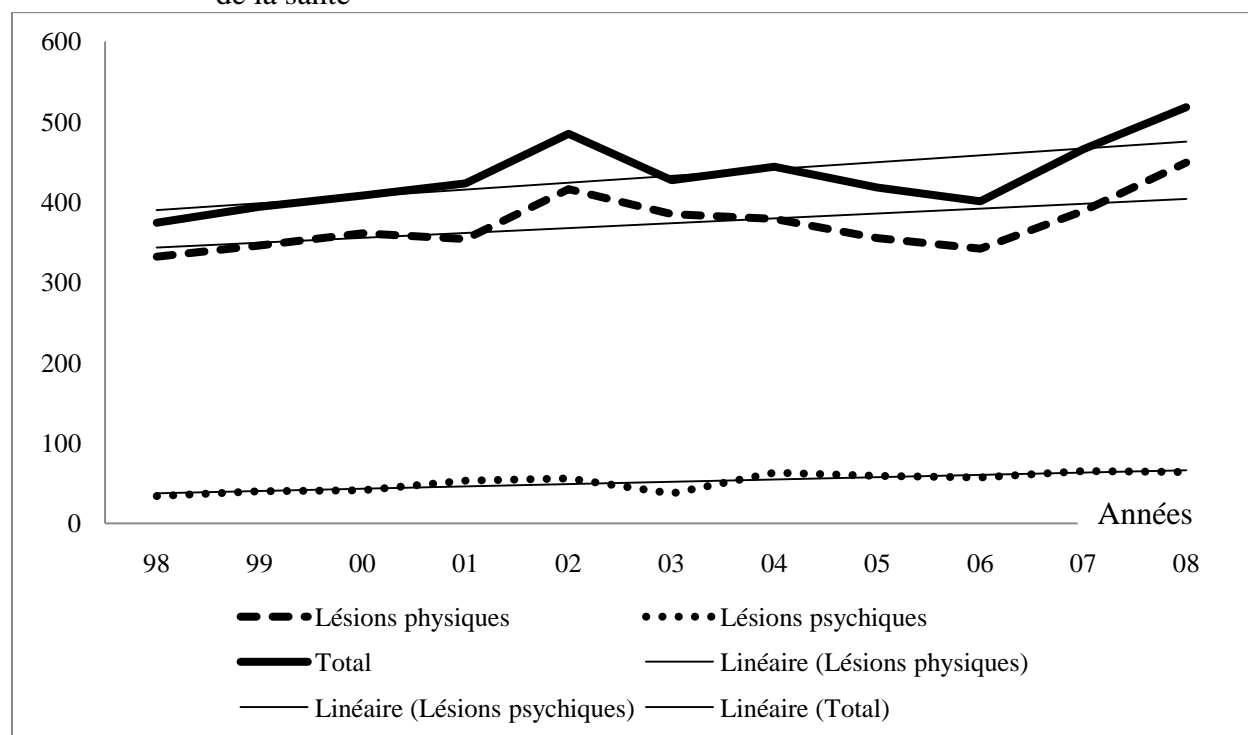
Les violences ont toujours été présentes au travail et les accidents du travail en sont un triste exemple. Cependant, ce qui est nouveau et préoccupant dans ce phénomène, c'est la fréquence et la gravité des actes de violence au travail. De plus, il semble y avoir une transformation dans les formes de violence, associée sans doute aux métamorphoses dans les mondes du travail (Debout & Larose, 2003). Selon la Commission de Santé et Sécurité du travail (CSST) du Québec, le nombre des lésions attribuables à la violence en milieu de travail est en hausse : en 1997 on a accepté d'indemniser 1740 cas de lésions attribuables à la violence en milieu de travail, en 2008 ce chiffre a augmenté à 1800 cas et la nature des lésions est majoritairement physique. Le tableau 2 montre le nombre de lésions attribuables à la violence au travail dans le secteur de la santé au Québec entre 1997 et 2008. Le secteur de la santé est le milieu de travail qui vient en tête au nombre des lésions attribuables à la violence au travail au Québec. Il faut toujours rappeler que les statistiques de la CSST sous-estiment le nombre de la violence au travail, car nous avons seulement les cas qui ont été acceptés et nous n'avons pas les statistiques de combien n'ont pas été acceptés.

