

**L'OFFRE DE SERVICES DE SOINS À DOMICILE :
LES RÉALITÉS DES FEMMES FRANCOPHONES QUI
ŒUVRENT DANS CE SECTEUR EN RÉGION RURALE DU
NOUVEAU-BRUNSWICK**



RAPPORT DE RECHERCHE

**HÉLÈNE ALBERT, LISE SAVOIE, ISABEL LANTEIGNE ET ELDA SAVOIE
PROFESSEURES À L'ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL
FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ DE MONCTON**

NOVEMBRE 2018

REMERCIEMENTS

Avant tout, nous tenons à remercier vivement les dix-sept participantes à cette recherche, car sans elles nous n'aurions su porter la voix de ces femmes francophones qui œuvrent dans le secteur des soins à domicile en région rurale de la province avec autant de justesse et de véracité.

Nous voulons également remercier le Consortium national de formation en santé (CNFS) pour le soutien financier accordé à ce projet. Nous sommes aussi reconnaissantes de la contribution des étudiantes qui ont travaillé à ce projet à titre d'assistantes de recherche. Merci à Elyse Hinse, Joannie Richardson, Vanessa Bezeau et Véronique Bélanger pour leur travail rigoureux et engagé.

RÉSUMÉ DU PROJET

Ce projet de recherche vise à comprendre les réalités des femmes francophones du Nouveau-Brunswick vivant en milieu rural qui œuvrent dans le domaine des soins à domicile de manière à dégager l'importance sociale du travail du *care*, ainsi que la fragilité des conditions symboliques et matérielles dans lesquelles ce travail se déploie. Il a permis d'accéder à leur expérience quant à leurs conditions de travail et aux effets de ces dernières sur leur qualité de vie. La pertinence de cette étude prend sens dans l'augmentation sensible de la demande de services de soins à domicile (Henrard et Naiditch, 2012) liée, entre autres, au vieillissement de la population. Au Nouveau-Brunswick, ce travail presque exclusivement occupé par des femmes est souvent synonyme de précarité et de pauvreté, leur salaire se rapprochant du salaire minimum et leurs conditions de travail étant affectées par plusieurs dimensions sur lesquelles elles exercent peu de contrôle (Boivin, 2013). En fait, l'analyse du travail du *care* se bute à un obstacle : son imprégnation dans la sphère domestique, souvent naturellement rattachée au féminin, et soutenue par une logique patriarcale qui entraîne sa dévalorisation (Moré, 2014). De plus, la non reconnaissance sociale et professionnelle des dimensions relationnelles liées au *care* contribue à occulter la complexité de ce travail et la responsabilité qu'entraînent les soins à domicile (Moré, 2014; Pelland et Savoie, 2014; Benelli, 2013; Gallois, 2013 et Brugère, 2009). Par ailleurs, les communautés francophones du Nouveau-Brunswick étant principalement situées en région rurale, cela ajoute à la complexité matérielle et subjective du déploiement de leur travail. Cette recherche est ancrée dans une démarche qualitative et féministe. C'est à partir de récits de pratique (Bertaux, 2005) que nous avons accédé à la voix des femmes. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de dix-sept femmes œuvrant dans les soins à domicile dans trois régions rurales francophones du Nouveau-Brunswick. L'analyse compréhensive et thématique ont permis de donner sens au narratif des femmes. Cette analyse a mis en lumière leurs conditions matérielles de travail, les rapports entretenus dans ce contexte, les enjeux liés à leur santé et à leur sécurité, et la non reconnaissance du travail du *care*. Ces quatre thèmes sont révélateurs des conditions de pauvreté dans lesquelles ces femmes se retrouvent.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	1
2. Problématique et objectifs de recherche	2
2.1. <i>Objectifs de la recherche</i>	7
3. Démarche méthodologique	8
4. Résultats : Ce que la voix des femmes révèle	10
4.1. <i>Les conditions matérielles liées au travail de soins à domicile</i>	11
4.2. <i>Les rapports entretenus dans le contexte du travail de soins à domicile</i>	18
4.3. <i>L'effet des conditions de travail sur la santé et la sécurité des femmes</i>	23
4.4. <i>Un travail de care, voire un travail du cœur</i>	27
5. Discussion : Des contextes de travail qui accentuent la précarité des femmes	32
6. Conclusion : Un travail enraciné dans le <i>care</i> , encore trop peu reconnu	35
Références	39

1. INTRODUCTION

Ce rapport de recherche présente des réalités de femmes francophones du Nouveau-Brunswick vivant en milieu rural qui œuvrent dans le domaine des soins à domicile de manière à dégager l'importance sociale du travail du *care*, ainsi que la fragilité des conditions symboliques et matérielles dans lesquelles ce travail se déploie. Cette étude a permis d'accéder à leur expérience quant à leurs conditions de travail et aux effets de ces dernières sur leur qualité de vie. Au Nouveau-Brunswick, ce travail presque exclusivement occupé par des femmes est souvent synonyme de précarité et de pauvreté, leur salaire se rapprochant du salaire minimum et leurs conditions de travail étant affectées par plusieurs dimensions sur lesquelles elles exercent peu de contrôle (Boivin, 2013). En fait, l'analyse du travail du *care* se bute à un obstacle : son imprégnation dans la sphère domestique, souvent naturellement rattachée au féminin, et soutenue par une logique patriarcale qui entraîne sa dévalorisation (Moré, 2014). Par ailleurs, les communautés francophones du Nouveau-Brunswick étant principalement situées en région rurale, cela ajoute à la complexité matérielle et subjective du déploiement de leur travail. Cette recherche est ancrée dans une démarche qualitative et féministe. C'est à partir de récits de pratique (Bertaux, 2005) que nous avons accédé à la voix des femmes. Dans les pages qui suivent, la problématique est décrite et met en lumière certains enjeux liés aux soins à domicile à partir des écrits recensés. Les objectifs de recherche sont ensuite précisés. La partie suivante expose la méthodologie empruntée pour rendre compte de l'expérience des travailleuses de soins à domicile au Nouveau-Brunswick. Les résultats sont présentés à partir de quatre thèmes qui émanent de l'analyse, c'est-à-dire leurs conditions matérielles de travail, les rapports entretenus dans ce contexte, les enjeux liés à leur santé et à leur sécurité, et la non reconnaissance du travail

du *care*. Ces quatre thèmes sont révélateurs des conditions de pauvreté dans lesquelles ces femmes se retrouvent.

2. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Déjà en 2011, le Canada faisait face à une augmentation importante des services de soins à domicile depuis une quinzaine d'années (Jetté, Vaillancourt et Bergeron-Gaudin, 2011, p. 155). L'augmentation de la demande pour ce type de services est associée au phénomène du vieillissement de la population qui touche la majorité des sociétés occidentales (Saillant, 2014; Boivin, 2013 et Jetté et al., 2011). Ce phénomène n'est pas étranger au Nouveau-Brunswick et, par ailleurs, cette province canadienne est celle qui compte la plus forte proportion de personnes âgées de 65 ans et plus (Statistique Canada, 2015). Rappelons que la tendance à demeurer le plus longtemps à domicile est une autre raison pouvant expliquer la demande croissante des services de soins à domicile (Henrard et Naiditch, 2012). Outre la population vieillissante en perte d'autonomie, notons que les personnes en situation de handicap ou ayant des limites sévères, ainsi que les personnes malades ou en convalescence, sont aussi de celles qui peuvent avoir recours à l'aide à domicile (Boivin, 2013). Malgré l'augmentation de la demande pour ce type de service, les soins à domicile demeurent le parent pauvre du système de santé et constitue un domaine complexe où « des forces et des tensions » sont en présence ajoutant à l'importance d'étudier ce secteur dans la livraison des soins dans leur ensemble (Gallois, 2013, p. 17).

