



## Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

18-2 | 2016

L'ergonomie du genre : quelles influences sur l'intervention et la formation ?

---

### « Si ce n'est pas documenté, ça n'a pas été fait » : quand les indicateurs de gestion escamotent le travail invisible des femmes

*“If It's Not Documented, It Hasn't Been Done” : Management Indicators of Workload Can Make Women's Work Invisible*

*Si no esta escrito, no fue hecho: cuando los indicadores de gestión escamotean el trabajo invisible de las mujeres*

Martin Chadoin, Karen Messing, Tamara Daly, Pat Armstrong et Nicole Vézina

---



#### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4830>

DOI : 10.4000/pistes.4830

ISSN : 1481-9384

#### Éditeur

Les Amis de PISTES

#### Référence électronique

Martin Chadoin, Karen Messing, Tamara Daly, Pat Armstrong et Nicole Vézina, « « Si ce n'est pas documenté, ça n'a pas été fait » : quand les indicateurs de gestion escamotent le travail invisible des femmes », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 18-2 | 2016, mis en ligne le 22 septembre 2016, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4830> ; DOI : 10.4000/pistes.4830

---

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.



*Pistes* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

---

# « Si ce n'est pas documenté, ça n'a pas été fait » : quand les indicateurs de gestion escamotent le travail invisible des femmes

*“If It’s Not Documented, It Hasn’t Been Done” : Management Indicators of Workload Can Make Women’s Work Invisible*

*Si no esta escrito, no fue hecho: cuando los indicadores de gestión escamotean el trabajo invisible de las mujeres*

**Martin Chadoin, Karen Messing, Tamara Daly, Pat Armstrong et Nicole Vézina**

---

*Cette recherche a été financée par une subvention de fonctionnement des IRSC (#276064) et par la Chaire de recherche des IRSC sur le genre, le travail et la santé de la professeure Tamara Daly. Nous remercions les autres membres de l'équipe de recherche « Invisible Women » : Ruth Lowndes (associée de recherche), Vishaya Naidoo (candidate au doctorat), Iffath Syed (candidate au doctorat), Julia Brassolotto (post-doctorante) et Charlotte Rowell, M.A.*

## 1. Introduction

### 1.1. Le travail des femmes dans le secteur de la santé

- 1 Au Canada, entre 1986 et 2010, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 2,7 millions à 4,8 millions, soit de 10 à 14 % de la population (Statistique Canada, 2010a, 2015). On prévoit qu'en 2036, il y en aura 10,4 millions, ce qui représentera alors 25 % de la population (Statistique Canada, 2010b, 2015).
- 2 Autrefois, la plupart des soins aux personnes vieillissantes étaient fournis au foyer, gratuitement, par des membres de la famille, majoritairement des femmes. Seules les familles les plus fortunées pouvaient engager une infirmière privée pour soigner les

ainé.e.s, et ceci, à la maison (Armstrong et coll., 2008). Mais actuellement, la majorité des femmes a un travail rémunéré, et est donc moins disponible pour s'occuper des ainé.e.s dans la sphère privée. Ce sont toujours essentiellement des femmes qui assurent ces soins, pour un grand nombre dans le cadre d'un travail rémunéré ; le secteur des soins infirmiers et le domaine de la santé en général sont composés d'environ 90 % de femmes (Ferrao, 2010 ; Daly et Szebehely, 2012). Plus spécifiquement, dans le métier de préposée aux bénéficiaires (PAB) ou aide-soignante, en 2007, on comptait 92 % de femmes en Ontario, Canada, et 85,7 % au Canada (Statistique Canada, 2011).

- 3 Le bénévolat des femmes a donc été substitué par des services rémunérés rendus par des femmes dans les établissements relevant du système public, ou subventionnés par ce système. Ceci dit, les membres de la famille des résidents, surtout les femmes, continuent à contribuer à la prestation des soins, soit en s'en occupant elles-mêmes, soit en engageant des soignantes informelles (Daly et Armstrong, 2014).
- 4 Plusieurs auteures ont souligné le fait que le travail des femmes du secteur de la santé est sous-évalué (Salerno et coll., 2012a, 2012b), en évoquant entre autres les différences de rémunération entre les femmes et les hommes (Gaucher, 1983 ; Armstrong et coll., 2008). Le personnel féminin du secteur de la santé gagne 95 % du salaire horaire des hommes (Boulet, 2014). Certains aspects du travail fait majoritairement par des femmes peuvent se prêter à une sous-évaluation. Un des facteurs souvent mentionnés est le travail émotionnel qui ne serait pas pris en considération :
 

« La mesure de l'effort physique [...] est un facteur habituellement considéré (sous l'angle de l'effort musculaire) dans les emplois masculins. La marche semble toutefois plus difficile à monter pour évaluer équitablement l'effort émotif, lié aux relations interpersonnelles, qui est très présent dans les emplois à prédominance féminine » (Gaucher, 1992 ; p. 161).
- 5 Chez les préposées aux bénéficiaires (PAB), on remarque une autre caractéristique du travail qui peut compliquer son évaluation, soit le fait que beaucoup de l'activité se réalise en équipe informelle ou formelle (Messing et Elabidi, 2002). Le travail en équipe peut impliquer une activité collective, compliquant l'évaluation de l'effort de chacun.e.
 

« Le travail collectif entraîne des actions coordonnées de plusieurs opérateurs : un travail collectif n'est pas un agrégat d'activités individuelles, mais la réalisation conjointe d'une même activité par plusieurs opérateurs, dans des lieux et des temps qui peuvent être communs ou différents » (Caroly, 2011 ; p. 90).
- 6 Le fonctionnement en équipe, que ce soit en équipe de femmes ou mixte, formelle ou informelle, ajoute un niveau de complexité à l'étude de ce travail.
- 7 Non seulement on sous-évaluerait l'effort et les habiletés requises par le travail des femmes (Armstrong et coll., 2008), mais aussi les aspects pénibles (Messing, 2000). Le quart des femmes du secteur de la santé rapporte un trouble musculo-squelettique lié au travail, comparativement à 10 % des hommes de ce secteur (Stock et coll., 2011 ; p. 467) ; 12 % des femmes, mais 5 % des hommes de ce secteur rapportent des symptômes de dépression liés au travail ; 15 % des femmes de ce secteur, comparativement à 5 % des hommes, rapportent la consommation de psychotropes et 20 % des femmes, mais 13 % des hommes rapportent une détresse psychologique élevée (Vézina et coll., 2011) ; notons que ces différences sont assez typiques de celles caractérisant l'ensemble des travailleuses et travailleurs.

## 1.2. La capacité du système de santé, un enjeu de gestion en santé publique, et de santé au travail

- 8 Depuis 2003, 10 000 lits ont été ajoutés en Ontario pour les soins de longue durée (ministère de la Santé et des Soins de longue durée en Ontario, 2014). La construction ou la rénovation des foyers de soins de longue durée (FSLD) est devenue une ambition gouvernementale claire, avec une politique de financement public par le ministère ontarien (ministère de la Santé et des Soins de longue durée en Ontario, 2015).
- 9 Aussi, les chercheurs scientifiques s'intéressent de plus en plus à la question du « bien vieillir » et de ses conditions (Lowndes et coll., 2015 ; Daly, 2015 ; Syed et coll., 2014). C'est d'ailleurs dans ce contexte que nous nous sommes impliqués dans un projet de recherche qui examine les pratiques dans les FSLD.
- 10 L'un des mécanismes par lesquels les pratiques des FSLD sont exercées découle du système gouvernemental de subventions et de financement des établissements. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario contribue en partie aux financements accordés aux FSLD, à travers des allocations basées sur le coût quotidien théorique que représente un.e résident.e. Ces allocations évoluent en fonction de l'évaluation du niveau de soins requis dans l'établissement. Elles se répartissent en quatre enveloppes : les soins infirmiers et personnels (SIP), les services des programmes de soutien, les aliments crus et les autres services. Nous nous intéresserons ici aux SIP, qui représentent les dépenses concernant les salaires, les traitements, les avantages sociaux, les services acquis du personnel actif de soins directs (infirmières, préposées aux services de soutien personnel, etc.), la formation en soins infirmiers et les dépenses liées à l'équipement, aux fournitures et aux dispositifs utilisés par les employés en soins infirmiers et en personnel de soutien direct (ministère de la Santé et des Soins de longue durée en Ontario, 2013). On peut dire que c'est ce poste budgétaire qui, en prévoyant les niveaux d'embauche, détermine la charge de travail des PAB.
- 11 Vu du niveau d'un FSLD, le SIP est ajusté à la hausse dans certaines circonstances, afin de refléter la charge des soins en fonction de la gravité de l'état de la résidente. Le ministère utilise, depuis avril 2010, le système de classification « Groupes d'Utilisation des Ressources » (RUG). Ce système s'appuie sur le calcul d'un Indice de la Charge des Cas (ICC) calculé comme suit :
1. Les PAB remplissent à chaque quart de travail une documentation concernant les soins, l'alimentation et le comportement des résident.e.s qui leur sont assigné.e.s ;
  2. Cette documentation est transmise à l'infirmière responsable qui, à partir de celle-ci, effectue une évaluation du ou de la résident.e (le *Resident Assessment Instrument - Minimum Data Set 2.0 (RAI-MDS)*). Cette évaluation se fait dans les 14 jours de l'entrée du ou de la résident.e dans le foyer, et est répétée au moins tous les 90 jours ;
  3. De cette évaluation résulte un score, qui identifie le degré de gravité de l'état de chaque résident dans les unités de soins ;
  4. Un algorithme permet alors de rassembler les degrés de gravité de l'ensemble des résident.e.s, et d'établir un ICC qui positionne globalement le foyer. La valeur de base de l'ICC est de 1.0, et celle-ci augmente avec l'augmentation du degré de gravité de l'état des résident.e.s du foyer ;
  5. Finalement, cet ICC est appliqué au montant de l'enveloppe SIP, définissant ainsi l'apport que donnera le gouvernement au FSLD.