À partir du tableau 3 nous pouvons observer que le nombre de lésions augmente dans la période des dix années analysées. De cette manière, nous pouvons conclure que les stratégies de prévention ne sont pas efficaces, c'est-à-dire que les choix des stratégies de prévention pour le problème de la violence dans le secteur de la santé ne fonctionnent pas ou à peine partiellement. Nous pouvons aussi conclure que les stratégies de prévention ne sont pas efficaces non plus. C'est-à-dire que les méthodes utilisées pour faire face à la violence n'ont pas été non plus des méthodes gagnantes.

Tableau 3 : Nombre des lésions attribuables à la violence au travail dans le secteur de la santé											
	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
Lésions Physiques	332	346	361	354	416	385	379	355	342	389	449
Lésions Psychiques	34	40	41	53	56	37	63	59	57	65	64
Total	374	394	408	423	485	427	444	418	401	466	518
% du Total	21,1	20,3	20,9	21,2	25,2	26,4	25,1	23,0	21,7	25,8	28,8

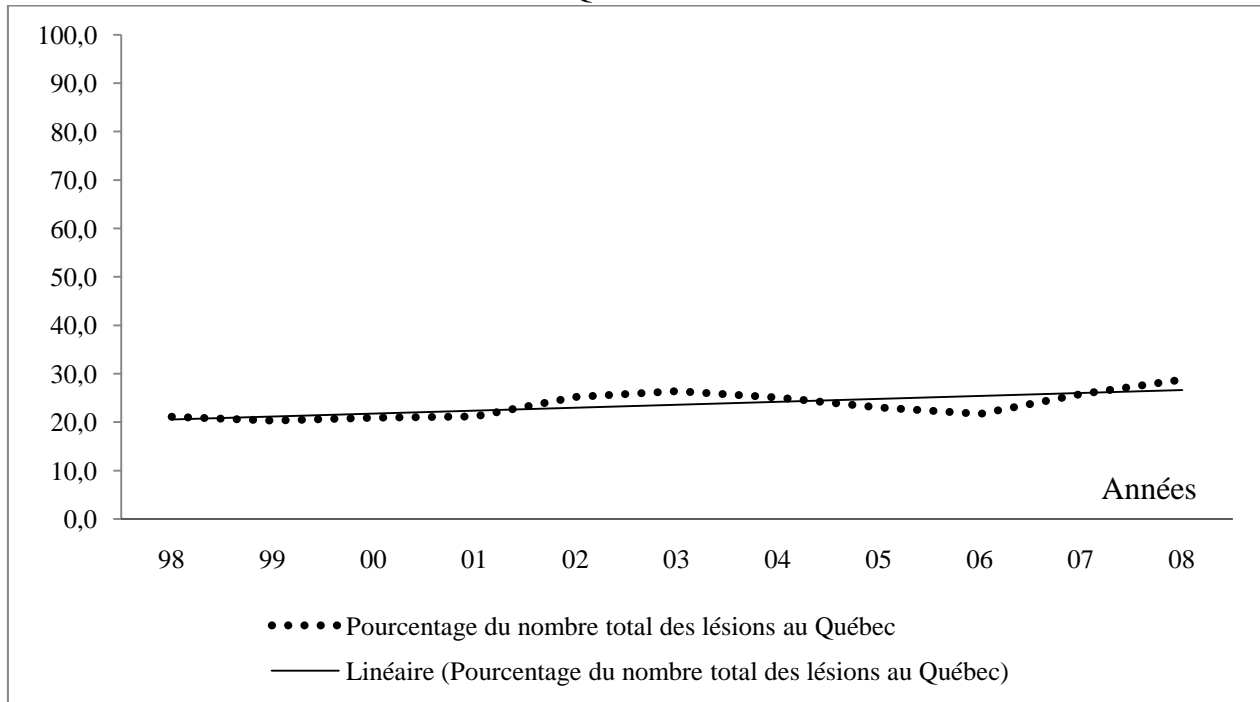
Source : CSST.
 Nous sommes conscients que l'addition des lésions physiques et lésions psychiques ne font pas le total. Ce sont les données publiées par la CSST. Nous comprenons que certains types de lésions ne sont pas classés en physiques ou psychiques.