En réponse aux enjeux soulevés par le vieillissement démographique, les politiques sociales du Gouvernement du Nouveau-Brunswick misent sur le développement et l'amélioration des soins à domicile selon ce qui est consigné dans le rapport *D'abord chez-soi* (Gouvernement du

Nouveau-Brunswick, 2015a, p. 4). Dans ce contexte de transformations majeures où la province souhaite que le secteur des soins à domicile devienne la pierre angulaire de son système de santé et de services sociaux, il est apparu important de s'intéresser aux réalités des femmes francophones du Nouveau-Brunswick qui œuvrent dans le domaine des soins à domicile en milieu rural. L'intérêt pour ce domaine de recherche provient, entre autres, des résultats qui ont émergé à la suite de la recherche intitulée *Précarité et santé : analyse de l'expérience de vie de femmes francophones néobrunswickoises vivant en milieu rural*, (Savoie, Albert, Lanteigne et Robichaud, 2016) dans laquelle les récits de femmes pauvres travaillant dans le secteur des soins à domicile ont suscité des questionnements quant à leurs conditions de travail et leurs effets à la fois sur leur santé et sur l'offre de services de soins à domicile.

Les emplois associés au secteur des soins à domicile sont peu valorisés par la société et très peu désirables en matière de conditions de travail. En effet, ces conditions des aides à domicile sont décrites dans les écrits comme étant très précaires, reléguant ces travailleuses à « un emploi du bas de l'échelle » (Avril, 2003, p. 149). Leur travail est souvent synonyme de précarité et de pauvreté, leur salaire se rapprochant du salaire minimum, ce qui leur permet difficilement d'être autonomes sur le plan financier (Dussuet, 2005, p. 47). Il importe de souligner que ce secteur d'activités est caractérisé par une surreprésentation féminine, d'où l'appellation de « ghettos d'emplois féminins » par certains auteurs (Dussuet, 2002, p. 144; Vaillancourt, Aubry et Jetté, 2003, p. 250). Il en est également ainsi pour la province du Nouveau-Brunswick, où le travail d'aide à domicile est presque exclusivement exercé par des femmes (Coalition pour l'équité salariale du Nouveau-Brunswick, 2016, p. 2). Par ailleurs, les travailleuses de soins à domicile au Nouveau-Brunswick sont parmi les moins bien rémunérées au Canada (Rose, 2014, p. 28). Il s'agit clairement ici d'une injustice liée au genre (Fraser, 2011).

Au Nouveau-Brunswick, en 2015, on comptait 4 145 travailleuses et travailleurs de soins à domicile dont 94,9 % sont des femmes. Le salaire moyen annuel de ces travailleuses est de 15 075 \$ (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2015b) et leur taux horaire moyen est de 12,58 \$/heure (Delattre, 2015). Près de 40 % de ces travailleuses sont âgées de 55 à 64 ans et près de 30 % ont entre 45 et 54 ans (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2015b). De plus, le personnel de soins à domicile possède peu de formation, 28,5 % n'ont aucun diplôme et 28,1 % ont un diplôme d'études secondaires (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2015b). Au-delà de ces considérations, Dussuet (2011) souligne que ces travailleuses ont pour la plupart connu des trajectoires de carrière chaotiques, marquées par des discontinuités, et que celles-ci doivent demeurer sur le marché du travail jusqu'à un âge avancé avant d'envisager la retraite. De plus, en ce qui concerne le salaire, celui-ci varie selon les affectations et il peut brusquement diminuer ou disparaître lors de l'hospitalisation ou du décès d'un bénéficiaire (Boivin, 2013). MacEwan et Saulnier (2011) soutiennent que les femmes qui prodiguent des soins à domicile font partie des travailleuses les plus susceptibles de basculer dans la précarité. Afin de pallier cette précarité, nombre d'entre-elles se voient dans l'obligation de décrocher plusieurs contrats de travail pour augmenter leur revenu étant donné que le travail à temps partiel demeure la « norme » dans ce secteur (Devetter, Messaoudi et Farvaque, 2012). Ce travail exige des travailleuses de soins à domicile une grande flexibilité en ce qui a trait à la disponibilité et aux horaires de travail puisqu'elles exécutent de nombreuses tâches qui nécessitent de travailler soit tôt le matin ou tard le soir ainsi que les fins de semaine. Or, l'organisation des heures de travail entraîne des difficultés de conciliation travail-famille (Devetter et al., 2012). Par ailleurs, il arrive que le temps des déplacements entre les domiciles des bénéficiaires ainsi que les dépenses occasionnées par ces déplacements soient aux frais des travailleuses (Boivin, 2013). De plus, en milieu rural,

les bénéficiaires vivent souvent éloignés les uns des autres ce qui ajoute aux dépenses qu'elles doivent absorber, tout en limitant le nombre de bénéficiaires qu'elles peuvent desservir (Boivin, 2013). Enfin, même si plusieurs affirment retirer satisfaction et fierté à effectuer leur travail, certaines ont avoué être contraintes à occuper ce type d'emploi pour des raisons financières et parce qu'elles ont du mal à se trouver un autre emploi (Boivin, 2013).

Le travail d'aide à domicile étant un croisement entre un emploi domestique et des services professionnels d'aide, il s'agit d'un travail physique et psychologique exigeant (Bardot, 2012). Ainsi, ce travail implique la polyvalence, de manière à effectuer une grande diversité de tâches matérielles, telles qu'assister la personne dans ses soins corporels, préparer ses repas, l'aider à manger, faire le ménage, la vaisselle, les courses, gérer et organiser la maison, favoriser l'insertion sociale, proposer des activités stimulantes (Moré, 2014; Bonamy et al., 2012). De plus, le domicile des bénéficiaires n'est pas toujours adapté à l'offre de soins adéquats (escaliers, petites pièces, salles de bain non adaptées, etc.), ce qui occasionne des risques supplémentaires (Salles, 2013). Par surcroît, toutes ces responsabilités requièrent, selon Valléry et Leduc (2010), des aptitudes sociales et relationnelles dont l'écoute, le respect, l'empathie et la sollicitude. Ce travail du *care* est invisibilisé et, par conséquent, non traduit en valeur économique, alors qu'il ne peut se réaliser sans cet engagement humain.

La complexité du travail de soins à domicile et la responsabilité qui l'accompagne ne se traduisent pas par une reconnaissance sociale et professionnelle (Moré, 2014; Pelland et Savoie, 2014; Benelli, 2013; Gallois, 2013 et Brugère, 2009). Le travail du *care* se réalise trop souvent dans l'ombre (Pelland et Savoie, 2014) et se heurte à une vision traditionnelle où le travail ménager et domestique est associé au genre féminin, comme si cela allait de soi, entraînant sa

dévalorisation (Moré, 2014). Ce renvoi à la sphère domestique qui les catégorise comme « femmes de ménage » est souvent critiqué par les travailleuses de soins à domicile (Bonamy et al., 2012; Bardot, 2012) et justement par ailleurs.

Bien que le travail en équipe interprofessionnelle soit indispensable pour assurer la qualité et le suivi des soins, les professionnels du secteur médical et paramédical semblent avoir de la difficulté à reconnaître la contribution des femmes exerçant le métier de soins à domicile (Bonamy et al., 2012). Considérées par ces derniers comme des aides ménagères et ayant une voix sans valeur, leur perspective sur les soins à offrir est écartée, les excluant ainsi de l'équipe de soins (Bonamy et al., 2012). Ces travailleuses n'ont aucun espace pour exprimer les difficultés rencontrées au quotidien ou pour contribuer aux améliorations nécessaires et adaptées aux réalités des bénéficiaires (Pott, Serferdjeli et Foley, 2011). Néanmoins, malgré le peu de reconnaissance obtenue de la part de la société envers ce type de travail, plusieurs femmes offrant des services de soins à domicile soutiennent trouver un sens à leur activité professionnelle, notamment par l'entremise de divers aspects liés à la dimension relationnelle tels que l'écoute et la compréhension offertes à l'autre (Valléry et Leduc, 2010).