- 12 Bien que certains des FSLD possèdent d'autres sources de financement, il faut noter l'importance de l'activité de documentation des PAB pour le calcul de l'apport gouvernemental, puisqu'elles sont les premières sollicitées et que leurs données servent de base brute de calcul.
- 13 L'indice ICC, comme d'autres indicateurs de gestion, est créé dans le but de rendre juste et équitable l'allocation des ressources. Les ressources devraient être allouées selon les besoins réels des bénéficiaires. Comment déterminer ces besoins, et quel est le rapport réel entre ces calculs et la charge réelle de travail ?
- 14 Dans cette recherche, nous nous sommes demandé si l'indice, en tant qu'outil de gestion, reconnaît bien le travail réel d'une PAB. En particulier, 1. Est-ce que les opérations censées être consignées contribuent aux soins, c'est-à-dire au bien-être des résidentes ? 2. Est-ce que toutes les opérations et tous les efforts pertinents y sont consignés ? 3. Est-ce que le mode de recueil de renseignements est approprié et efficace ? 4. Quelles suggestions ferions-nous pour que le travail de ces femmes soit bien pris en compte par les gestionnaires ? 5. Est-ce que ces suggestions s'appliquent à d'autres travaux effectués surtout par des femmes ?

## 2. Approches théories et méthodes

### 2.1. Modèle théorique de compréhension du travail réel

- 15 Le modèle théorique à travers duquel nous mènerons cette étude est celui de la situation de travail centrée sur la personne en activité (St-Vincent et coll., 2011 ; Montreuil et coll., 2013). L'activité de travail d'une personne représente
- « sa mobilisation physique et mentale [...], les stratégies de régulation et les compromis qu'elle met en œuvre pour réaliser le travail attendu avec les moyens mis à disposition et dans les contraintes qui lui sont imposées ».
- Elle est le « produit de la rencontre entre les caractéristiques individuelles de travailleurs et de travailleuses » (comme l'âge, l'expérience, l'état de santé, la morphologie, la formation, le sens qu'elle donne à son travail, etc.) et la « tâche et ses conditions de réalisation », que l'on appelle aussi les « déterminants de l'activité de travail ».
- Cette activité de travail est en lien avec un niveau méso, dont font partie « le contexte organisationnel et les pratiques en gestion, comme les choix de technologie, d'organisation et de la production de travail », et un niveau macro relevant du « contexte économique, social et politique, en particulier les politiques sociales du travail » (Montreuil et coll., 2013).

### 2.2. Observations et entrevues

- 16 Les observations se sont déroulées dans six FSLD en Ontario qui ont accepté de participer, entre mai et juillet 2013, à raison de cinq personnes observées par jour par foyer, sur les quarts de travail du matin et d'après-midi. Ainsi, nous avons pu suivre 37 PAB, dont 32 femmes et 5 hommes. Nous avons centré notre attention sur les unités de soins spécifiques à la maladie d'Alzheimer, dont la clientèle de résidentes montre certaines pathologies (agressivité, désorientation, errance) et différents degrés de dépendance (légère à totale). Cependant, les règles imposées par le comité d'éthique de l'Université

York nous ont défendu d'entrer dans les chambres des résidentes puisque celles-ci étaient considérées comme inaptes à consentir aux observations de leur intimité.

- 17 La collecte de données s'est effectuée à partir de prises de notes papier-crayon, pendant tout un quart de travail (chroniques de quart). Nos stratégies d'observation, puisque nous ne pouvions entrer dans les chambres alors que c'est un lieu de soins privilégié, étaient de nous positionner stratégiquement dans le couloir (afin d'avoir la vue la plus dégagée possible sur le plus de chambres possible) et de noter les déplacements des PAB entre les chambres (en lien avec l'heure précise de l'observation). Quand cela était possible, nous faisons verbaliser la PAB sur la nature et les caractéristiques de son intervention dans la chambre. Nous avons pu observer les PAB avec les résidentes lorsqu'elles se trouvaient à l'extérieur des chambres, par exemple, pendant les heures de repas et d'attente de repas. Nous avons pu poser des questions librement aux PAB et aux résidentes pendant la période d'observations, mais nous n'avons pas pu valider nos interprétations formellement par une période d'autoconfrontation collective ou individuelle. À noter que ces stratégies d'observation correspondent à des observations ouvertes et exploratoires (St-Vincent et coll., 2011). Les PAB observées étaient toutes volontaires et ont signé des formulaires de consentement. Le traitement des données sur les 54 heures d'observations s'est réalisé à partir du logiciel Actogram Kronos 2.3.3.
- 18 En plus de ces observations, les documents administratifs des six centres (politiques internes, fiches de poste, etc.) ont été consultés. Aussi, 27 questionnaires, 19 infirmières, 22 PAB autres que celles observées, 18 personnes d'autres catégories d'emploi (aide cuisine, nettoyage, etc.), 5 bénévoles, 21 compagnes privées engagées par les familles et 22 membres de la famille des résidentes ont été interviewés par l'équipe de recherche. L'ensemble de ces données ont été retranscrites et codées à partir du logiciel NVivo.

### 2.3. Cotations Actogram

- 19 Lors du traitement de nos notes d'observation, deux classes parallèles d'observables ont émergé :
- la classe « forme du travail de la PAB », individuelle ou collective ;
  - la classe « catégorie d'activité ».
- 20 La première permet de décrire deux formes possibles de travail : individuelle ou collective (comprenant toutes les collaborations possibles, entre donneurs de soins formels, comme les autres PAB, les infirmières, les médecins, etc., et donneurs de soins informels comme les familles, les bénévoles, ou les compagnes privées engagées par les familles des résidentes). La forme collective du travail n'a pas été subdivisée selon le type spécifique de travail collectif observé (Caroly, 2011). Premièrement, le rythme de travail soutenu et fragmenté des PAB rend très difficile la détermination au moment de l'observation du type de travail collectif observé. Deuxièmement, vu que nous n'avons pas accès aux chambres, nous n'avons pas pu observer précisément cette activité collective. Nous désignons donc par travail collectif les moments où au moins deux personnes (dont une PAB) interagissaient avec une résidente dans une chambre, et où nous avons obtenu confirmation après coup, par verbalisation directe, de cette interaction commune.
- 21 La deuxième classe permet de décrire la finalité dans laquelle s'inscrit l'activité de la PAB observée. Il y en a six :
- l'assistance aux résidentes comme le lever, la douche, l'habillage, le nettoyage ;

- l'assistance aux repas (différente de l'assistance aux résidentes par son organisation, son déroulement et sa délégation de responsabilités) ;
  - la préparation du matériel, notamment du matériel nécessaire pour l'assistance aux résidentes ;
  - les réunions, formelles et informelles, qui correspondent aux moments où plus de trois PAB se rassemblent, parfois avec d'autres catégories d'emploi (infirmières, médecins, personnel de soutien) ;
  - la documentation, soit le remplissage des paramètres quotidiens comme abordé précédemment ;
  - les pauses.
- 22 Ce découpage en finalités nous permettra de les reclasser en trois types d'activités :
- les activités de soins directs, où les PAB ont un contact physique ou verbal avec les résidentes. Elles sont composées de l'assistance aux résidentes et des repas ;
  - les activités de soins indirects, où les PAB réalisent des tâches qui n'engagent pas un contact physique ou verbal avec les résidentes, mais qui ont une influence sur le soin aux résidentes. Elles sont composées de la préparation (des chariots, ou des chambres), de la documentation (remplissage des paramètres pour le financement des unités de soins) et des réunions ;
  - les pauses.

## 3. Résultats

### 3.1 Description générale du travail

- 23 Dans la présentation des résultats, nous ne montrons que les données qui sont relatives au quart du matin, de 7 h à 15 h, puisque c'est lors de celui-ci que l'activité est la plus intense (voir ci-dessous). Ces opérations se démarquent en matière de sollicitations physiques, émotionnelles et cognitives, et revêtent une certaine urgence, puisqu'elles sont influencées par des échéances temporelles serrées. Dix PAB ont été observées pendant ce quart, en excluant des périodes de soins intimes de résidentes ou d'autres moments de soins dans les chambres.
- 24 Les PAB sont assignées aux soins quotidiens d'un nombre prédéterminé de résidentes. Ces assignations, conditionnées par l'appartenance aux unités et effectuées par les responsables de ces unités, sont définies par l'état des résidentes, afin que la répartition soit la plus équitable possible. Cela fournit des ratios allant d'une PAB pour six résidentes, jusqu'à une PAB pour onze résidentes.
- 25 Chaque résidente possède un plan de soins spécifiques, qui prescrit une partie des activités de soins, comme certaines heures de consultation d'un physiothérapeute, l'heure du lever, ou encore des heures spécifiques de toilette. Ces plans de soins sont établis lors de discussions entre la famille et le personnel médical.
- 26 Malgré cela, il existe une trame fixe d'horaires :
- de 7 h à 9 h (ou 8 h 30 pour certains FSLD), les PAB doivent vérifier l'état de santé, réveiller, lever, laver, habiller, doucher ou baigner (deux fois par semaine) l'ensemble des résidentes faisant partie de leurs assignations ;
  - de 9 h à 10 h, elles doivent assister les résidentes dans la prise du déjeuner. La plupart des résidentes déjeunent dans la salle à manger. Certaines demeurent dans leur chambre en

fonction du plan de soins ou de leur état de santé du jour. Dans la salle à manger, les PAB sont assignées à des tables, ou au service de la nourriture.

- 27 Les résidentes sont regroupées aux tables par niveau de dépendance ;
- à 11 h, les PAB doivent donner une collation, spécifique pour chaque résidente ;
  - de 13 h à 15 h, les PAB doivent refaire les lits, accompagner les résidentes dans leurs activités récréatives ou thérapeutiques ;
  - à 14 h, les PAB doivent donner une collation, spécifique pour chaque résidente, apportée à sa chambre ou ailleurs dans l'unité ;
  - à 15 h, c'est la fin du quart de travail.
- 28 En plus des tâches qui sont incluses dans la structure temporelle, les PAB sont investies d'une mission de surveillance. Elles sont garantes de l'intégrité physique et mentale des résidentes, et ont pour mission de s'assurer en tout temps de leur santé et de leur sécurité, et ceci, dans un contexte où tout incident peut être rapporté, non seulement par la hiérarchie du FSLD, mais aussi par les familles et les travailleuses informelles.
- 29 Le travail du matin est réparti individuellement avec les assignations. Cependant, il existe un cadre réglementaire de coopération, puisque l'utilisation des engins de levage électriques doit se faire obligatoirement à deux, sous peine de sanctions, pour des raisons de protection de la santé des PAB et des résidentes.
- 30 Lors de ce quart de travail, les PAB ont en principe trois pauses réglementaires. La première est de 15 minutes, pendant le premier tiers du quart de travail. La deuxième est de 30 minutes, pour le repas. La troisième est de 15 minutes, pendant le dernier tiers du quart de travail. Finalement, les PAB doivent documenter un ensemble de paramètres, principalement axés sur l'état de santé de la résidente.