Graphique 1: Tendence du nombre de lésions attribuables à la violence au travail dans le secteur de la santé



Source: CSST

Graphique 2 : Tendence du pourcentage du nombre total des lésions attribuables à la violence au travail au Québec



Source : CSST

Un autre aspect important que nous pouvons obtenir à partir des données du tableau 3 est que même si les données semblent être plus ou moins stables, l'analyse montre une tendance vers une hausse dans les deux formes de violence (Voir graphique 1). La tendance est aussi à la hausse lorsqu'on examine le nombre des lésions attribuables à la violence par rapport au nombre total des lésions pour l'ensemble du Québec (Voir graphique 2).

Différentes formes de violence existent dans le secteur de la santé et des services sociaux. On peut distinguer entre violences physique et psychologique. En effet, les violences physiques sont les plus faciles à observer, à quantifier et sont souvent les plus considérées en raison des risques létaux qu'elles peuvent entraîner. Du simple hématome à la destruction corporelle majeure, on pourra retrouver tous les degrés de lésions corporelles pouvant mettre en cause la vie même de la victime ou entraîner, après les soins nécessaires, des séquelles graves et invalidantes. Les voies de fait, la violence physique est visible.

Physiquement ça frappe plus fort... Mais de la violence c'est courant : des graffignes, des coups de pied, des coups de poing... C'est régulier, parce que le contact est toujours difficile. Il y a une section – comme je vous disais c'est

divisé en 4 – cette section, l'équipe 2, c'est clair que dans cette équipe-là il y a des gens qui... il n'y a pas moyen de faire baisser ça, c'est là, c'est présent. Tous les jours, actuellement, je peux vous dire que la majorité des intervenants, soit préposés aux bénéficiaires, auxiliaires ou infirmières, se font frapper ou grafigner (Richard).

Oui, oui oui, il y a des filles qui m'ont lancé des chaises. Il y en a une qui a essayé de me lancer un verre de jus, mais... J'ai reçu un coup de poing une fois aussi... ben un coup de poing... j'ai fait plein de bosses...(Jacques)

«Maudite folle, maudite chienne, tu travailles mal », oui. C'est vraiment ce qui est déplaisant de notre job. Si vous faites le tour ici tout le monde va vous le dire, et moi je suis quand même chanceuse, depuis quelques années sur l'étage où je travaille, ça doit faire à peu près 2-3 ans que j'ai pas eu de patients agressifs, qui me frappent. (...) qu'elle est Alzheimer et une fois je l'ai lavée pis elle était en maudit, « ma maudite folle » pis elle m'a craché dans la face. Je pense pas qu'il y a personne qui se fait faire ça qui... ça fait que c'est pour ça que je vous dis, si deux fois dans l'année il y a un monsieur qui me prend un sein ou qui essaye de me donner une tape sur une fesse, je vais m'arranger plus facilement avec celui-là, tout en étant polie et en disant « non, si ça vous fait rien on va laisser faire », que d'avoir un coup de pied ou un coup de poing, ou de se faire cracher dans la face (Claudette).

La violence peut aussi venir de la part de la famille des patients ou parfois la famille banalise⁸ la violence :

J'appelle ça de la violence moi. Je vais vous donner un exemple. J'ai un monsieur ici qui était tellement malin qu'il m'avait donné un coup de poing à un moment donné, j'ai reculé facilement d'ici au mur, il y avait un gars qui le tenait et le gars l'a échappé – on sait que le monsieur pouvait être agressif et il fallait lui mettre un suppositoire – donc on se doutait de la chose, et je me souviens qu'à la réunion multi la famille... pis le monsieur des fois il fait pipi dans le lit, et on a eu 2 ou 3 filles en CSST à cause de lui, il avait la manie de prendre le pouce et de... ça fait qu'on a eu des filles qui ont dû aller en orthopédie, puis que la famille nous fasse comme réponse « ben, moi j'suis assez d'accord qu'il réagisse comme ça, ça veut dire que mon père est encore en vie » ! J'ai pas besoin de vous en dire plus. Donc c'est le fun dans ce temps-là quand tu essayes de faire tout ça pis que tu te fais répondre ça, t'as envie de sauter sur la famille en plus, mais tu parles pas parce que...(Claudette)