Dans un autre ordre d'idées, sur le plan de leur santé, plusieurs travailleuses de ce secteur expriment être dépassées par l'intensité de leur travail et la souffrance et les inquiétudes qu'il génère (Bonamy et al., 2012; Moré, 2014). S'ajoute à cela, l'absence de règles précises en termes d'horaires, de congés et de vacances contribuant à l'épuisement de travailleuses (Moré, 2014; Savoie, Lanteigne, Albert et Robichaud, 2016), certaines allant jusqu'à se rendre au travail malades (Delattre, 2015). Ce type de travail entraîne également un fort niveau de stress, puisque le travail du *care* exige un engagement émotionnel intense étant donné la proximité qu'elles

entretiennent avec la souffrance et la perte d'autonomie des personnes qu'elles soignent (Moré, 2014). Les difficultés ressenties peuvent être exacerbées par l'accumulation de contraintes physiques et psychologiques due à l'augmentation du nombre d'interventions. En somme, le type de travail effectué (efforts exigés, position debout, etc.), l'environnement de travail (mal adaptés, milieux ruraux, etc.) et la population avec laquelle les travailleuses transigent constituent des facteurs pouvant contribuer à la pénibilité du travail exercé, affectant du même coup leur santé (Devetter et al., 2012).

2.1. Objectifs de la recherche

Ce projet de recherche vise à comprendre les réalités des femmes francophones du Nouveau-Brunswick vivant en milieu rural qui œuvrent dans le domaine des soins à domicile de manière à dégager l'importance sociale du travail du *care*, ainsi que la fragilité des conditions symboliques et matérielles dans lesquelles ce travail se déploie. En ce sens, quatre sous objectifs constituent les principaux axes de cette recherche :

- 1) Saisir les conditions de travail matérielles et les différentes tâches et responsabilités liées aux soins à domicile des femmes francophones en régions rurales du Nouveau-Brunswick;
- 2) Comprendre les rapports qu'entretiennent ces travailleuses avec les bénéficiaires, leur famille, leur employeur et les institutions de santé impliquées;
- 3) Analyser si et le cas échéant en quoi le travail du *care* affecte la santé des femmes œuvrant dans le secteur des soins à domicile; et
- 4) Analyser ce secteur de soins à partir des récits de femmes qui y œuvrent.

3. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La recherche menée s'est inscrite dans une démarche qualitative, c'est-à-dire un projet de compréhension où les comportements et les phénomènes observés sont vus comme autant d'expressions d'un sens qu'il faut mettre à jour. Pour ce faire, nous avons utilisé l'ethnobiographie plurielle, c'est-à-dire une méthodologie de recherche qui consiste à analyser des « récits de pratique » (Bertaux, 2005). Nous avons également privilégié une perspective féministe. Celle-ci, selon Mayer et Ouellet (1991), signifie pour les chercheuses un « engagement sans équivoque pour les valeurs féministes comme base d'un cadre conceptuel » (p. 207). L'approche des récits de pratique cadre efficacement avec la démarche puisqu'elle cherche à « enquêter sur un fragment de réalité sociale-historique dont on ne sait pas grand-chose a priori » (Bertaux, 2005, p. 22) et elle explore le sens des événements vécus par les femmes à travers leur regard (Reinharz, 1992). Il s'est donc agi de recourir à des entrevues semi-dirigées en profondeur. L'entretien laisse une large place aux participantes pour qu'elles puissent exprimer leur point de vue en toute liberté. D'autre part, comme l'indiquent Bertaux (2005) et Digneffe et Beckers (1995), les chercheuses doivent encadrer la discussion et surtout l'orienter « vers la description d'expériences pertinentes pour l'étude de son objet » (Bertaux, 2005, p. 68). Pour accéder aux expériences des femmes, un guide d'entretien composé de thèmes et de sous-thèmes a été utilisé.

L'échantillon s'est construit à partir de la méthode non probabiliste. Inspirées de l'échantillon théorique, nous avons sélectionné des participantes selon les caractéristiques qu'elles possèdent en lien avec l'objet d'étude. Dans le cadre de ce projet, nous avons prévu rencontrer une trentaine de femmes francophones œuvrant dans les services de soins à domicile dans les régions rurales

des comtés de Restigouche, Gloucester et Kent, qui sont à prédominance francophones. Or, malgré la multiplication des efforts de recrutement, nous n'avons été en mesure d'en rencontrer que dix-sept (17). Ce défi de recrutement s'explique par la peur qui habitait plusieurs femmes qui craignaient y participer en raison de la précarité de leur emploi, appréhendant d'être reconnues dans leurs propos et de mettre à risque leur gagne-pain. Au Nouveau-Brunswick, ces femmes sont embauchées dans 48 agences à but lucratif ou non lucratif (Rose, 2014). C'est par la méthode boule de neige que le recrutement s'est réalisé. Nous avons ainsi sollicité des personnes connues de la communauté, qui n'œuvrent pas dans les milieux institutionnels, pour qu'elles nous mettent en communication avec des femmes répondant aux critères de la recherche.

Le choix du lieu de l'entretien a été laissé à la discrétion de la personne interviewée. Deux entretiens devaient être réalisés à deux moments différents avec l'ensemble des participantes : un premier en personne, d'une durée moyenne de 60 à 90 minutes, et un second, plus court, par téléphone, pour valider l'analyse initiale. Or, des dix-sept femmes rencontrées dans le cadre du premier entretien, onze ont pu être rejointes par téléphone pour l'entretien de validation. Il est à noter que toutes les participantes avaient reçu, par courrier, un document présentant les résultats sommaires de la recherche et ce deuxième entretien s'est voulu une démarche de co-construction, de validation et de conscientisation. Concernant l'analyse des données, trois niveaux d'analyse ont été réalisés, soit l'analyse diachronique, compréhensive et thématique. L'analyse diachronique consiste à structurer les histoires des participantes en tenant compte des événements vécus selon une perspective temporelle, voire chronologique (Bertaux, 2005). Ce niveau d'analyse permet d'élaborer « le premier principe d'intelligibilité d'une biographie » puisqu'elle offre une « séquence d'évènements objectivés qui constituent un cheminement de vie ou une trajectoire sociale » (De Coninck et Godard, 1990, p. 24-25). Le deuxième niveau, soit l'analyse

compréhensive, vise à établir le lien entre les résultats de la recherche et les perceptions des participantes, et à imaginer, à l'intérieur des témoignages, les phénomènes qui sont racontés sous forme allusive, afin d'en faire l'interprétation et comprendre les processus sociaux en jeu. L'exercice analytique suppose de cerner des moments charnières de l'expérience afin d'accéder au vécu en explorant le sens des expériences, des interactions et des logiques qui soutiennent les évènements (Paillé et Mucchielli, 2012). Pour ce faire, l'analyse thématique a été retenue puisqu'elle permet de repérer, de regrouper et d'examiner les thèmes pertinents à la recherche qui ressortent des récits recensés (Paillé et Mucchielli, 2012). L'originalité de cette étude tient à son ancrage dans la réalité de femmes qui œuvrent dans le secteur des soins à domicile en ce qu'à travers leurs récits, il devient possible de dégager l'importance sociale du travail du *care*, ainsi que la fragilité des conditions symboliques et matérielles dans lesquelles ce travail se déploie.