## 3.2. Travail observé : le travail collectif existe...

- 31 Les données du tableau 1, que nous utiliserons pour décrire le travail des PAB, ont les caractéristiques suivantes :
- elles proviennent toutes d'observations de quart du matin, ciblées parce que ce sont les quarts de travail où se jouent de nombreux enjeux (lever, laver, habiller, nourrir) dans une temporalité serrée (de 7 h à 9 h) ;
  - ce sont, à chaque fois, des travailleuses qui ont été suivies et observées ;
  - les données proviennent de 10 quarts de travail, répartis dans six FSLD. Cela représente 54 heures d'observations. Les observations n'ont pas toutes la même durée, et ne sont pas situées au même moment de la matinée.

### 3.2.1. C'est ensemble que l'on s'occupe de toutes les résidentes

**TABLEAU 1. RÉPARTITION DES CLASSES DE « CATÉGORIES D'ACTIVITÉ » DANS LE TEMPS DE TRAVAIL OBSERVÉ, POUR L'ENSEMBLE DES OBSERVATIONS (TOTAL DE 10 PAB)**

	Catégories d'activité	Répartition moyenne du temps de travail observé sur 10 quarts de travail (%)	Min-Max du temps de travail observé, sur 10 quarts de travail (%)	Nombre d'heures observées, sur 10 quarts de travail (h)



Soins directs	Assistance aux résidentes	58,1	37,1 – 78,3	31,8
	Repas	20,3	12,9 – 36,5	11,0
Soins indirects	Documentation	9,9	0 – 23,0	5,4
	Préparation	3,3	0 – 12,8	1,8
	Réunion	4,3	0 – 13,3	2,4
Pause		4,1	0 – 13,7	2,2
Total des heures observées				54,6

32 Sans surprise, le premier résultat qui ressort à la lecture du tableau 1 est que l'activité de soins directs (assistance aux résidentes + repas) est l'activité principale des PAB (78,4 % du temps de travail observé, en moyenne sur les 10 quarts de travail), devant les soins indirects (documentation + préparation + réunion ; 17,5 % du temps de travail observé, en moyenne sur les 10 quarts de travail) ou les pauses (4,1 % du temps de travail observé, en moyenne sur les 10 quarts de travail). Cependant, on observe une grande étendue entre les minimums et maximums des différentes catégories d'activité relatives aux soins directs. Nous proposons comme pistes d'explication de ces étendues :

- le statut des PAB (permanentes, temporaires, sur appel ou d'agence), qui influence directement l'organisation du travail qu'elles mettent en place (en équipe, ou individuellement) ;
- le nombre de résidentes assignées à chaque PAB.

33 Nous verrons que ces étendues sont en cohérence avec les propos des PAB, notamment lorsqu'elles font référence au travail collectif comme d'une faveur rendue à une collègue. Alors que les assignations décrivent un travail individuel, puisque chacune des PAB doit s'occuper de certaines résidentes spécifiées, dont elles doivent documenter l'état de santé, les résultats du tableau 2 nous montrent que l'assistance n'est pas qu'une activité individuelle. Au contraire, c'est en moyenne un tiers de leur temps de travail d'assistance (34 %) qu'elles passent en collectif, en s'occupant de résidentes dont les chambres ne leur sont pas assignées. Notons qu'il est possible que cette proportion soit surestimée en raison de notre incapacité à observer directement dans les chambres, mais elle représente une portion considérable de leur travail.

**TABLEAU 2. RÉPARTITION ENTRE TRAVAIL COLLECTIF ET TRAVAIL INDIVIDUEL POUR LA CATÉGORIE « ASSISTANCE AUX RÉSIDENTES » (OBSERVATION DE 10 PAB PENDANT 31,8 HEURES)**

Forme de l'activité	Répartition (%)	Minimum-Maximum (%)
Individuelle	67	19,6-99,5
Collective	34	0,5-44,4

34 Parmi les activités collectives que nous avons relevées, sans prétention aucune à l'exhaustivité, il y a :

- les activités de levage des résidentes, lorsqu'un engin mécanique est nécessaire, ou lorsque le plan de soin prévoit un levage à deux ;
- les activités de douche ou de bain, où les PAB s'entraident lorsque la résidente est dépendante, ou lorsque celle-ci est agressive ;
- le déplacement des résidentes, à la salle à manger par exemple ;
- la documentation, quand elle est sous format papier ;
- la distribution du linge des résidentes dans les chambres ;
- les réunions.

35 Nous pouvons remarquer que l'activité collective ne concerne pas simplement les activités de soins directs.

36 À noter également que les repas font preuve d'une organisation différente des assignations : les PAB sont assignées à des tables, où les résidentes ne sont pas forcément parmi celles qu'elles ont levées, habillées, etc.

37 Pour les PAB, l'activité collective dans les soins directs est une véritable ressource, qui dépasse le simple cadre réglementaire du besoin d'être deux pour actionner les engins de levage électriques. C'est grâce à cela qu'elles peuvent donner un soin de qualité :

PAB 1 : « Si je vois une résidente, qui veut un verre d'eau [...]. Tu ne dis pas : « Parce que cette personne n'est pas ma résidente, je vais passer à côté sans rien faire ». »<sup>1</sup>

38 Le travail collectif est ainsi intégré au cœur même du métier. Il joue aussi un rôle d'apprentissage, puisqu'il permet aux PAB de comprendre et d'intégrer les routines de l'unité de soins comme l'affirme cette infirmière à propos de son équipe :

Infirmière agréée : « Parce que tout le monde aide tout le monde, et que cela permet de mieux connaître les résidentes. Ce sont les résidentes de tout le monde donc [les PAB] connaissent leur routine. »<sup>2</sup>

### 3.2.2. ...quand on peut le faire !

39 Alors que le travail collectif assure une qualité de soins, et est donc vu comme une nécessité, plusieurs exemples nous démontrent qu'il n'y a pas forcément de collectif de travail.

40 Dans le cas de PAB 2, cette absence peut même représenter un risque pour la santé et la sécurité des travailleuses :

PAB 2 : « Et je me souviens, quand j'ai commencé à travailler dans ce centre, et que je travaillais dans une autre équipe, pas la mienne, mais une autre. Et l'infirmière me donne des informations à propos de tout le monde, mais je ne savais pas qu'une femme était très agitée [...]. Personne ne m'a dit. Et quand je l'ai mise sur les toilettes, elle m'a frappé très violemment. Mes yeux étaient tout noirs. Parce que personne ne m'avait dit qu'elle était très agitée parfois, d'être prudente... »<sup>3</sup>

41 En l'absence de collectif de travail et avec l'individualisation de la tâche portée par les assignations et la documentation, l'initiative du « travailler ensemble » repose sur la perception des besoins, des efforts et de la contribution de l'autre.

PAB 3 : « Maintenant, si c'est [une PAB] qui essaye vraiment, et que quand elles essayent, peut-être qu'elles n'y arrivent pas... Fais ce que tu peux. Appelle-moi, je viendrai, pas de problème, parce que je sais que [cette PAB] est vraiment en train d'essayer. Mais quand tu sais qu'elle essaye de s'esquiver, tu ne l'aides pas »<sup>4</sup>.

42 À cause de l'insuffisance générale de personnel, et donc de temps, même le travail collectif prescrit n'est pas toujours possible. À au moins deux reprises, nous avons été témoin d'une infraction aux règlements en vigueur sur l'obligation d'être deux pour utiliser les engins de levage électriques, notamment à cause du manque de personnel. Par exemple, dans une des situations observées, la PAB avait 11 résidentes assignées (tout comme ses deux collègues), et était isolée dans une partie de l'unité loin des autres. Celle-ci se retrouve face à un dilemme opératoire :

- interrompre une collègue dans sa tâche, attendre son arrivée (et donc ne fournir de soins à aucune résidente), mettre en retard sa collègue qui interrompt sa tâche, pour manipuler l'engin à deux, en conformité avec les règles ;

43 Ou

- réaliser la manipulation seule, malgré la prescription, pour gagner du temps et respecter une échéance temporelle serrée, mais mettre en danger sa propre santé et sécurité, celles de sa résidente, ainsi que son emploi.

44 Nous avons alors pu observer que la PAB entrait dans la chambre avec l'engin de levage, et en ressortait quelques minutes après sans que personne ne soit venu l'aider.

45 Notons que lors de notre première semaine d'observation, une PAB fut mise à pied pour avoir réalisé la manipulation seule. Notons également que nous n'avons pu observer ces situations qu'à deux reprises. C'est, à chaque fois, au hasard d'un couloir par lequel passait l'observateur que celui-ci a remarqué la pratique en infraction. Lorsqu'il a abordé le sujet dans une conversation informelle avec la PAB, celle-ci lui a demandé de se taire, parce qu'elle pourrait subir des mesures disciplinaires si cela se savait. Les PAB se cachent pour le faire, au vu du risque de sanction. Ainsi, nous estimons que c'est une pratique courante, dont nous avons probablement sous-estimé la fréquence.

### 3.2.3. Le travail se fait aussi en dehors du temps rémunéré

46 Deux données du tableau 1 sont intrigantes :

1. La préparation y paraît comme une activité marginale (3,3 % du temps de travail).

47 Elle consiste à préparer tout le matériel nécessaire pour l'hygiène et l'habillage des résidentes sur les différents chariots, placer les poubelles aux endroits adéquats dans les chambres et les couloirs, s'assurer d'avoir assez de serviettes propres, de couches neuves, de lingettes ou encore de gants jetables. Cependant, nous ne l'avons observé que très rarement, parce qu'elle se fait généralement avant l'heure officielle du début de travail, heure à laquelle nous débutons nos observations. Dans une discussion informelle avec une PAB, celle-ci nous a expliqué que le déjeuner est à 9 h, que c'est une échéance fixe et qu'il n'est pas question d'y arriver en retard. Selon elle, il vaut mieux commencer avant le début officiel du travail, pour commencer directement, à l'heure officielle, en s'occupant des résidentes, plutôt que par la préparation.