⁸ La banalisation de la violence comporte toutes les attitudes et comportements qui visent à rendre la violence triviale, ordinaire ou insignifiante. Il faut comprendre que peut importe sa forme, son lieu, son temps, la violence au travail n'est pas une fatalité et cela ne fait pas partie du travail.

Il faut aussi comprendre que la violence va avoir un impact sur les témoins de la violence, car les effets de la violence touchent non seulement la personne cible de la violence, mais aussi les témoins et d'autres personnes qui n'étaient même pas présentes. La violence a un effet de contaminer un lieu de travail, la famille de la victime et la communauté dans laquelle elle vit.

On vit plus de peur à ce moment-là. Je me rappelle, il y avait un usager qui avait un « exacto » dans les mains, puis il en agressait un autre, puis là j'avais peur, vraiment peur, (malgré que) c'était pas dirigé vers moi, mais en même temps, si je me mets entre les deux je peux être blessé moi aussi, donc oui j'ai déjà vécu ça (Roland).

J'ai travaillé beaucoup à l'urgence alors c'est sûr qu'à un moment donné les gens qui se retrouvent, je dirais en difficulté sociale, et que la seule solution est de l'amener dans une urgence – ce qui n'est peut-être pas le lieu le plus approprié en termes de besoins – et qu'on doit lui faire comprendre qu'il doit rester ici et qu'il ne veut pas, ou qu'ils sont intoxiqués donc qu'ils ne comprennent pas et que tu dois mettre sous contention. Ce sont des situations qui sont violentes des fois à l'occasion, tant verbalement que physiquement. J'ai été témoin aussi à quelques occasions de personnes amenées par la police avec des problématiques d'ordre psychologique, des personnes qui ne voulaient pas rester ; j'ai vu la police poser des gestes pour immobiliser qui je crois dépassaient des gestes normaux, des gestes qui m'ont déçus (Frédéric).

Cependant, la violence n'est pas toujours visible, c'est le cas des violences psychologiques, où les bleus sont plutôt à l'âme, invisibles et difficiles à quantifier. De cette manière, plus subjective et (in)visible, la violence psychologique contraint le sujet à agir contre sa volonté ce qui suppose une violation de son intégrité psychique, de sa dignité humaine. Il faut remarquer que même dans la violence physique, la violence psychologique est toujours présente car toute attaque au corps, centre constitutif de l'être humain, atteint par conséquent l'âme et l'esprit, le soi, l'identité et l'existence sociale du sujet. De cette manière, la violence peut être comprise comme toute violation de l'intégrité physique ou psychique du sujet (Chauí, 1999 et Frappat, 2000).

Nous avons rencontré des personnes qui avaient vécu de la violence psychologique : du harcèlement psychologique au travail, des humiliations, du mépris. Nous n'allons pas détailler ici les cas, par exemple de harcèlement psychologique, mais nous croyons qu'il s'agit d'une

situation à surveiller de près, surtout que la loi interdit ce genre de violence au travail. Rappelons que l'employeur est responsable de prévenir et de faire cesser le harcèlement psychologique.

Par exemple, dans un cas que nous avons rencontré, la violence a commencé par un harcèlement sexuel de la part d'un médecin. La travailleuse a fait un grief et elle a gagné son grief car il y avait des témoins qui ont vu les gestes posés par le médecin. Or l'employeur va laisser les deux personnes dans le même service ! Une erreur primaire dans la gestion d'un cas comme celui-ci. Le harcèlement sexuel s'est transformé en harcèlement psychologique et lorsque nous avons rencontré la travailleuse, elle partait pour une retraite anticipée, après un long congé suite au harcèlement psychologique vécu. D'autres travailleurs nous en ont aussi parlé :

Il y a de la violence au travail, ça c'est sûr. Ça c'est un cas que j'ai vécu, mais il y en a d'autres qui le vivent. Je ne peux pas le cacher. Il y a beaucoup de violence, puis ça, ça avait ressorti au niveau des gestionnaires par rapport aux employés. Nous on a beaucoup de griefs de harcèlement, face à la partie patronale. Des gens qui essaient de contrôler notre monde, puis qui sont très méchants (Cécile).