4. RÉSULTATS : CE QUE LA VOIX DES FEMMES RÉVÈLE

Les résultats permettent d'apprécier les conditions matérielles et symboliques des femmes qui œuvrent dans le secteur des soins à domicile en région rurale du Nouveau-Brunswick. Ainsi, les dix-sept participantes à cette recherche ont mis en évidence les enjeux liés à leurs fonctions, qui ont ensuite été regroupés en quatre thèmes : 1) les conditions matérielles liées au travail de soins à domicile (horaire de travail, salaire, frais afférents à leur travail, avantages sociaux, multiples tâches et responsabilités); 2) les rapports entretenus dans le contexte du travail de soins à domicile (relation avec les personnes accompagnées, la famille, l'employeur, les institutions et autres partenaires dans les soins); 3) l'effet des conditions de travail sur la santé et la sécurité des femmes (santé physique, santé psychologique, sécurité); et 4) le travail du *care*, voire un travail

du cœur (au-delà des tâches assignées, dans l'accompagnement, dans la défense du meilleur intérêt de l'autre).

4.1. Les conditions matérielles liées au travail de soins à domicile

Dans le cadre de leurs fonctions, la plupart des femmes soulignent le fait d'être continuellement touchées par des conditions matérielles inadéquates et iniques, et ce, notamment puisqu'elles exercent un métier à la fois complexe et non reconnu.

L'horaire de travail

Selon les participantes, leur horaire varie en fonction de certaines dimensions liées à leur travail. Dans un premier temps, leur horaire dépend en partie des demandes de services reçues par l'employeur et, par conséquent, des heures qu'il est en mesure de leur accorder en retour. De façon générale, la plupart des femmes réussissent à obtenir suffisamment de contrats de leur employeur. Toutefois, certaines femmes disent qu'il y a des périodes où leur employeur n'arrive pas à leur assigner suffisamment de personnes pour combler leur semaine de travail. Ces femmes sont ainsi contraintes à faire du temps partiel ce qui a des répercussions sur leur revenu. Par surcroît, certaines femmes ont aussi rapporté qu'elles peuvent perdre des heures si un problème survient à domicile. Dans ces situations, il semble que l'employeur règle la situation en menaçant de réduire leurs heures, ou encore en les retirant du milieu.

Dans un deuxième temps, leur horaire de travail dépend également de l'état de santé des personnes qui bénéficient des soins. Par exemple, lorsqu'une personne doit être hospitalisée, la travailleuse perd ses heures durant la période d'hospitalisation, heures qui ne sont pas toujours remplacées par l'employeur. Cette rupture de travail se présente aussi lorsque la personne qui

bénéficie des soins quitte son domicile pour être relocalisée dans un centre d'hébergement ou encore, lorsque celle-ci décède. Par conséquent, ces situations engendrent une perte de revenu. Une participante a partagé l'expérience qui suit : « *Mon employeur avait décidé qu'il donnait 24 heures à deux employés. C'était un homme pis moi qui étions supposés de le faire, 12 heures en ligne chacun. Lui il débarquait, moi j'embarquais. Pis il (employeur) a dit : 'Béatrice, on va t'enlever tes cas, pis on va te donner ce cas-là seulement'. J'ai dit : 'Si ça fait votre affaire, ça fait mon affaire, c'est correct, je vais le faire pour vous autres'. Deux jours avant que je commence, ils ont décidé de le placer au foyer. J'ai perdu mes clients* » (Béatrice). Essentiellement, Béatrice, en acceptant l'offre de son employeur qui devait lui garantir 12 heures par jour, s'est plutôt retrouvée sans heure de travail. Elle a donc dû lutter auprès de son employeur pour retrouver ses contrats antérieurs.

Enfin, leur horaire de travail et, par conséquent, leur revenu dépend aussi des conditions météorologiques. Par exemple, s'il y a une tempête de neige et que la travailleuse ne peut se rendre au domicile de la personne, elle perdra son revenu pour cette journée. Cette réalité est particulièrement observable en milieu rural où il existe très peu de transport en commun et où certaines routes sont parfois inaccessibles en raison des mauvaises conditions routières.

Le salaire

Le salaire horaire n'est pas le même pour toutes les femmes et, selon le narratif de ces dernières, celui-ci dépendrait de plusieurs enjeux : niveau de formation, ancienneté, type d'employeur, type d'activités, etc. Qui plus est, le salaire de la grande majorité des femmes rencontrées se situe tout juste au-dessus du salaire minimum. Pour ces participantes, ce salaire leur permet à peine d'assurer leurs besoins de base, comme l'exprime Huguette qui travaille à temps plein : « *Oui, je*

peux dire que je mange et je paye mes factures, mais je ne peux pas faire de sorties. Je ne peux pas aller chez la coiffeuse, il ne me reste rien. Il ne me reste rien (yeux pleins de larmes). À 34 heures par semaine en plus ». Par ailleurs, plusieurs participantes ont relevé n'être rémunérées pour une seule personne, même lorsqu'elles sont appelées à s'occuper de deux. Jacinthe raconte : « *Que ça soit le couple, la femme et l'homme, ou la femme et un enfant, ou deux personnes dans la maison, ça reste le même salaire. Je trouve que ce n'est pas correct dans un sens parce que tu en as deux à soigner* » (Jacinthe). Pour augmenter leur revenu, certaines femmes disent même devoir effectuer plusieurs heures de travail supplémentaires et certaines d'entre elles vont même occuper un deuxième emploi. Quelques-unes comptent sur le salaire de leur conjoint pour pouvoir « joindre les deux bouts ». Or, l'une des participantes soulève que la situation économique des femmes s'avère tout de même précaire et stressante, même si certaines ont un partenaire : « *Ce sont toutes des femmes qui sont veuves, monoparentales, qui ont des conjoints qui ne travaillent pas beaucoup, qui sont malades. Moi j'en connais une, son conjoint est très malade, pis elle a été malade, elle aussi. Pis là, elle était inquiète, parce qu'elle n'avait pas beaucoup d'heures. Tu sais, tu vis des stress, des stress énormes* » (Anne).

Trois participantes ont décidé de travailler à leur propre compte afin de bénéficier de meilleures conditions, dont un salaire plus adéquat. Il s'agit du cas de Pierrette qui refuse de travailler pour une agence qui offre un salaire indécent et qui ne prend pas en considération les dépenses de la travailleuse : « *Je n'irais pas travailler à 10,65 \$ de l'heure. Moi, ils (bénéficiaires) me paient 15 \$. Me vois-tu travailler à 10,65 \$ de l'heure ? Au bout de la ligne, je vau plus que 10 \$ de l'heure* ». Pour Pierrette, comme pour plusieurs des femmes interviewées, le salaire accordé est nettement insuffisant.

Les frais afférents à leur travail

Dans le contexte de leur emploi, les femmes sont tenues d'assumer des dépenses en lien avec leur travail. Tout d'abord, étant donné que le travail s'effectue à domicile, les femmes doivent posséder une voiture en bon état et, par le fait même, payer les assurances, veiller à l'entretien général et assurer les réparations. À cet effet, les propos de Nicole illustrent comment l'entretien de la voiture peut engendrer des dépenses: « *Tu as aussi tes pneus, tu as ton gaz, tes changements d'huile, s'il y a de quoi qui brise sur ton char, ben ça, c'est une autre affaire. Il faut que tu l'amènes au garage, donc tu travailles, tu n'as pas de char pour te rendre à l'ouvrage, ça fait qu'il faut que tu annules. Si tu ne peux pas remplacer ton shift, tu perds de l'argent* ».