1. Les pauses n'occupent pas la proportion du travail observé prévue.

48 En effet, elles n'occupent que 4,1 % du temps de travail sur les quarts observés, alors que la convention collective prévoit deux pauses de 15 minutes et une pause repas de 30 minutes, le tout pour 8 heures de travail, soit 12,5 % du temps de travail.

49 Nous avons observé que ces pauses sont fréquemment sautées, ou qu'elles sont passées dans l'unité à faire d'autres tâches, notamment de documentation (qui ont alors été

cotées comme de la documentation dans notre traitement de données). Ceci est corroboré par le fait que les PAB nous ont souvent fait la remarque à l'effet qu'elles n'avaient pas pu prendre leur pause. Parfois, la salle de repos se trouve au sein de l'unité de soins. Dans ce cas, les PAB sont en pause, mais effectuent quand même la surveillance des résidentes à proximité, et interviennent si besoin. Ce type de pause ne sert pas pleinement sa fonction de restauration ou de repos : c'est une fausse pause.

### 3.3. Travail observé : la documentation

#### 3.3.1. Un des fondements du financement des foyers

- 50 Rappelons que la documentation répond à deux objectifs (ministère de la Santé et des Soins de longue durée en Ontario, 2007) :
- le suivi de l'état du patient ;
  - la planification des besoins par « l'amélioration des soins prodigués aux pensionnaires des FSLD en standardisant le processus d'évaluation et de planification des besoins », notamment en entrant dans le processus d'allocation de ressources comme nous l'avons décrit précédemment.
- 51 Durant la journée, les PAB doivent renseigner des documents avec différents types de données :
- les renseignements concernant les repas et les collations, afin de consigner ce que les résidentes ont mangé et bu dans la journée ;
  - le *flow sheet*, qui permet de renseigner l'état de la résidente. Par exemple, ses comportements agressifs, ses déplacements, etc.
  - le *restraint sheet*, qui permet de renseigner si la personne a été assujettie à des moyens de contention ;
  - les feuilles d'exercice, où les PAB renseignent si les résidentes ont réalisé les activités quotidiennes requises dans le plan de soins.
- 52 Dans nos observations, nous avons vu deux moyens utilisés pour réaliser la documentation, déployés dans les différents foyers :
- une version papier-crayon, dans des cartables, disponibles dans le bureau des infirmières (où les PAB ont accès). Elles remplissent la documentation à différents moments de la journée ;
  - une version informatique, avec des ordinateurs fixés aux murs, aux quatre coins de l'unité de soins. À noter que la version informatique est beaucoup plus contraignante pour les PAB parce que le logiciel exige que la documentation de l'état de la résidente soit renseignée au moins 30 minutes après chaque activité de soins directs. Sinon, le logiciel rapporte un retard.
- 53 En fonction de la version utilisée, la façon de documenter se répartit autrement dans le temps. Dans sa version papier, nous avons observé que c'est à la fin de la journée que les PAB se rassemblent et la remplissent ensemble, ce qui est l'expression d'un travail collectif. En effet, aucun membre individuel ne détient toutes les connaissances nécessaires. Dans sa version informatique, c'est tout au long de la journée que la PAB documente individuellement, en suivant les activités de soins.
- 54 Cette activité de documentation a revêtu une importance que nous n'avions pas anticipée. Avec 9,9 % du temps de travail observé, ce sont environ 45 minutes par jour que les PAB

du quart du matin consacrent à renseigner l'état des résidentes. Ce temps, malgré une liste de tâches bien chargées, n'est pas passé à donner des soins.

- 55 Notons que la documentation influence les modèles d'organisation du travail et d'investissements que font les directions, et que la maximisation des scores obtenus devient un enjeu stratégique. Comme l'ICC est susceptible d'évoluer d'année en année, la planification ne peut se faire qu'à une échéance d'un an. C'est pourquoi les engagements de personnel à statut temporaire peuvent être privilégiés, au possible détriment de l'apprentissage professionnel, de la continuité des soins et du bien-être des employées.

Directeur des soins 1 : « Ce que l'on fait, c'est que l'on s'assure que nous documentons tout de façon appropriée, et nous nous assurons de maximiser l'ICC [...]. L'autre chose que j'ai faite aussi, et que l'on continuera à faire régulièrement, et je me rends compte que de plus en plus de [FSLD] font, c'est que si j'ai un ICC plus grand [...], j'embaucherai des positions temporaires, ou quelque chose comme cela... »<sup>5</sup>

- 56 Finalement, le modèle de financement des foyers par le gouvernement, s'appuyant sur la documentation, entraîne la création de nouveaux postes au sein de l'encadrement : les *RAI-MDS managers* ou coordinateurs RAI-MDS. Ils ont pour objectif de mettre en place, soutenir et analyser les données en provenance de la documentation, afin de maximiser le financement.

### 3.3.2. Documenter vs faire...

- 57 Pour les PAB, le soin direct aux résidentes est le cœur du métier. Elles ont un rapport émotionnel à leur travail, et la qualité des soins est d'une importance certaine.

PAB 4 : « Comme je disais, nous ne devons pas oublier pourquoi nous sommes ici en ce moment, et pour eux et pour ces personnes. Ils ont besoin de soins, maintenant. Nous devons prendre soin d'eux [...]. C'est pour cela que j'ai dit que dans ce travail, si tu n'as pas le cœur et l'amour pour cela, pars et va ailleurs. »<sup>6</sup>

- 58 Un conflit apparaît entre les objectifs de qualité de soins que se fixent les PAB et les contraintes de documentation. Tout d'abord, le temps requis pour documenter éloigne la PAB de la résidente, l'empêchant alors de faire ce qu'elle considère prioritaire. L'activité de documentation prend une ampleur considérable, vis-à-vis de l'activité de soins (10 % du temps total), ce qui est contraire à la façon dont les PAB aimeraient vivre leur métier.

PAB 5 : « Quand les gens du gouvernement viennent ici, [les PAB] font tout selon les règles, parce que ce dont je me suis rendu compte, c'est que c'est la paperasse qui compte [...]. Ils sont plus intéressés par la paperasse que par les soins qui sont donnés aux résidentes. »<sup>7</sup>

PAB 6 : « Avant, nous pouvions remplir la documentation d'une façon très simple, mais maintenant, il y en a tant... parce que si tu fais ça, et seulement ça, nous n'aurons pas de financement du gouvernement, n'est-ce pas ? Donc, on doit être plus spécifique [...] et explicite. Et ça va nous prendre plus de notre temps. Une heure. Si tu n'es pas si bonne, une heure et demie parfois. Et ce temps, tu pourrais l'utiliser comme du temps de qualité avec tes résidentes... »<sup>8</sup>

- 59 Ce rapport émotionnel, ainsi que le conflit engendré par la mise en valeur de la documentation vis-à-vis de l'activité de soins, sont reconnus par les membres de la direction et des professions médicales.

Directeur des soins 2 : « Je pense que, globalement, la documentation par les PAB est un défi à cause [...] des responsabilités qu'elles ont tous les jours avec le soin aux résidentes, donc leur priorité est de répondre aux besoins des résidentes plutôt que de les documenter. »<sup>9</sup>

Responsable du soutien à l'amélioration des conditions de vie : « [les PAB] comprennent pourquoi nous devons documenter. Mais c'est dans leur nature de toujours vouloir faire quelque chose avec les résidentes. »<sup>10</sup>

- 60 Il est remarquable que ces deux gestionnaires semblent percevoir le dévouement des PAB comme une erreur à corriger.

### 3.3.3. La documentation renseigne l'état de santé des résidentes

- 61 Les quatre catégories d'information que doivent renseigner les PAB lors de la documentation permettent de dresser un portrait de l'état de santé de la résidente, que ce soit à propos de ce qu'elle mange ou ne mange pas, de ce qu'elle a été capable de faire comme mouvement, ou encore, de son état psychologique (agressivité, désorientation, volonté suicidaire...). Cependant, certains professionnels de la santé remettent en question cette documentation, et regrettent la maigre prise en compte du soin dans celle-ci.

Médecin 1 : « [Les indicateurs] ne devraient pas renseigner le déclin. Je pense qu'ils devraient documenter ce qu'ils font pour maintenir les résidentes. Par exemple, quelles sont les activités que vous faites avec les résidentes pour maintenir leurs aptitudes cognitives, ou leurs habiletés... »

Médecin 2 : « Vraiment, plusieurs choses ne comptent pas [dans la documentation], la qualité des soins donnés, comment tu t'y prends, combien d'heures tu y passes... »

- 62 Malgré le fait que la documentation ne renseigne pas la réalité du travail des PAB, elle est une tâche obligatoire. Elle revêt une importance capitale non seulement pour le financement, nous l'avons déjà dit, mais également pour la reconnaissance et la traçabilité du soin. Cependant, les catégories renseignées n'ont pas toujours d'intérêt pour tous.

PAB 7 : « Et même s'il n'y a rien de mal avec la résidente, qu'on ne trouve rien, nous devons toujours remplir [la documentation]. Donc, je pense que c'est juste du temps perdu. »

- 63 Au regard de tous ces éléments, le travail demeure invisible.

Infirmière agréée 2 : « Ils basent les rapports sur notre documentation, donc si ce n'est pas documenté, ce n'a pas été fait. »

### 3.3.4. Le développement de stratégies

- 64 Lors de nos observations, nous avons noté un éventail de stratégies déployées par les PAB pour remplir la documentation :

- Avoir une attention constante. Les PAB ont toujours un œil sur toutes les résidentes, qu'elles leur soient assignées ou non. Lors des repas, les PAB assignées à d'autres résidentes que les « leurs » surveillent quand même de loin aussi celles dont elles ont la charge.
- Prévoir l'imprévisible. Les PAB qui soignent des résidentes ayant de fortes déficiences cognitives doivent constamment prévoir les entraves à leur activité. Par exemple, une PAB qui donne un bain doit prévoir la possibilité que la résidente fasse ses besoins dans le bain, et déployer des moyens pour le prévenir ou pour en minimiser les dégâts. Ceci implique des opérations supplémentaires, soit de gestion, soit de nettoyage.
- Communiquer constamment. Les PAB développent une communication très fréquente entre collègues afin de se transmettre les informations pertinentes sur les résidentes dont elles ont la charge. Cette communication est directe et orale ou médiée, à travers des phrases

écrites sur des bouts de papier, de serviettes ou tout autre matériel à disposition. C'est ainsi que nous avons pu observer au détour d'un couloir, en suivant une PAB, une de ses collègues lui transmettre un bout de papier plié où a été inscrit le fait qu'elle avait amené à la toilette sa résidente. La PAB que nous suivons est ainsi au courant que sa résidente est allée à la toilette, et pourra l'inscrire dans la documentation.