Les travailleuses et travailleurs sont aussi exposés au harcèlement sexuel. Dans ce cas, l'agresseur peut être une cliente, un supérieur hiérarchique ou même une collègue de travail. L'acception de ce terme étant sujette à controverses, on se référera ici à la définition suivante : « Il s'agit d'une conduite se manifestant par des paroles, des actes ou des gestes à connotation sexuelle, répétés et non désirés, et qui est de nature à porter atteinte à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychologique de la personne ou de nature à entraîner pour elle des conditions de travail défavorables ou un renvoi. En général, le harcèlement sexuel signifie des actes répétés. Toutefois, un seul acte grave qui engendre un effet nocif continu peut aussi être du harcèlement » (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1989)

Il ne venait pas de notre pays, il venait d'un autre pays, mais pogner les fesses des femmes, c'était normal, dans son pays ça se faisait, mais ici ça ne se fait pas. Fait que je lui ai dit d'arrêter, d'arrêter, mais il n'arrêtait pas (...) je voulais que la direction l'avertisse (Chantal).

Ça fait que c'est pour ça que je vous dis, si deux fois dans l'année il y a un monsieur qui me prend un sein ou qui essaye de me donner une tape sur une fesse, je vais m'arranger plus facilement avec celui-là, tout en étant polie et en

disant « non, si ça vous fait rien on va laisser faire », que d'avoir un coup de pied ou un coup de poing, ou de se faire cracher dans la face (Claudette).

Nous pouvons affirmer que la violence fait partie de la vie quotidienne des travailleuses et des travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux au Québec, ce que nous voyons à travers les statistiques déjà préoccupantes de la CSST n'est que la pointe d'un iceberg. Cette violence reste invisible, par sa banalisation, mais aussi par sa présence accrue où les travailleuses et travailleurs finissent par ne pas déclarer les événements violents.

On leur demande de faire des rapports d'accident régulièrement. « Je ferai pas un rapport d'accident parce qu'il m'a frappé! » - Oui. Parce que quand on s'assoit en comité paritaire pour parler de la violence des bénéficiaires, je dis j'en ai pas; le gars m'a dit « Il m'a donné une claque » - « Tu vas passer pour une moumoune! » - Non, ça va nous permettre de faire des statistiques, et les statistiques ça nous permet de monter des dossiers et de dire à l'employeur, regarde, c'est là. Et oui, régulièrement (Richard)

9. Conclusion

D'abord, il faut insister sur une limite quant à la généralisation des résultats obtenus dans cette recherche. Nos résultats ne peuvent se généraliser. Toutefois, notre groupe d'analyse semble très représentatif du secteur de la santé et des services sociaux et membres de la FSSS.

À partir de nos entrevues et des premiers résultats que nous venons de présenter comme nous avons indiqué dans l'introduction nous voulons poser quelques questions sans prétendre offrir des réponses définitives, en guise de conclusion.

L'invisibilité des travailleuses et des travailleurs de la santé se manifeste à différents niveaux : soit dans la non reconnaissance des compétences émotionnelles, relationnelles soit dans la dévalorisation et naturalisation du travail de prendre soins (le care). L'invisibilité se manifeste aussi par la non reconnaissance et la banalisation de la violence, soit à travers les données officielles qui sous-estiment la violence, soit par les travailleuses et travailleurs qui se sentent dépassés par la violence et finissent par croire que cela fait partie du travail ou encore une désensibilisation à la violence face à une exposition accrue de la violence où on finit par

raisonner d'une manière équivoquée où entre me faire poigner un sein et vivre de la violence physique les crachats, finalement se faire poigner le sein est moins grave. Non! Toute forme de violence ne doit pas faire partie du travail. Les syndicats doivent être très vigilants pour que la violence ne devienne invisible aussi dans leur milieu de travail à travers la banalisation ou la désensibilisation et l'employeur doit aussi respecter les lois et assurer un milieu de travail sain à ses employés.