De plus, les femmes peuvent s'occuper de plusieurs personnes par jour, ce qui exige de nombreux déplacements au quotidien. Toutefois, ceux-ci ne sont pas toujours remboursés par les employeurs, ce qui constitue un fardeau financier supplémentaire. Dans les cas où l'employeur rembourse le kilométrage effectué, le montant accordé n'est pas suffisant pour couvrir les frais liés à l'essence utilisée. Anne explique : « *Le montant est de 25 cents du kilomètre. Quand tu vas faire des commissions, moi ça me donne à peu près 4 \$ et quelques, pour aller faire des commissions. Mais 4 \$, je l'ai brûlé en gaz. Parce que là, il faut que tu ailles à la pharmacie, il faut que tu ailles à tel magasin, il faut que tu ailles ici, il faut que tu ailles là, tu sais là. Ça fait que tu ne travailles pas pour t'enrichir, tu travailles pour t'appauvrir. C'est-tu ça la solution ?* ».

Les avantages sociaux

La majorité des employeurs offrent très peu d'avantages sociaux aux travailleuses. Ceci étant dit, la plupart ne sont pas rémunérées lorsqu'il s'agit de journées de vacances, de journées de maladie et de jours fériés. De plus, en termes d'avantages sociaux, quelques femmes affirment ne pas

avoir accès à un régime de retraite ou encore à un régime d'assurance. Plusieurs participantes déplorent le fait qu'elles ne sont pas payées lorsqu'elles doivent s'absenter pour des raisons de maladie. Celles-ci se retrouvent alors sans revenu, tel que le traduit Manon : « *Non, je n'ai rien du tout, c'est ça que je trouve dur. Si tu vois un docteur pis qu'il te met off parce que tu as une grippe et qu'elle va durer une semaine, bien qu'est-ce que tu fais ? Tu n'as pas de paie, tu n'as pas de paie* ». Cette situation est particulièrement angoissante pour Manon qui est l'unique pourvoyeuse de sa famille puisque son mari est malade. Or, la plupart des femmes se retrouvent sans protection salariale lorsqu'elles sont malades, alors que celles-ci travaillent dans un domaine où elles sont souvent exposées à la maladie. Lorsqu'elles doivent s'absenter à plus long terme en raison d'un problème de santé, ces femmes peuvent avoir accès à l'assurance-emploi (chômage), mais selon celles qui en ont parlé, le montant octroyé ne leur permet pas de subvenir à leurs besoins.

En ce qui a trait aux vacances, la plupart des femmes disent en prendre très peu ou ne pas en prendre du tout. Selon les normes de travail, l'employeur retient 4 % de leur paie pour les vacances, dont les travailleuses peuvent se prévaloir soit en temps, soit en argent sur une base annuelle. Cependant, peu de femmes choisiront de prendre des vacances craignant de perdre leurs heures de travail, puisque l'employeur risque d'assigner leurs heures à d'autres travailleuses. Une participante a également souligné qu'il pouvait être difficile de partir en vacances et d'être remplacée lorsque les personnes accompagnées présentent des besoins complexes. Ces conditions font en sorte que la plupart des femmes travaillent sans congé. Selon Nicole : « *C'est du luxe-là (en parlant des vacances, sur un ton sarcastique). Si tu prends du temps off, tu n'es pas payée pour. Si tu es malade, tu n'es pas payée pour. Pis il (l'employeur) s'attend à ce que tu remplaces ces heures-là* ».

Les multiples tâches et responsabilités

Les participantes sont unanimes à exprimer que leurs tâches varient en fonction des besoins de la personne accompagnée. Les tâches domestiques les plus communes comprennent l'entretien ménager, la préparation de repas, l'accompagnement à des rendez-vous, la lessive, les courses, etc. Certaines femmes assurent aussi les soins d'hygiène, tels que l'aide au bain et les changements de culottes d'incontinence. De plus, certaines ont des responsabilités particulières, par exemple, accompagner la personne dans des sorties dans la communauté et participer à des activités de loisirs. De nombreuses femmes ont indiqué qu'une partie de leur travail consiste aussi à s'asseoir avec les personnes et prendre le temps de les écouter, tel que l'exprime Béatrice : « *Quand je travaille et qu'ils commencent à me parler, je laisse tout là, et je m'assis. Ça veut dire qu'ils ont besoin de parler. Là, ils parlent. Pis des fois, quand je travaille, je leur dis : ' Je vous écoute pareil. Je travaille et j'écoute ' ».*

En plus de leurs fonctions habituelles, il arrive que certaines femmes exécutent des tâches bénévolement. Par exemple, lorsque les conditions météorologiques sont trop mauvaises et ne permettent pas aux femmes de retourner chez elles après leur travail, celles-ci vont parfois choisir de dormir chez la personne. Elles vont quand même continuer à s'occuper d'elle sans être rémunérées. Anne explique cette situation : « *Quand il fait mauvais pis que je suis là, je reste là, je couche là. Je ne suis pas payée pour coucher là. Je finis à 16h moi, ça fait que je passe des 24 heures puis tu sais là, il n'y a personne. On est dans des situations de même. Pis elle est alitée, elle ne peut pas se lever. Il n'y a personne pour lui donner à manger, ses médicaments, tout ça. Son gars n'est pas assez capable, si elle s'étouffe, il la perd, tu sais, c'est ça ».* Dans d'autres circonstances, il arrive aussi que les travailleuses s'occupent gratuitement d'un ou

plusieurs membres de la famille présents au domicile. Il peut s'agir de préparer leurs repas, de faire leur ménage, leur lessive, etc.

Dans d'autres contextes, plusieurs femmes mentionnent parfois transgresser les règles de leur employeur en exécutant des tâches gratuitement, et ce, dans le meilleur intérêt des personnes qu'elles accompagnent. Bien que leur employeur ne leur permette pas, certaines femmes vont à l'occasion faire de petits extras, soit en nettoyant le four, en lavant les fenêtres ou encore en changeant une ampoule. D'autres vont également passer outre les règles de leur agence en prenant en charge des soins qui ne relèvent pas nécessairement de leurs fonctions. À cet effet, deux participantes confient : « *Et même s'il (employeur) saute haut comme il veut, moi, si j'ai une personne diabétique devant moi, je vais la piquer, parce qu'il y a un danger. Moi, je suis responsable. Je n'ai pas été éduquée seulement pour plaire à mon employeur. Je mets mes notions en application, cela est bien important! S'il y a du nitro à donner, je vais le donner. J'ai déjà sauvé des vies, si je dois faire la RCR, je vais la faire. Moi, j'oublie ce qu'ils m'ont dit et je fais ce que j'ai à faire* » (Anne). En ce qui concerne Irène, elle mentionne : « *Moi, c'est une infirmière qui m'a montré les soins, car l'une de mes clientes faisait un cancer des os et puis elle avait des pansements à faire. Elle (infirmière) m'a dit : ' Viens, je vais te montrer ' et, par la suite, je pouvais faire les pansements. Mais je ne le disais pas à mon employeur que je faisais des pansements, parce qu'il m'avait déjà dit de ne pas faire ça. Regarde, la cliente, tu sais, elle pâtissait et ça sortait et c'était tout mouillé et il fallait mettre des mèches* » (Irène).

4.2. Les rapports entretenus dans le contexte du travail de soins à domicile

Le travail de soins à domicile se réalise nécessairement en contexte relationnel, non seulement avec les personnes accompagnées, mais aussi avec d'autres actrices et acteurs impliqués. La voix des travailleuses rencontrées a permis de mettre en lumière l'importance de la dimension relationnelle dans ce travail, dimension souvent occultée dans l'appréciation de ce qu'elles font.