- Documenter en équipe. Lorsque la documentation est en version papier, les PAB se regroupent lors de la dernière demi-heure du quart, s'assoient ensemble pour remplir la documentation. En plus d'être un moment privilégié de retour sur la journée, les PAB s'assurent de ne rien omettre, ou s'entendent sur ce qu'elles veulent déclarer. Quand la documentation est en version informatique, nous avons observé à plusieurs reprises une PAB remplir la documentation pour les autres, pendant que celles-ci étaient occupées à donner des soins.
  - Utiliser sa pause ou son temps hors travail. Lorsque l'on regarde le tableau 1, on s'aperçoit que les pauses représentent moins de 5 % du temps de travail total. Une explication à ce résultat est le fait que, souvent, durant leur pause, les PAB font la documentation. Aussi, nous avons observé à plusieurs reprises des PAB rester après leur quart de travail pour remplir la documentation.
  - Recopier ou omettre des informations. Cette dernière stratégie consiste à recopier les données des jours précédents (observés majoritairement quand il s'agissait de la version papier). Ou à omettre certains événements qui s'étaient déroulés pendant la journée (observé majoritairement avec la version électronique). Dans la version électronique, le remplissage sur l'écran tactile devient une véritable « danse », où les PAB remplissent par automatisme les différentes catégories de renseignements demandés.
- 65 Cette dernière stratégie, l'omission, est connue de la direction. Elle a même fait l'objet de transformations, notamment technologiques, afin de les endiguer, ce qui explique en partie l'apparition de la version électronique de la documentation.

Directeur des soins 3 : « Pour ce jour, à ce moment, elles ne penseront pas « Oh ! Nous devrions documenter que nous sommes deux à fournir les soins parce que la résidente en avait besoin ». Elles vont généralement lier la routine quotidienne du plan de soins, et si le plan de soins dit qu'il n'y a besoin que d'une personne, elles ne documenteront qu'une personne, même si le soin a été fourni par deux personnes ce jour-ci. »<sup>11</sup>

## 4. Discussion

### 4.1. Indicateurs de gestion et travail

- 66 Comme le montre la présentation du mode de financement des FSLD (cf. 1.2.), nous sommes dans une ère de rationalisation des systèmes de gestion, notamment dans le public, avec des principes comme le *New Public Management*, s'inspirant des modes de gestion privés pour les transférer vers le public (Piney, 2015 ; Hood, 1991 ; Gow et Dufour, 2000). Le secteur hospitalier canadien, lui aussi, voit une introduction massive de la gestion par indicateurs, à travers l'implantation du *Lean Management* (Comtois et coll., 2013 ; Foropon et coll., 2013).
- 67 Les indicateurs, qui sont des outils de gestion (Moisdon, 1997), ont trois caractéristiques (Hatchuel et Weil, 1992). Premièrement, ils sont faits de supports concrets (ce sont des graphiques, des tableaux, des cases à cocher, etc.). Ensuite, ils possèdent une certaine philosophie sous-jacente, que certains positionnent dans une philosophie gestionnaire de

« Maîtrise », « Performance » et « Rationalité » (Boussard, 2008), et qui engendrent des critères de mesure principalement économiques et financiers (Boussard, 2013). Enfin, ils définissent un périmètre social qui englobe les concepteurs et les diffuseurs, mais aussi les utilisateurs. Ces trois caractéristiques en font des « éléments décisifs dans la structuration du réel, engendrant des choix et des comportements échappant aux prises des hommes [et des femmes], parfois à leur conscience » (Berry, 1983). Donc, l'indicateur en tant qu'outil, de par son appartenance au phénomène de rationalisation des systèmes de gestion (Pueyo et Zara-Meylan, 2012), entraîne des automatismes de décision (Berry, 1983) correspondant à la vision proposée par Girin (1990), de « véritables machines de gestion » alimentées d'indicateurs et capables de prendre des décisions de façon quasi autonome.

- 68 Aussi, en réduisant la complexité des situations qu'ils mesurent, les indicateurs participent d'une simplification du réel, au détriment de la fidélité de la description car, par définition, le réel résiste à la modélisation et la mesure (Dejours, 1995 ; Berry, 1983 ; Messing, 2016 : chapitre 7). Cette simplification du réel, au prisme d'une philosophie gestionnaire basée sur des critères économiques (Boussard, 2008 ; Dujarier, 2010) entraîne, selon nous, deux conséquences principales : d'une part, le travail est non représenté, puisque l'on sépare la description des fins de leur réalisation (Dujarier, 2010) ; d'autre part, les gestionnaires doivent consacrer une part de leur temps de plus en plus conséquente à la gestion et au remplissage de ces indicateurs, les éloignant du terrain et du travail de leurs équipes (Piney, 2015 ; Detchessahar et Grévin, 2009 ; Detchessahar, 2011).
- 69 On voit alors apparaître un phénomène de « silence organisationnel » (Morrison et Milliken, 2000), c'est-à-dire, une absence de discours, au sein de la structure, sur le travail. Ce silence, cette invisibilité, entraîne des conséquences pour la santé des individus (Bouffartigue, 2012 ; de Gaulejac, 2006 ; Detchessahar, 2013 ; Bruère, 2014 ; Tangirala et Ramanujan, 2008). Cela pose également des questions quant à la performance, notamment concernant l'adéquation de la décision prise sur la base d'indicateurs. Enfin, on peut aussi demander si ce silence organisationnel ne touche pas davantage le travail des femmes, à cause de leur positionnement dans le marché du travail.
- 70 Dans l'introduction de cet article, nous posons cinq questions, auxquelles nous pouvons désormais répondre.

## 4.2. La contribution de la documentation aux soins

- 71 Nous avons relevé deux contributions majeures de la documentation aux soins données par les PAB aux résidentes.
- 72 D'abord, la documentation est l'étape première du calcul des subventions octroyées aux FSLD par le gouvernement. Réponse juste et nécessaire, la documentation est un mécanisme qui permet d'allouer les fonds nécessaires au soin des résidentes en fonction de l'état de santé de celles-ci. Cela représente, en comparaison à bien d'autres établissements dans d'autres pays, à une avancée majeure en matière de distribution équitable de financement.
- 73 Aussi, la documentation, en ramassant de nombreuses données sur les différents aspects de l'état de santé des résident.e.s (état physique, psychologique, médical,



comportemental) permet de faire un suivi précis de l'évolution des résident.e.s, permettant ainsi, nous le pensons, la coordination des différentes professions médicales, l'établissement et la modification de plans de soins adaptés et l'information aux familles.

### 4.3. La documentation renseigne la finalité, pas le travail

#### 4.3.1. La finalité : l'état de santé des résidentes

- 74 Cependant, comme le dit *Médecin 1* à propos de la mesure du déclin par les indicateurs, ou *Médecin 2* à propos d'éléments de soins qui seraient importants à faire apparaître, la documentation ne renseigne pas les moyens qui sont mis en œuvre par le personnel soignant pour prendre soin des résidentes. Nous retrouvons là une des remarques que nous faisons en introduction, concernant les indicateurs de gestion : ils ont tendance à renseigner les fins de l'activité (ici, l'état de santé des résidentes) et non les moyens de réalisation (Dujarier, 2010 ; Berry, 1983). Dans la mesure où cette tendance court, les indicateurs générés deviennent moins utiles pour la détermination des besoins de main-d'œuvre.
- 75 Les informations qui y figurent abordent principalement l'état de la résidente, ou ses habitudes de consommation. Par exemple, plutôt que de renseigner le déroulement de l'assistance à l'alimentation, la documentation renseigne la quantité de viande, ou de jus d'orange, consommée par la résidente. Une alimentation à la cuillère, contre la résistance d'une résidente, « compte » de manière égale à celle effectuée sans résistance. Ou encore, comme nous le disions avec l'exemple du bain, la documentation renseigne le fait que le bain ait été donné, ou non, mais pas les conditions de sa réalisation. Les interventions qui sont réalisées, les soins qui sont donnés, et les stratégies qui ont dû être déployées pour ce faire ne sont pas documentés.

#### 4.3.2. Le travail : collectif, intense, exigeant...

- 76 Comme d'autres chercheur.e.s, nous avons constaté que le travail des soins s'effectue de manière intense. Des infirmières ont par exemple parlé de la « minute de 90 secondes » (Armstrong et Armstrong, 2002). Les opérations se succèdent sans relâche (Messing et Elabidi, 2002). Un rythme de travail élevé est, de toute façon, caractéristique du travail des femmes (Messing, 2002). Le risque de violence est souvent présent (Banerjee et coll., 2012), ce que nous avons pu constater à de nombreuses reprises dans nos observations.
- 77 Aussi, l'un des éléments révélateurs concerne l'aspect collectif du travail des PAB, qui n'apparaît nulle part dans la documentation. Les résultats avancés par cette étude montrent clairement que le travail collectif des PAB existe, et qu'il est une ressource importante pour l'atteinte des objectifs de qualité que les PAB se fixent. Nous notions en introduction que des composantes importantes du travail de service fait par les femmes sont invisibles (Messing, 2016). En effet, les compétences des femmes font partie des habiletés sous-évaluées des soins (Armstrong, 2013).
- 78 Dans le secteur qui nous concerne ici, Messing et Elabidi (2002) ont montré l'importance de la collaboration entre PAB, sous forme d'un « réseau d'entraide », où l'on se partage les tâches et des informations, notamment dans les opérations à composante physique. Pour autant, les auteures notent, comme frein à cette collaboration, l'organisation du travail qui « ne permet pas vraiment d'avoir de l'aide au moment voulu », lacune que nous avons aussi constatée ici, ou parce que les « relations hiérarchiques empêchent les [PAB] de

solliciter les infirmières ». Finalement, comme dans notre cas, le travail collectif n'est pas institutionnalisé.