L'invisibilité provient aussi d'une organisation du travail axée sur la production « lean » ou toyotisme comme le veut bien le Ministre de la Santé. En adoptant les principes de la production « lean » les dimensions émotionnelles, relationnelles qui sont au cœur du travail de prendre soins sont complètement bafouées. On essaie de mesurer ce qui est incommensurable. C'est l'équivalent de vouloir faire la quadrature du cercle. Le résultat c'est le mépris, la déconsidération d'un ensemble des dimensions fondamentales dans l'accomplissement du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux, ainsi que pour la qualité des soins et pour la satisfaction les personnes soignées.

Cela amène des conséquences néfastes pour les travailleuses et travailleurs : surcharge de travail, le sentiment d'incohérence entre leurs valeurs personnelles et éthiques, faisant partie de leurs formations, et ce qu'on leur demande ou parfois même impose de faire au travail. Cela aussi produit le sentiment de faire un travail mal fait, qui aurait dû être fait autrement, la culpabilité sans parfois se rendre compte que c'est l'organisation du travail et non un choix personnel. Ce même type d'erreur va aussi être présent parmi les personnes soignées qui ne sont pas capables de reconnaître dans l'organisation du travail la source d'un travail qui devient déshumanisé. C'est toujours l'individualisation du problème qui est la sortie la plus facile, car l'organisation du travail invisible et bien encadrée dans un discours idéologique qui vend la flexibilité et la lutte contre le gaspillage. Dans notre cas le gaspillage est humain et il faut l'arrêter le plus vite possible avant un démantèlement sans retour du système de santé. Rappelons que sans les travailleuses et les travailleurs de la santé et des services sociaux, il n'est pas possible d'avoir un système de la santé.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, la gestion doit comprendre que nous ne pouvons tout mesurer. Cette incommensurabilité, la plupart du temps, fait partie de la co-construction de la relation des soins. Nous ne pouvons pas mesurer les émotions, l'amour, la

sollicitude, dans un mot il n'y a pas de mesure possible pour la construction d'une intersubjectivité qui rend possible de prodiguer les soins à quelqu'un, parfois même en dehors des relations marchandes.

Il nous faut donc repenser l'organisation du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il faut reconnaître et attaquer la surcharge de travail résultante des principes de l'organisation « lean ». Il est impossible de faire plus avec moins, de dégraisser davantage le secteur au moins en ce qui concerne les travailleuses et les travailleurs. Le gras est ailleurs. Selon les données du Ministère de la santé, compilées et analysées par la Fédération des médecins spécialistes du Québec, il y a presque un ratio de un pour un entre les employés du réseau de la santé qui prodiguent les soins et les gestionnaires (Lacoursière, 2010; Caron et col., 2010). Il est aussi important de souligner que le salaire moyen des cadres du réseau socio-sanitaire québécois, pour l'année 2008-2009, était de 80 055\$ Can tandis que pour l'effectif syndiqué pour la même période était de 45 166\$ Can⁹.

Il faut toujours comprendre que le système de santé et des services sociaux est le résultat d'un ensemble important des travailleuses et des travailleurs. S'il n'y a pas un préposé de l'entretien ménager pour nettoyer le bloc opératoire, ou une préposée à la stérilisation, il n'y a pas de chirurgies qui seront réalisées.

Il nous semble qu'il faut lutter pour une plus grande reconnaissance, plus de respect, moins de violence et une plus grande visibilité de l'importance de ces travailleuses et travailleurs. Il faut aussi lutter pour une organisation du travail plus démocratique axée sur la communication, la participation, le respect, la confiance, la justice, la reconnaissance, l'équité, l'autonomie, la participation et l'éthique. La gestion dans le secteur de la santé et des services sociaux gère et analyse des différents types de travail qui composent ce secteur en essayant de séparer « corps » et « âme », en décortiquant chaque geste, chaque mouvement des travailleuses et des travailleurs selon les théories et modèles construits pour comprendre le travail industriel. Nous croyons que notre défi est d'analyser et comprendre le travail avec « les yeux du cœur ». Seulement, ainsi on sera « plus sensible à l'invisible, à tout ce qu'il y a à l'intérieur. » Nous espérons que ce rapport soit un premier pas dans cette direction.