La relation avec les personnes accompagnées

La plupart des femmes disent accorder une grande importance à la relation qu'elles entretiennent avec les personnes chez qui elles travaillent, étant donné la quantité et la qualité du temps passé en leur compagnie. Dans ces circonstances, elles développent, avec ces personnes, des relations de confiance significatives. Pour Pierrette, cette relation se construit au fil du temps : « *Pour ce monsieur, c'était moi et personne d'autre, ni de la famille, ni d'ailleurs. Il avait confiance en moi. Mais je l'ai gagné avec le temps, sa confiance... quatre ans! Avec les années, ça se construit, pis à la longue, on fait partie du décor* ». Elle poursuit en ajoutant : « *C'était mon chez nous, mon deuxième chez nous... ça devient comme ça, parce que tu viens tellement intime. Tu rentres chez eux, pas les premiers temps-là, mais à un moment donné : 'Hey, j'ai deux frigidaires, dans quel frigidaire j'ai des champignons ?' ».*

Pour Nicole, la relation avec la personne accompagnée dépasse le cadre professionnel de son travail : « *Comme oui, tu es supposée avoir une relation professionnelle, mais veux, veux pas, tu développes de quoi de plus aussi là. Tu ne peux pas aller là pis être comme : 'Je me fais payer, tu as juste ça et c'est tout' . Comme tu sais, tu jokes, tu as du fun, tu construis cette relation-là* ».

Tout au long des entrevues, les travailleuses ont donné de nombreux exemples qui témoignent du type de relation qu'elles ont avec les personnes qu'elles accompagnent. Au-delà de la relation

professionnelle, il y a celle qui se poursuit parfois en dehors du cadre du travail. Certaines continuent même à les visiter une fois qu'elles vivent en centre d'hébergement.

Aussi, plusieurs participantes avouent que les personnes desservies les considèrent parfois comme l'un de leurs enfants, tel que le raconte Florence : « *Ils nous considèrent comme un enfant, on est comme un enfant de plus, adopté là (rires)* ». Or, cette relation est vraisemblablement réciproque, alors que plusieurs femmes les considèrent comme un grand-père ou une grand-mère, tel qu'en témoigne Anne : « *Bien, c'est ma mémère. Pis moi, elle me dit tout le temps : 'Tu es ma fille, tu es même plus proche que mes filles' . Moi je suis toute pour elle. Je suis toute, pis elle a été toute pour moi. Elle m'a accueillie dans mes peines, elle m'a accueillie dans tout. Pis je lui ai promis d'être là jusqu'à temps qu'elle meure. Elle a 98 ans* ». Pour sa part, Édith explique que le temps passé intensivement à domicile et les confidences échangées donnent lieu à une relation d'attachement très forte, qu'il est parfois difficile de retrouver avec ses propres grands-parents.

Or, si le contrat de travail se termine ou si la personne décède, les femmes peuvent avoir du mal à traverser cette période, certaines vivent ce qu'elles nomment elles-mêmes un deuil. Par exemple, Karine avoue avoir trouvé très difficile le décès d'une personne à qui elle donnait des soins, puisqu'elles étaient très proche. Ce qui rendait le deuil encore plus difficile, c'est qu'elle devait retourner au domicile de la dame, pour continuer à s'occuper de son conjoint. Ce fut difficile pour elle, car elle imaginait toujours la dame assise dans son fauteuil. Cette travailleuse a dû consulter un psychologue et s'absenter du travail pendant quelques jours. Quant à Édith, celle-ci s'assure maintenant d'avoir plus d'un contrat de travail afin de ne pas passer toutes ses heures avec la même personne. C'est une façon de se protéger, dit-elle. De ce fait, plusieurs femmes

déplorent le manque de soutien de leur employeur ou encore de services mis en place dans ces moments difficiles. Jacinthe explique : « *Ce sont des deuils qu'il faut que tu fasses aussi. Mais à ce point-là, faut que tu sois forte, faut que tu fasses tes deuils pis toute. Mais je trouve qu'il n'y a rien pour nous autres, les aides à domicile, pour nous aider là-dessus* ».

La relation avec la famille

Contrairement aux relations avec les personnes accompagnées qui sont, pour la plupart, positives, les relations que les travailleuses entretiennent avec les familles sont quant à elles, de qualité variable. Dans certaines situations, les femmes s'entendent bien avec les familles et ces dernières se montrent satisfaites et reconnaissantes des services reçus. À cet égard, certaines ont souligné qu'elles entretenaient des liens étroits avec un ou des membres de la famille et ils se côtoyaient même en dehors des heures de travail. Toutefois, dans d'autres situations, les femmes rencontrent des difficultés. Pour Béatrice, chaque cheveu blanc qu'elle a sur la tête n'est pas causé par les personnes qu'elle accompagne, mais bien par des membres de leur famille. Plusieurs participantes ont notamment dénoncé le fait que des membres des familles soient exigeants à leur endroit. Il arrive que certains s'attendent à ce que les travailleuses fassent aussi, entre autres, leur ménage, leur repas et leur lessive. Si elles refusent de faire de telles tâches, celles-ci font parfois l'objet de chantage de la part de la famille. Béatrice raconte : « *Moi, j'ai souvent eu des menaces, comme : ' Si tu ne fais pas ça, je vais appeler'. Je réponds : ' Bien regarde, c'est un surplus, ça je n'ai pas à faire ça'. Et je me fais dire : ' Bien, on va te faire remplacer'* ». Dans les situations où les familles sont négligentes, où elles s'impliquent peu ou sont absentes, les femmes avouent que cela constitue une charge supplémentaire à leur travail, car elles se sentent en quelque sorte responsables de la personne. Par surcroît, certaines femmes ont confié qu'elles avaient déjà dû faire des signalements, car elles observaient de la maltraitance à domicile de la part de membres

de la famille. Irène raconte : « *Je travaillais chez une bonne madame qui faisait de l'Alzheimer. On s'accordait bien et ils m'ont enlevée de là par rapport au jeune qui était dans la maison qui la maltraitait. Moi, je lui avais mis les points sur les « i » et les barres sur les « t ». Je lui ai dit : ' Si tu ne laisses pas ta grand-mère tranquille, tu vas avoir affaire à moi ou à quelqu'un d'autre ' . Il cassait des vitres de porte et frappait, c'était vraiment de la maltraitance. Il lui parlait mal et tout ça. Et quand j'ai fait le rapport, ils m'ont enlevée de là. J'ai perdu ma place. Ils n'ont pas regardé les soins que je lui donnais ».*

La relation avec l'employeur

Selon les femmes rencontrées, les relations avec l'employeur sont plutôt mitigées. Certaines d'entre elles disent entretenir de bonnes relations avec leur employeur, alors que celui-ci est à leur écoute et se soucie de leurs besoins. Il est à noter que la plupart des femmes qui parlaient positivement de leur relation avec leur employeur travaillaient presque toutes pour la même agence. Pour les autres, les relations n'étaient pas aussi positives. En fait, beaucoup de femmes ont critiqué leur employeur respectif, en dénonçant, entre autres, leur manque de soutien face à certaines situations. Béatrice a partagé l'exemple suivant qui illustre le dilemme qui les force souvent à choisir entre la réponse aux demandes des personnes accompagnées et le respect des exigences de l'employeur : « *Si les clients disent qu'on ne fait pas l'affaire, parce qu'on ne fait pas ce qu'ils nous demandent de faire – parce qu'il y a des choses qu'on n'est pas supposé de faire – ils nous disent : ' Si tu ne le fais pas, on va prendre quelqu'un d'autre à ta place ' . Bien là, on le fait, pis là, s'il nous arrive quelque chose, notre employeur nous dit : ' Tu n'avais pas à le faire ' . Mais si j'appelle l'employeur pis je lui dis : ' Bien là, il ne fallait pas que je le fasse, ça je le savais ' mais il va me dire : ' Regarde Béatrice, si tu ne veux pas le faire, on va envoyer quelqu'un d'autre à ta place ' . Il ne me protège pas ».* Dans le même ordre d'idées, certaines

femmes ont soulevé que leur employeur ne fait que très peu de visites à domicile et, par conséquent, ne connaît pas vraiment le contexte du litige en question, ni les conditions de travail à domicile dans lesquelles elles évoluent. Selon Jacinthe : « *Quand on est longtemps dans les maisons, ils ne viennent pas voir comment on est traitées pis comment les personnes agissent* ».