- 79 Notons aussi, comme le fait remarquer Gaucher (1992), le rapport émotionnel qu'ont les PAB avec leur travail, surtout avec les résidentes. Travailler avec des personnes qui sont en déclin à cause de la maladie d'Alzheimer nécessite une implication émotionnelle tout à fait importante. Nous regrettons que la documentation ne puisse en tenir compte.

#### 4.3.3. Le travail n'est pas tout le temps rémunéré

- 80 Nos observations montrent qu'il y a une certaine partie du travail qui se réalise avant ou après le quart de travail :
- 81 1. La préparation, qui se fait généralement avant l'embauche ;
- 82 2. La documentation, qui peut parfois se faire sur le temps de pause, ou après le quart de travail afin de donner le plus de soins aux résidentes.
- 83 Nos observations montrent également qu'il arrive régulièrement que les pauses ne soient tout simplement pas prises.
- 84 Historiquement, les femmes ont toujours fait du bénévolat concernant le soin de la famille ou des indigents, notamment à travers l'existence d'associations philanthropiques, souvent religieuses. Peu à peu, ces femmes bénévoles se sont professionnalisées, et sont entrées sur le marché du travail, pour fournir un soin professionnel et rémunéré aux mêmes personnes (Cohen, 2010). Il a été démontré que les femmes actives continuent de faire du bénévolat auprès des mêmes groupes de personnes, surtout lorsqu'elles sont à temps partiel (Tanugachi, 2006). Nous constatons dans la présente étude que les PAB font du travail non rémunéré pour leur employeur, puisque leur travail est très intense, qu'elles ne prennent pas leurs pauses conventionnées, et qu'elles travaillent avant et après leur quart de travail rémunéré.

#### 4.3.4. Le mode de collecte n'est pas adapté au travail

- 85 Nos résultats décrivent une activité de documentation qui prend en moyenne environ 9 % de la journée de travail. Insistons sur le fait que ce temps passé à documenter ne se répartit pas de la même façon dans la journée en fonction de la version de la documentation utilisée. La version papier verra l'ensemble des PAB s'asseoir ensemble à la fin de la journée de travail, et renseigner ensemble la documentation. En plus d'être un moment favorable pour la création du collectif de travail, c'est aussi un moment privilégié pour s'accorder sur ce qu'il y a à déclarer.
- 86 La version informatique, quant à elle, nécessitera d'être produite dans la demi-heure qui suit le soin donné. C'est une vision continue du travail qui est portée par le logiciel, où un soin A est donné, puis renseigné, puis un soin B, renseigné à son tour, et ainsi de suite. En réalité, dans nos observations, nous avons pu voir que le travail est fortement fractionné et discontinu.

### 4.4. La documentation sous-estime le travail des PAB

- 87 Il y a là un paradoxe entre la visée d'individualisation du travail, portée par l'organisation du travail à travers les assignations et la documentation, et le fait que l'activité collective a été reconnue à de nombreuses reprises comme une ressource très importante pour

l'atteinte des objectifs fixés aux travailleuses et travailleurs, par exemple dans la consigne relative à la levée des charges. En effet, l'activité collective est un « moteur de développement » du collectif de travail, qui, quant à lui, est un facteur de prévention des atteintes à la santé, mais également un facteur de performance (Caroly et Barcellini, 2012 ; Rocha et coll., 2012).

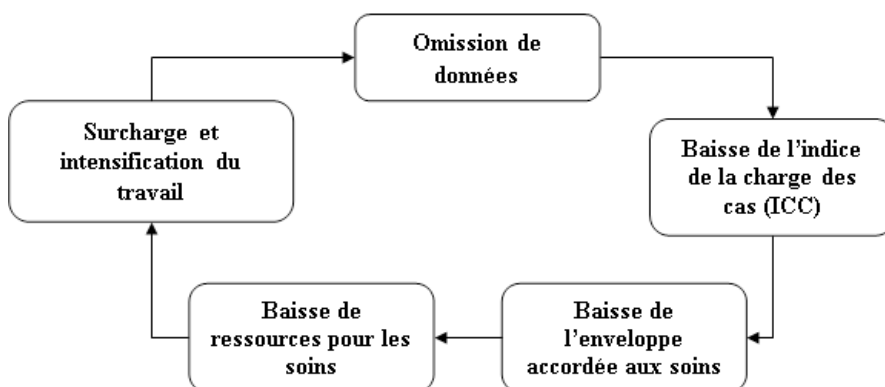
- 88 Dans le cas des PAB ontariennes, l'activité collective, bien qu'autorisée, n'est pas soutenue par l'organisation du travail. Au contraire, celle-ci tend à mettre en place des façons de faire freinant le développement d'un collectif de travail : assignations individuelles, responsabilités individualisées, version informatiquée de la documentation, précarisation de l'emploi avec l'embauche de personnels temporaires. Travailler ensemble nécessite de contourner l'organisation du travail, et dépend de faveurs que l'on se rend entre collègues. Et c'est ce que l'on observe : à de nombreuses reprises, le travail se fait en collectif (pendant les repas, notamment) et pendant les urgences (violences). La question alors est celle de la reconnaissance, notamment dans les outils de gestion, de cette activité collective. On a même affaire à une incohérence : dans la restriction des engins de levage, lorsque la PAB doit instruire le dilemme opératoire que nous avons présenté précédemment, vouloir bien faire son travail peut être soumis à sanction.
- 89 Notons que le mode de calcul du ministère exclut aussi tout ce qui n'est pas compris dans l'activité des PAB parce qu'accompli par d'autres personnes, surtout des femmes : les soins complémentaires offerts par les familles, par des travailleuses informelles rémunérées par les familles, et par des bénévoles.

#### 4.5. Sous-estimation du travail et cercle vicieux

- 90 C'est l'un des apports majeurs de notre étude, de révéler que la documentation, en même temps qu'elle contribue au financement des unités de soins sous couvert de rationalité et d'objectivité, participe en fait à l'intensification du travail et à sa propre déconnection de la réalité du terrain.
- 91 Premièrement, parce qu'elle ne donne d'informations que sur la santé des résidentes. C'est donc à partir de données médicales que l'on organise un travail qui, lui, ne l'est pas. Rappelons que l'outil utilisé pour le financement est « l'indice de charge de cas », qui est donc sensé définir ce qu'est un cas « lourd ». Mais, est-ce qu'une définition médicale de la lourdeur d'un cas correspond à la définition de ce qui est lourd pour les PAB ? Une résidente peut-elle avoir de nombreuses pathologies et déficiences, alourdissant alors la charge médicale qu'elle représente, et pourtant être une résidente considérée « facile » par les PAB, et inversement ? Prenons l'exemple de cette résidente, qui était lourdement dépendante et, à l'occasion, très agressive. Nous avons observé que les PAB avaient pour stratégie de la lever plus tard que ce qui était prévu dans le plan de soins, permettant ainsi à la résidente de se reposer plus longtemps. Il en résulte une gestion beaucoup plus facile de cette résidente, plus facile que ce que laisserait envisager son état médical.
- 92 Toutefois, la question mérite d'être posée, car nous avons pu observer à de nombreuses reprises des résidentes « médicalement lourdes » sans qu'elles ne semblent représenter une charge lourde pour les PAB, notamment lorsque les PAB sont en capacité de développer des stratégies comme celle dont nous venons de donner l'exemple.
- 93 Deuxièmement, la charge que représente l'activité de documentation, et le fait qu'elle interfère avec l'activité de soins, engendre sa propre inadéquation avec les besoins réels,

puisque l'on assiste au développement de stratégies d'omission, dans le but de privilégier l'activité de soins. Un cercle vicieux, présenté en figure 1, apparaît alors.

**FIGURE 1. CERCLE VICIEUX**



- 94 En omettant les données, les PAB contribuent à abaisser l'indice de la charge des cas (ICC). Cette baisse de l'ICC entraîne une baisse de l'enveloppe accordée aux soins infirmiers et personnels (SIP), ce qui, *in fine*, amène une baisse de ressources financières qui sont accordées pour les soins. Comme le faisait remarquer *Directeur des soins 1*, cette baisse des ressources financières donne lieu à différentes décisions d'investissement qui contribuent à une surcharge, une intensification du travail. Favorisant alors le soin dans un environnement plus exigeant, leur cœur de métier, les PAB continueront de développer des stratégies d'omission des données.

## 5. Conclusion : outil de gestion et invisibilité du travail des femmes, que faire ?

- 95 Dans cet article, nous avons souhaité montrer l'un des mécanismes de l'invisibilisation du travail des femmes par les outils de gestion. Dans notre cas, les PAB doivent remplir de nombreux indicateurs qui :
- renseignent l'état de la résidente, et non la nature du soin apporté : le travail des PAB prend la forme d'une boîte noire inexploitable ;
  - se font sur des supports technologiques qui ne semblent pas adaptés à l'activité de travail des PAB, contraignant alors l'activité de soins et impliquant des stratégies d'omission ;
  - sont utilisés, transformés, maximisés, par des gestionnaires spécifiquement employés dans ce but, et éloignés du terrain, ne mettant pas en discussion le sens diffusé par les outils.
- 96 À noter que face à l'outil de gestion, les PAB ne restent pas passives. Elles développent des stratégies individuelles et collectives, afin de privilégier l'activité de soins, au détriment de la fidélité de la description des événements dans les indicateurs. Malgré cet usage de

l'indicateur, nous remarquons que cet outil de gestion ne prend pas en compte l'activité de soins, que son utilisation est déconnectée de la logique de travail des PAB.