⁹ Voir INFO-SÉRHUM, Juin 2010, p. 16.

10. Références

- Acker, J. (1990). Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations. *Gender and Society* 4[2], 139-158.
- Bauman, Z. (2007). *Le présent liquide : Peurs sociales et obsession sécuritaire*. Paris: Seuil.
- Benelli, N. & Modak, M. (2010). Analyser un objet invisible : le travail de *care*. *Revue française de sociologie* 51[1], 39-60.
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris: Seuil.
- Braverman, H. (1976). *Labor and Monopoly Capital: The Degradation of Work in the Twentieth Century*. New York: Monthly Review Press.
- Caldeira, T. P. (1984). *A Política dos Outros*. São Paulo: Brasiliense.
- Caron, R-P., Kéroack, P., and Pelletier, N. (2010). La « Filière » MSSS. *Le Spécialiste*, 12, 19-37.
- Chauí, M. (1999). Uma ideologia perversa. *Folha de São Paulo*, p.3.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (1989). *Politique visant à contrer le harcèlement sexuel au travail* (Rep. No. cat 7.120-16.1.1). CDPDJ.
- Damasio, A. R. (2002). *Le sentiment même de soi: corps, émotions, conscience*. Paris: Odile Jacob.
- Debout, M. & Larose, C. (2003). *Violences au travail : agressions, harcèlements, plans sociaux*. Paris: VO Éditions.
- Dejours, C. (1992). Intelligence ouvrière et organisation du travail (À propos du modèle japonais de production) . In H.Hirata (Ed.), *Autour du « modèle » japonais - Automatisation, nouvelles formes d'organisation et de relations de travail* (pp. 275-303). Paris: L'Harmattan.
- Dejours, C. (1997). Virilité et stratégies collectives de défense dans les nouvelles formes d'organisation du travail. *Les cahiers du MAGE* 3[4], 147-158.

- Dejours, C. (2000). *Travail: usure mentale - Essai de psychopathologie du travail*. Paris: Bayard Éditions.
- Delgenes, J.-C., Dufлот, V., Brunel, A., Guemmi, S., Le Calvez, M., & Palazzi, S. (2008). *Technocentre Renault de Guyancourt : Analyse de trois suicides - Étude des risques psychosociaux liés à l'organisation du travail*. Technologia.
- Fisher, B. & Tronto, J. (1991). Toward a feminist theory of care. In E. Abel & M. Nelson (Eds.), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives* (pp. 35-62). Albany, NY: State University of New York Press.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits - vol. 4*. Paris: Gallimard.
- Frappat, H. (2000). *La violence - textes choisis*. Paris: Flammarion.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Goffman, E. (1961). *Encounters: Two studies in the sociology of interaction*. Indianapolis: BobbsMerrill Educational Publishing.
- Goffman, E. (1963). *Behavior in Public Places*. New York: Free Press.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: Essays on face to face behaviour*. New York: Pantheon Books.
- Goffman, E. (1983). *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes.
- Gutek, B. A. (1995). *The Dynamics of Service: Reflections on the Changing Nature of Customer/Provider Interactions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hirata, H. (1992). *Autour du « modèle » japonais - Automatisation, nouvelles formes d'organisation et de relations de travail*. Paris: L'Harmattan.
- Hochschild, A. (1983). *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, A. (1993). Preface. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in organizations* (pp. ix-xiii). London: Sage.
- Hochschild, A. (2002). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler* 9, 19-49.