Dans d'autres circonstances, plusieurs femmes disent devoir parfois se battre avec leur employeur, que ce soit, par exemple, pour se faire payer des heures travaillées, ou encore pour se faire rembourser leur kilométrage. Dans le cas de Nicole, l'agence ne voulait pas payer son kilométrage et faisait beaucoup d'erreurs dans le calcul de son salaire : « *Il y avait beaucoup de problèmes avec cette compagnie-là, il fallait que je me batte pour me faire payer, c'était une grosse bataille* ». Ces propos illustrent en quoi la relation avec l'employeur dans ce secteur varie en fonction de plusieurs dimensions, leurs conditions de travail en étant clairement tributaires.

La relation avec les institutions et autres partenaires dans les soins

De manière générale, les relations avec les autres intervenants de la santé et des services sociaux sont positives, et selon plusieurs femmes, ces derniers se montrent satisfaits du travail qu'elles effectuent à domicile et reconnaissent l'importance de leur rôle. Cependant, plusieurs femmes ont critiqué l'interdiction imposée par leur employeur de communiquer avec les travailleuses sociales responsables du dossier des personnes qu'elles accompagnent. Pour certaines travailleuses, cette interdiction n'est pas logique, car ce sont souvent elles qui connaissent le mieux la personne qui reçoit des soins et qui peuvent fournir les renseignements souhaités aux travailleuses sociales, tel que l'exprime Jacinthe : « *Non, on n'a pas le droit. Cela serait vraiment intéressant, car c'est nous qui travaillons aux maisons avec les personnes et on n'a même pas le droit de dire notre opinion. Mais je me dis : 'Qui est le mieux placé pour donner de l'information sur la*

personne ?' ». Quelques femmes ont confié qu'elles passaient parfois outre ce règlement, et qu'elles communiquaient directement avec les travailleuses sociales pour discuter d'une situation problématique ou d'un besoin rencontré à domicile.

4.3. L'effet des conditions de travail sur la santé et la sécurité des femmes

Les femmes rencontrées ont raconté en quoi les conditions de travail pouvaient parfois affecter leur santé physique ou psychologique. De plus, elles ont aussi exprimé diverses situations qui mettaient leur sécurité à risque.

La santé physique

Dans le cadre de leurs fonctions, les femmes sont souvent à risque de blessures et plusieurs d'entre elles rapportent avoir déjà eu un accident de travail à un moment ou l'autre de leur carrière. Ces accidents de travail se produisent notamment lorsque le domicile n'est pas équipé adéquatement, ce qui semble le lot d'une majorité de personnes qui reçoivent des soins. Par exemple, une aide à domicile a raconté s'être blessée au travail lorsque celle-ci aidait une dame à descendre les escaliers, alors qu'elle était en fauteuil roulant. Dans une situation racontée par Béatrice, la conjointe de l'homme qu'elle soignait, âgée de 86 ans, avait de la difficulté à manipuler l'équipement lourd nécessaire pour lui donner son bain et son fils présent refusait de lui venir en aide, insistant pour que la travailleuse assiste sa mère. La travailleuse, bien qu'elle ne devait pas exécuter cette tâche selon les consignes de son employeur, s'est sentie interpellée à lui venir en aide à chaque bain, jusqu'au jour où elle s'est blessée sérieusement au dos. D'autres travailleuses se sont aussi blessées en exécutant des tâches qu'elles ne sont pas censées entreprendre, à la suite de demandes des personnes accompagnées. Il peut s'agir par exemple de soulever une table ou de déplacer un réfrigérateur. Dans de telles situations, elles reçoivent peu

ou ne reçoivent pas de protection de leur employeur, car elles ne sont pas censées effectuer des travaux lourds. Outre le risque à leur santé physique (hernies, bursites, tendinites, maux de dos, douleurs musculaires, etc.) qu'elles prennent en acceptant ces tâches dans le souci de l'Autre, elles se retrouvent aussi devant le risque de perdre leur contrat si toutefois elles ne répondent pas aux demandes des personnes qu'elles accompagnent.

Tel que mentionné précédemment, certaines femmes continuent de travailler malgré leurs blessures, étant donné qu'elles ne reçoivent généralement pas de compensation financière. Dans d'autres situations, comme celle de Pierrette, les femmes continuent de travailler par souci de bienfaisance face aux personnes soignées : « *Tu sais, j'ai travaillé combien de temps avec des bursites dans les deux hanches, je travaillais à la maison privée du monsieur, mais je me disais : ' Je ne peux pas le lâcher, il a besoin de moi, je ne peux pas me permettre d'arrêter. J'ai eu deux infiltrations dans les hanches, pis je sais que ce n'est pas bon, je sais que ça détruit mes os, mais je ne peux pas me permettre de le laisser, il a trop besoin de moi. Je me soignerai quand j'aurai fini ' »*. Cet extrait traduit pertinemment l'engagement des femmes dans leur travail de soins à domicile, au détriment de leur propre santé.

La santé psychologique

Outre les problèmes physiques, certaines femmes ont aussi rapporté être aux prises avec des difficultés psychologiques, dont l'épuisement, la dépression et le stress. Pour Béatrice, le travail est davantage exigeant au niveau psychologique : « *Ce n'est pas le corps qui pogne un coup, c'est la tête. Elles (aides à domicile) disent qu'elles prendraient leur tête le soir et qu'elles mettraient une autre tête à leur place. C'est la tête. Parce que tu leur donnes à manger, tu fais leurs repas, tu laves leur linge, tu fais toute, tu les écoutes s'ils ont des problèmes avec leurs*

enfants... tu t'assis là... des fois tu penses que leurs problèmes, c'est les tiens... c'est vraiment quelque chose ». De plus, les femmes travaillent parfois avec des personnes et/ou des familles exigeantes, ce qui peut affecter négativement leur santé mentale. Dans d'autres circonstances, certaines ont soulevé qu'il peut être épuisant de travailler auprès de personnes souffrant de troubles cognitifs. Édith raconte : « *Puis, 40 heures avec une personne âgée... des fois, il y en a qui font de l'Alzheimer, ça fait que tu écoutes la même histoire toute la journée... tu sais, des fois, ça te draine... tu arrives chez vous, tu es drainée là, tu as donné ton 100% pour être à l'écoute, tu es fatiguée quand tu arrives chez vous des fois* ».

La sécurité

Dans un autre ordre d'idées, le travail de soins à domicile peut également affecter la sécurité des femmes. Certaines rapportent des situations où elles se sont fait harceler psychologiquement et sexuellement dans le contexte de leur travail. Anne raconte que le conjoint d'une femme qu'elle accompagnait était obsédé par elle et qu'il s'est un jour présenté à son domicile : « *Il téléphonait chez moi. Il était rendu chez nous. Une fois, j'étais en train de tondre le gazon et j'avais seulement mon haut de bikini et un petit short. Moi, chez nous, c'est très grand et les voisins ne sont pas là. Et j'étais derrière la maison... Il arrive chez nous, lui ! Je voulais aller me cacher dessous le perron. Je ne pouvais pas rentrer par en avant, car ma porte était verrouillée. Je ne pouvais pas passer par l'arrière, parce qu'il s'était garé à l'arrière. Ah, je voulais mourir* ».