- 97 De plus, les caractéristiques traditionnelles du travail de soins habituellement fait par les femmes, soit le travail cognitif et émotionnel, sont complètement absentes du système de comptabilisation. Est-ce parce que ces composantes ne sont pas comptabilisables ? Parce qu'elles sont considérées comme un aspect « naturel » du travail des femmes ? Parce que, comme semblent penser les gestionnaires interviewés, elles sont superflues ?
- 98 Pourtant, l'habileté à gérer du personnel rémunéré, habituellement associée aux hommes, est considérée comme un atout, et elle est recherchée, supportée et rémunérée par les organisations. Ce point a été expliqué amplement dans la littérature féministe (Hochschild, 1983 ; Saillant, 1991 ; Soares, 1998 ; Armstrong et coll., 2008).
- 99 Bien que le mécanisme d'invisibilisation par les outils de gestion ne soit pas spécifique au travail des femmes, le contexte particulier du système de santé, de par sa composition majoritairement féminine, en fait un lieu privilégié d'expression de ce mécanisme. Il nous semble que ce serait pertinent d'apporter une perspective de genre à l'analyse des indicateurs de gestion.
- 100 Ainsi, avec l'introduction massive et rapide des outils de gestion de cette dernière décennie, rendant les organisations publiques des organisations gérées par des indicateurs à la logique économique, rationnelle et objective, ce sont des milliers de femmes qui voient leur travail mal représenté dans les discours et représentations organisationnels.
- 101 Cette perspective ouvre au moins deux opportunités de recherche, qui ne se limitent pas au secteur de la santé, mais qui peuvent (et doivent) se répliquer partout où les indicateurs de gestion sont introduits.
- 102 Tout d'abord, il est fondamental de s'intéresser aux outils de gestion comme le résultat d'une construction sociale qui met en jeu relations de pouvoir (Berry, 1983), enjeux sociaux et gestion de projet (Arroyo, 2012). L'une des limites de notre étude est de ne pouvoir saisir l'impact des outils de gestion qu'à un moment donné, pour un type d'actrices donné (les PAB). Pourtant, les outils de gestion sont des éléments qui définissent un périmètre large d'acteurs (les concepteurs, les diffuseurs, les utilisateurs ; Berry, 1983). Pour pouvoir les transformer, il faut en comprendre l'origine. Nous pourrions notamment nous intéresser au travail des gestionnaires qui maximisent ces outils de gestion : comment travaillent-ils avec les indicateurs ? Quels en sont les impacts sur leur travail ? Quelles stratégies développent-ils pour les maximiser, et quels en sont les impacts sur les autres travailleurs et travailleuses ? Est-ce que ces indicateurs représentent aussi bien le travail des femmes et des hommes ?
- 103 Ensuite, il peut être fortement intéressant de développer d'autres formes de recherche, dans une perspective de conception des outils de gestion. Proche de formes de recherche-intervention, nous pourrions développer des dispositifs de conception d'outils de gestion qui permettent de renseigner le travail réel, sans pour autant négliger les indicateurs classiques. Cela implique plusieurs axes de recherche :
- Quels indicateurs permettent de renseigner le travail ? Comment concevoir de tels instruments de gestion ?
  - Comment utiliser à différents niveaux ces indicateurs ? Cela implique de s'intéresser aux usages de chacun des acteurs qui interagissent avec ces indicateurs. Cela implique les travailleuses, les gestionnaires, mais également les directions et actrices institutionnelles en

dehors de la structure. Certaines recherches récentes posent la question de la gestion du travail par la discussion (Detchessahar, 2001, 2013 ; Van Belleghem, à paraître). Il pourrait être très intéressant de reprendre de tels dispositifs de mise en discussion du travail, en les croisant avec la conception d'indicateurs de gestion sur le travail, qui agiraient comme des convocateurs de l'activité, permettant ainsi l'enrichissement du sens des indicateurs quantitatifs.

- 104 Évidemment, pour chacune de ces deux perspectives de recherche, il est fondamental de développer une perspective genrée et, selon nous, réaliser ces recherches prioritairement dans des établissements ou des organisations où les travailleuses sont majoritairement des femmes.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Armstrong, P., Armstrong, H., Scott-Dixon, K. (2008). *Critical to Care ; The Invisible Women in Health Services*. University of Toronto Press, Toronto. 228 p.
- Armstrong, P., Armstrong, H. (2002). *Wasting away : The undermining of Canadian health care*. Oxford University Press, Don Mills, Ontario. 264 p.
- Armstrong, P. (2013). Skills for care. Dans *Troubling care : Critical perspectives on research and practices*, eds P. Armstrong, S. Braedley, p. 101-112. Canadian Scholars' Press, Inc., Toronto.
- Arroyo, P. (2012). Management Accounting Change and Sustainability : An institutional approach. *Journal of Accounting and Organizational Change*, 8, 3, 286-309.
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, P., Szebehely, M., Armstrong, H., Lafrance, S. (2012). Structural violence in long-term, residential care for older people : Comparing Canada and Scandinavia. *Social Science & Medicine*, 74, 3, 390-398.
- Berry, M. (1983). *Une technologie invisible - L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*. CRG-1133. Cahier du laboratoire numéro 1983 classification JEL : L20. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00263141/document>
- Bouffartigue, P. (2012). Mettre le travail au centre d'une pensée de l'alternative. *Conférence publique du comité local Attac d'Aix-en-Provence*, nov. 2012, Aix-en-Provence, France. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00770867/document>
- Boulet, M. (2014) Même profession, salaires différents : les femmes professionnelles moins bien rémunérées. Institut de la Statistique du Québec. Québec. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-remuneration/industries/difference-salaire-homme-femme.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-remuneration/industries/difference-salaire-homme-femme.pdf)
- Boussard, V. (2013). Qui crée la création de valeur ? *La Nouvelle Revue du Travail*, 3. <http://nrt.revues.org/1020>
- Boussard, V. (2008). *Sociologie de la gestion, les faiseurs de performance*. Paris : Belin. 263 p.
- Bruère, S. (2014). Les liens entre le système de production lean manufacturier et la santé au travail : une recension de la littérature. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, 8, 1, 21-50.

- Caroly, S. (2011). Activité collective et réélaboration des règles comme ressources pour la santé psychique : le cas de la police nationale. *Le Travail humain*, 74, 4, 365-389.
- Caroly, S., Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. Dans *Ergonomie constructive*, ed. P. Falzon, p. 33-46. Presses Universitaires de France, Paris.
- Cohen, Y. (2010). *Femmes philanthropes. Catholiques, protestantes et juives dans les organisations caritatives au Québec*. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal. 258 p.
- Comtois, J., Paris, Y., Poder T.G., Chaussé, S. (2013). L'approche Kaizen au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) : un avantage organisationnel significatif. *Santé publique*, 25, 2, 169-177.
- Daly, T. (2015). Dancing the two-step in Ontario's long-term care sector : Deterrence regulation =consolidation (1940-2013). *Studies in Political Economy*, 95, 29-58.
- Daly, T., Armstrong, P. (2014). Are we past precarity ? Liminality and invisible labour in residential long-term care. Communication présentée à la *International Labour Process Conference*. Athens, Greece. April 13-15.
- Daly, T., Szebehely, M. (2012). Unheard voices, unmapped terrain : Care work in long-term residential care for older people in Canada and Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 21, 2, 139-148.
- Dejours, C. (1995). *Que sais-je ? Le facteur humain*. Paris, PUF. 128 p.
- Detchessahar, M., Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de « gestionnisme ». *Gérer et comprendre*, 98, 27-37.
- Detchessahar, M. (2001). Quand discuter, c'est produire... Pour une théorie de l'espace de discussion en situation de gestion. *Revue française de gestion*, 132, 32-43.
- Detchessahar, M. (2011). Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... Santé au travail. *Revue française de gestion*, 214, 89-105.
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 1, 19, 57-80.
- Dujarier, M.-A. (2010). L'automatisation du jugement sur le travail. Mesurer n'est pas évaluer. *Cahiers internationaux de sociologie*, 1, 128-129, 135-159.
- Ferrao, V. (2010). Travail rémunéré. *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*. Statistique Canada. [www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11387-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11387-fra.pdf)
- Foropon, C., Landry, S., Beaulieu, M., McLachlin, R. (2013). La démarche lean au cœur des établissements de santé. L'initiative d'un hôpital canadien. *Gestions hospitalières*, 528, 410-413.
- Gaucher, D. (1983). *Le maternage mal salarié. La division sexuelle du travail dans le milieu hospitalier*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Gaucher, D. (1992). Sommes-nous encore loin du système d'évaluation non sexiste des emplois ? Réflexion en marge d'une enquête. *Recherches féministes*, 5, 2, 159-165. [www.erudit.org/revue/rf/1992/v5/n2/057703ar.pdf](http://www.erudit.org/revue/rf/1992/v5/n2/057703ar.pdf)
- Gaulejac, V. (de) (2005). *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris, Édition du Seuil. 275 p.
- Girin, J. (1990). Les machines de gestion. Dans M. Berry (coord.), *Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes*. Rapport pour le ministère de la Recherche et de la Technologie. <http://crg.polytechnique.fr/fichiers/crg/publications/pdf/2009-02-17-1495.pdf>

- Gow, J.L., Dufour, C. (2000). Is the New Public Management a Paradigm ? Does it Matter ? *International Review of Administrative Sciences*, 66, 4, 573-597.
- Hatchuel, A., Weill, B. (1992). *L'expert et le système, suivi de quatre histoires de systèmes-experts*. Paris, Economica. 263 p.
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons ? *Public Administration*, 69, 3-19.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart commercialization of human feeling*. Berkeley University of California Press.
- Lowndes, R., Armstrong, P., Daly, T. (2015). The meaning of « dining » : the social organization of food in long-term care. *Food Studies Interdisciplinary Journal*, 4, 1, 19-34.
- Messing, K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?* Montréal : Les Éditions du remue-ménage. 206 p.
- Messing, K., (2016). *Les souffrances invisibles. Pour une science du travail à l'écoute des gens*. Écosociété, Montréal.
- Messing, K., Elabidi, D. (2002). Aides-soignants et aides-soignantes : la collaboration dans les tâches physiques lourdes. *Les cahiers du genre*, 32, 5-24.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2015). *Construction funding subsidy policy for Long-Term Care Homes, 2015*. [www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/docs/policy\\_funding\\_constructioncosts.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/docs/policy_funding_constructioncosts.pdf)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2014). *L'Ontario réaménagement 300 foyers de soins de longue durée*. [www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/hb\\_20150206\\_1.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/hb_20150206_1.aspx)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2013). *Politique financière sur les foyers de soins de longue durée*. [www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/docs/loc\\_per\\_diem\\_policy\\_20130118\\_fr.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/docs/loc_per_diem_policy_20130118_fr.pdf)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée en Ontario (2007). *Foyers de soins de longue durée – RAI-MDS 2.0 – Exigences professionnelles*. [www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/docs/rai\\_mds\\_practice\\_requirementsf.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/docs/rai_mds_practice_requirementsf.pdf)
- Moison, J.-C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Paris, Seli Arslan, 286 p.
- Morrison, E., Miliken, F. (2000). Organizational silence : a barrier to change and development in a pluralistic world. *The Academy of Management Review*, 25, 4, 706-725.
- Montreuil, S., Fournier, P.-S., Baril-Gingras, G. (2013). *L'intervention en santé et en sécurité du travail. Pour agir en prévention dans les milieux de travail*. Presses de l'Université Laval, Québec, 530 p.
- Piney, C. (2015). *Transformation de l'activité d'encadrement de proximité : que fait le pilotage par la performance à la « proximité » des cadres ? Le cas d'une grande administration publique*. (Thèse de doctorat). Conservatoire national des arts et métiers, Paris.
- Pueyo, V., Zara-Meylan, V. (2012). Impacts d'outils de gestion sur la conduite de cultures en pépinière. *Activités*, 9, 1. [www.activites.org/v9n1/pueyo.pdf](http://www.activites.org/v9n1/pueyo.pdf)
- Rocha, R., Daniellou, F., Nascimento, A. (2012). La rotation et les stratégies collectives de préservation de la santé développées par des opérateurs d'une usine de boissons. *Activités*, 9, 1. [www.activites.org/v9n2/rocha.pdf](http://www.activites.org/v9n2/rocha.pdf)
- Saillant, F. (1991). Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches féministes*, 4, 1, 11-29. [www.erudit.org/revue/rf/1991/v4/n1/057627ar.pdf](http://www.erudit.org/revue/rf/1991/v4/n1/057627ar.pdf)