- Holweg, M. (2007). The genealogy of lean production. *Journal of Operations Management* 25, 420-437.
- Honeth, A. (2008). *La société du mépris : Vers une nouvelle théorie critique*. Paris: La Découverte.
- Hughes, E. C. (1958). *Men and their Work*. Westport: Greenwood Press.
- Hughes, E. C. (1993). *The Sociological Eye*. New Brunswick (USA): Transaction Publishers.
- James, V. & Gabe, J. (1997). *Health and the Sociology of Emotions*. London: Wiley Blackwell.
- Jeanneau, L. (2008). Renault : des voitures à (mal) vivre. *Alternatives Économiques*, 271.
- Kamata, S. (2008). *Toyota : L'usine du désespoir*. Paris: Éditions Demopolis.
- Kergoat, D. (1992). À propos des rapports sociaux de sexe. *M* 53, 16-19.
- Kracik, J. F. (1988). Triumph of the Lean Production System. *Sloan Management Review* 30[1], 41-52.
- Lacoursière, A. (2010, 28 Septembre). Le nombre de cadres explose. *La Presse*. Montréal.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and power*. New York: John Wiley and Sons.
- Lupton, D. (1998). *The Emotional Self*. London: Sage.
- MacDonald, C. L. & Merrill, D. (2008). Intersectionality in the Emotional Proletariat: A New Lens on Employment Discrimination in Service Work. In C.L.MacDonald & M. Korczynski (Eds.), *Service Work: Critical Perspectives* (pp. 113-134). London: Routledge.
- Messing, K. (1991). Comment développet-on une pratique féministe en santé au travail ? *Recherches Féministes* 4[2], 87-96.
- Milkman, R. (1991). *Japan's California Factories: Labor Relations and Economic Globalization*. Los Angeles: Institute of Industrial Relations UCLA.
- Molinier, P. (1998). Les femmes « font » la différence. *Le journal des psychologues* 155, 42-45.
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Petit Bibliothèque Payot.
- Pagès, M. (1997). *La Vie affective des groupes : Esquisse d'une théorie de la relation humaine*. Paris: Dunoud.

- Parker, M. & Slaughter, J. (1994). *Working SMART - A Union Guide to Participation Programs and Reengineering*. Detroit: A Labor Notes Book.
- Philippot, P. (2007). *Émotion et psychothérapie*. Wavre (Belgique): Mardaga.
- Pierron, J.-P. (2010). *Vulnérabilité : pour une philosophie du soin*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Raveyre, M. & Ughetto, P. (2010). « On est toujours dans l'urgence » : surcroît ou défaut d'organisation dans le sentiment d'intensification du travail? In P. Askenazy, D. Cartron, F. Coninck, & M. Gollac (Eds.), *Organisation et intensité du travail* (pp. 121-128). Toulouse: Octarès Éditions.
- Rodrigues, A. M. (1978). *Operário, Operária*. São Paulo: Símbolo.
- Soares, A. (2010). *La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN et la FIQ au CSSS Ahuntsic / Montréal Nord - La santé malade de la gestion* Montréal: UQAM.
- Statham, A., Miller, E. M., & Mauksch, H. O. (1988). *The Worth of Women's Work - A Qualitative Synthesis*. Albany: SUNY Press.
- Stewart, P., Richardson, M., Danford, A., Murphy, K., Richardson, T., & Wass, V. (2009). *We Sell Our Time No More: Workers' Struggles Against Lean Production in the British Car Industry*. London: Pluto Press.
- Stone, D. (2000). Caring by the Book. In M.H.Meyer (Ed.), *Care Work : Gender, Labour, and the Welfare State* (pp. 89-111).
- Thoits, P. A. (2007). Extending Scherer's Conception of Emotion. *Social Science Information* 46[3], 429-433.
- Thoits, P. A. (1996). Managing the Emotions of Others. *Symbolic Interaction* 19[2], 85-109.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable : pour une politique du care*. Paris: La Découverte.
- Valeyre, A. (2006). *Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation* Centre d'études de l'emploi.
- Wharton, A. S. & Erickson, R. J. (1993). Managing Emotions on the Job and at Home: Understanding the Consequences of Multiple Emotional Roles. *Academy of Management Review* 18[3], 457-486.
- Whyte, W. F. (1946). When workers and customers meet. In *Industry and Society* (pp. 123-147). New York: McGraw Hill.