- Salerno, S., Livigni, L., Magrini, A., Talamanca, I.F. (2012a). Gender and ergonomics : a case study on the « non-formal » work of women nurses. *Ergonomics*, 55, 2, 140-146.
- Salerno, S., Kolman, V., Livigni, L., Magrini, A., Bosco, M.G., Talamanca, I.F. (2012b). Women's working conditions in hospital cleaning : a case study. *Work*, 44, 1, 4315-4319.
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denys, D., Ledoux, E., Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Éditions MultiMondes, Montréal.
- Soares, A. (1998). Les qualifications invisibles dans le secteur des services : le cas des caissières de supermarchés. *Lien social et Politiques*, 40, 105-116.
- Statistique Canada (2015). *Estimations de la population du Canada : âge et sexe, 1<sup>er</sup> juillet 2015*. [www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150929/dq150929b-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150929/dq150929b-fra.htm) ?HPA
- Statistique Canada (2011). *Les 20 professions les plus courantes chez les femmes âgées de 15 ans et plus et la proportion des femmes sur l'ensemble des effectifs, mai 2011*. [www.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-012-x/2011002/tbl/tbl02-fra.cfm](http://www.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-012-x/2011002/tbl/tbl02-fra.cfm)
- Statistique Canada (2010a). Report on the demographic situation in canada, Ottawa (Ont.). 9 p. [www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2011001/article/11511-eng.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2011001/article/11511-eng.pdf)
- Statistique Canada. (2010b). *Population Projections for Canada, Provinces and Territories : 2009 to 2036 [ Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036]*, Ottawa (Ont.). [www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2010001-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2010001-fra.pdf)
- Stock, S., Funes, A., Delisle, A., St-Vincent, M., Turcot, A., Messing, K. (2011). Troubles musculo-squelettiques. Dans *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., K. Lippel, É. Fortin et coll., Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.
- Syed, I., Daly, T., Lowndes, R., Armstrong, P., Chadoin, M., Naidoo, V., Rowell, C. (2014). How do care work hierarchies and task orientation impact care workers' experiences of occupational health and safety ? Case studies of LTC in Toronto. Communication présentée à la *Canadian Public Health Association, Toronto, Canada*. 28 mai.
- Tangirala, S., Ramanujan, R. (2008). Employee silence on critical work issues : The cross level effects of procedural justice Climate. *Personal Psychology*, 61, 1, 37-68.
- Tanighuchi, H. (2006). Men's and women's volunteering : gender differences in the effects of employment and family characteristics. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 35, 1, 83-101.
- Van Belleghem, L. (à paraître). La convocation de l'activité : une méthode d'analyse au service de la discussion. *Le Travail humain*.
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É. et coll. (2011). *Rapport sommaire. Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec. 52 p.

## NOTES

1. Traduction libre de « *If I see a resident, that needs a cup of water [...]. You don't say: "Because that person is not my resident, I'm just going to pass them by".* »

2. Traduction libre de « *Because everybody is helping each other, and they get to know the resident better. It's like everybody's resident, so they know the routine.* »
  3. Traduction libre de « *And I remember, when I starting to work in this facility and I working in another team, not my team, another one. And nurse tell about everyone but I didn't know one lady was very agitated. I really don't know. Nobody tell me. And do you know, when I put her on toilet, she beat me very badly. My eyes was like here black everything. Because nobody tell me she's agitated sometimes, to be careful...* »
  4. Traduction libre de « *Now, if it's a person who I know is genuinely trying, and if they try and maybe they're still not making the mark... Do what you can do. Call me, I'll come, no problem, because I know that person is genuinely trying. But, when you know definitely you're trying to be smart, you're on your own.* »
  5. Traduction libre de « *What's more done is sort of the attempt to ensure that we're documenting everything appropriately and to make sure that that CMI gets up [...]. The other thing that I've done too, and often will do, and I find more and more homes do, if I get an increase in CMI [...], what I'll do is put in temporary positions or something like that...* »
  6. Traduction libre de « *But as I said, we must also not forget why we're here now and because of them and these people. They need the care now. We have to deliver the care for them [...]. That's why I said in this job, if you don't have the heart and love for it, get out and go somewhere else.* »
  7. Traduction libre de « *When the government people comes in here, they do everything by the book because now what I find out, it's all about paperworks [...]. They're more interested about the paperworks than the care being delivered to the residents.* »
  8. Traduction libre de « *Before, we can do the flow charts in a very simple way, but now, because of so much... because if you do this and this only we are not going to get funding from the government, right ? So we have to be more specific [...] and explicit. And that will take more of your time. An hour. If you're not so good, an hour and a half sometimes. And that time, you could use that as quality time to spend to your residents.* »
  9. Traduction libre de « *I think overall documentation by personal care attendants is a challenge because of [...] the responsibilities that they have every day with residents' care, so their focus is on attending the residents' need rather than documenting.* »
  10. Traduction libre de « *They understand why we have to document. But it's in their nature to just always want to be doing something with the residents.* »
  11. Traduction libre de « *For that day, at that moment, they won't think about "Oh ! We should document that two of us provided care today because resident needed it". It's more of they usually link the daily routine of the care plan and if the care plan says one person they will document one person even if the care was provided by two people for that particular day.* »
- 

## RÉSUMÉS

Autrefois, les soins aux aîné.e.sainé.e.s étaient surtout assurés par des femmes non rémunérées anonymes, chez elles. Celles-ci étant entrées sur le marché du travail, beaucoup de ces soins sont maintenant assurés par des préposés aux bénéficiaires (PAB), surtout féminins. Avec l'introduction massive de la gestion par indicateurs dans les organismes publics, c'est une forme de silence organisationnel qui apparaît : ce travail demeure invisible. Mais quel est le mécanisme précis de cette invisibilisation ? Nous avons observé le travail de 37 PAB de 6 résidences ontariennes et effectué des entrevues. Contrairement à sa prescription, le travail des PAB est en

grande partie collectif et la documentation réalisée est très contraignante, entrant même en concurrence avec les activités de soins directs. Les PAB sont parfois forcées d'omettre des données démontrant la difficulté du travail, créant un cercle vicieux où elles n'obtiennent pas les ressources nécessaires, et doivent donc escamoter encore plus l'activité de documentation.

Historically, eldercare was usually furnished by unpaid women at home. Now that women are in paid work, much of this care is given by personal support workers (PSWs), who are usually female. With the massive introduction of management indicators in public organisations, a form of organisational silence has appeared : eldercare work remains invisible. To examine the precise mechanism involved in this invisibility, we observed the work of 37 PSWs in six Ontario residences and conducted interviews. Contrary to the way tasks are assigned, PSW work is often done collectively and documentation requirements are demanding ; consequently, documenting can conflict with direct health care. Because PSWs have insufficient time, they are sometimes forced to omit data indicating the challenges of their work. They thus enter a vicious circle where, unable to document their work, they lack resources and must omit even more documentation.

Históricamente, el cuidado de ancianos ha sido suministrado por mujeres en sus casas, por lo general no remuneradas y anónimas. Ahora que las mujeres han entrado al mercado de trabajo, gran parte de esta atención es suministrado por los Trabajadores de Apoyo à la Persona (TAP, PAB en francés), generalmente de género femenino. Con la introducción masiva de la gestión basada en indicadores en las organizaciones públicas, una forma de silencio organizacional aparece: este trabajo sigue invisible. Pero cuál es el mecanismo preciso de esta invisibilidad? Observamos el trabajo de 37 TAPs en seis residencias de Ontario, y realizamos entrevistas. Contrariamente a la prescripción, el trabajo de los TAP se hace a menudo de manera colectiva y los requisitos de escritura del trabajo efectuado son muy exigentes; entrando incluso en conflicto con la atención directa a los ancianos y ancianas. Los TAPs se ven forzados en ocasiones a omitir datos, lo que muestra la dificultad de su trabajo. Creando un círculo vicioso en el que, incapaces de describir el trabajo que hacen, no obtienen los recursos necesarios y deben escamotear aún más la actividad de escritura del trabajo efectuado.

## INDEX

**Palabras claves** : indicadores de gestión, sistema de salud, género, trabajo de las mujeres, ergonomía

**Mots-clés** : indicateurs de gestion, système de santé, genre, travail des femmes, ergonomie

**Keywords** : management indicators, health care system, gender, women's work, ergonomics

## AUTEURS

### MARTIN CHADOIN

Candidat au doctorat interdisciplinaire en santé et société, UQAM, Montréal

### KAREN MESSING

Professeure émérite, Département des sciences biologiques, UQAM, Montréal

**TAMARA DALY**

Professeure associée, CIHR Research Chair in Gender, Work & Health, Faculty of Health, School of Health Policy & Management, York University, Toronto

**PAT ARMSTRONG**

Distinguished Research Professor of Sociology, Department of Sociology, York University, Toronto

**NICOLE VÉZINA**

UQAM, CINBIOSE, succursale Centre-ville, Montréal, vezina.nicole@uqam.ca