Outre le harcèlement, il y a aussi des situations dans lesquelles des femmes ont subi des attouchements sexuels, soit de la part de la personne soignée ou d'un membre de son entourage. Béatrice raconte : « *On est déjà après travailler dur pour des salaires de misère, est-ce qu'on a besoin d'endurer du harcèlement ? Quand tu fais la vaisselle, les deux mains dans l'eau, il passe et il te pogne les fesses... je n'ai pas à vivre ça !* ». Jacinthe parle de son expérience de

harcèlement : « *Le mari de la femme que je soignais commençait à me faire des choses qui n'avaient pas de sens. Pas du harcèlement, mais limite. Par exemple, me donner une claque sur une fesse et commencer à bouger mes cheveux. Et à un moment donné, j'ai paniqué et lui ai pratiquement donné une claque au visage. Pour moi, même mon homme n'a pas le droit de me donner une claque sur une fesse, car c'est une insulte. J'ai appelé l'agence et je leur ai tout dit. Et par la suite, ils m'ont enlevée de là.* » Dans ce dernier extrait, il y a à la fois un manque de reconnaissance par la travailleuse elle-même du fait qu'il s'agisse effectivement de harcèlement, et un déplacement du problème par l'employeur, qui choisit, au lieu d'intervenir, de la retirer du milieu.

D'autre part, certaines femmes rapportent des situations dans lesquelles la personne dont elles s'occupaient ou un proche adoptait des comportements violents. Il peut s'agir, entre autres, d'agressivité verbale, de menaces, de morsures ou encore de gifles. Irène illustre une situation qui lui est déjà arrivée : « *C'est difficile, par exemple lorsqu'il arrache le téléphone du mur. Lorsqu'il s'enrage et qu'il dit de ne pas toucher le poêle, et qu'il a 16 ans et un pied plus grand que toi. Et il se met devant le poêle : ' Tu ne feras pas à manger'. Il faut que tu deales avec ça. Lorsque j'ai vu qu'il ne voulait pas bouger, je lui ai dit que j'allais appeler la police. Il attrape le téléphone et arrache le téléphone du mur* ».

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs femmes rapportent qu'elles se mettent à risque l'hiver lorsqu'elles doivent se rendre en voiture au domicile des personnes qu'elles accompagnent. Anne raconte : « *L'hiver, tu es pris dans la neige, tu t'exposes au danger continuellement. Tu ne rencontres pas grand monde, les charrues ne passent pas parce qu'il n'y a pas d'école, pis elles ne passeront pas pour toi, pour nous autres les travailleuses de soins. C'est comme pas juste! Ça*

fait qu'il faut que tu roules dans la neige, pis faut que tu te fasses une trace. Ça cause un stress là... ». Quelques aides à domicile ont également raconté que leur voiture était déjà restée prise dans la neige. Quant à Nicole, elle s'est mise à risque étant contrainte à conduire dans une tempête : *« Bien toi, il faut bien que tu t'en viennes dans la tempête. Tu sais... une fois, j'ai été dans le canal parce que j'ai manqué de me faire frapper... ».*

4.4. Un travail de care, voire un travail du cœur

Malgré des conditions de travail difficiles et la non reconnaissance de leur contribution matérielle et symbolique, malgré des relations interpersonnelles qui sont parfois exigeantes et malgré les risques posés à leur santé et à leur sécurité, les femmes aiment le travail qu'elles font étant donné la valorisation qu'elles en retirent puisqu'elles situent leur engagement dans le souci de l'Autre.

Le travail du care au-delà des tâches assignées

Dans le cadre de leur travail, ces femmes effectuent des tâches qui vont au-delà de celles qui leur sont assignées par l'employeur. Ces tâches relèvent du travail du *care*, c'est-à-dire, qu'elles sont essentiellement accomplies dans un souci du bien-être des personnes auprès desquelles elles travaillent. Pour certaines, ce qui compte dans ce travail du *care*, c'est la relation, et comme le souligne Nicole : *« Tu la construis cette relation-là ».*

Aussi, dans certaines situations, en l'absence de soutien des proches pour diverses raisons dont la distance ou encore le désengagement de ces derniers, ces travailleuses font parfois figures de membres de la famille. Pierrette va même jusqu'à reconnaître que les personnes *« te racontent des choses qu'elles ne disent même pas à leurs enfants ».* Karine d'ajouter : *« Ses enfants sont au loin. Ça arrive dans beaucoup de familles que les enfants sont au loin et puis ils ont besoin de*

*quelqu'un pour les supporter. Oui, il a de la famille, mais la famille habite à 50 minutes de route. Il a besoin d'une personne proche pour l'aider. En réalité, je n'ai pas le droit de le faire, mais ça me fait plaisir de l'aider. Il a perdu sa femme l'année dernière, tu sais, c'est des choses qu'il faut savoir juger. Mais on n'est pas obligée de tout faire cela ». C'est vraiment par souci de l'Autre qu'elles sont portées à agir, ce qui reflète à quel point elles s'investissent dans la relation. Cet engagement à en faire plus se traduit aussi par une très grande disponibilité en dehors des heures de travail. En ce sens, Roseline dit : « Pis elle le sait, si elle a besoin de moi, elle peut juste me texter pis j'y vais. Elle me fait vraiment confiance. Elle est tombée de sa chaise et à la place d'appeler l'ambulance, elle m'a appelée. J'ai été obligée d'appeler l'ambulance, pis elle ne voulait pas. J'ai été obligée de lui expliquer pourquoi il fallait que je fasse ça ». On voit par les propos de Roseline à quel point ces travailleuses font partie du quotidien des personnes qu'elles accompagnent, mais aussi à quel point ces dernières font partie du quotidien des travailleuses. D'ailleurs, plusieurs femmes indiquent s'inquiéter de l'état des personnes avec lesquelles elles travaillent quand elles ne sont pas auprès d'elles. On est vraiment ici en présence d'une relation de proximité et de réciprocité qui est fondamentale au travail du *care*. Les propos de Pierrette qui reconnaît la contribution des aînés dans la société, parle ainsi de l'importance de la réciprocité : « Ils ont tellement travaillé dur, ils ont tellement fait de choses, que c'est grâce à eux autres qu'aujourd'hui on est là, ça fait que moi je me dis, tout ce que je vais pouvoir leur donner de moi-même, je vais leur donner, mais c'est réciproque là, parce qu'ils m'apprennent bien des choses ».*

Le travail du care dans l'accompagnement

Cette proximité et cette réciprocité sont aussi présentes dans l'accompagnement au quotidien. Tel que déjà cité plus haut, Anne parle de sa relation avec une dame en disant : « Moi, je suis toute

pour elle. Je suis toute, pis elle est toute pour moi ». Par cet extrait, c'est la profondeur du lien d'attachement qui se tisse dans cette relation de soin qui illustre une expression du *care*. Pierrette exprime cette relation humaine, la profondeur de ce lien, en se référant à la métaphore de l'aventure : *« Je pense que c'est de l'aventure dans le fond... Tu entres, tu ouvres une porte... c'est sûr, l'amour humain est là... pis moi je me dis toujours, j'ouvre une porte, en arrière de la porte, il y a quelqu'un, mais je vais apprendre à le connaître, c'est à moi à l'écouter, à lui parler... ».* Cet accompagnement qu'elles assurent se situe dans le souci de l'Autre, qui se manifeste, entre autres, en contexte de fin de vie. Pierrette, avec sensibilité, ajoute : *« Je l'avais installé dans son salon avec un lit d'hôpital. L'extra-mural venait pour certaines choses que je n'avais pas le droit de faire. Je lui ai expliqué les procédures qu'il allait avoir, j'ai dit : ' C'est le dernier voyage que tu vas faire, mais tu n'amènes pas de bagages avec toi. Toi, tu vas faire ton voyage, moi je vais le faire avec toi '. Il m'a demandé : ' Tu me le promets ?' J'ai répondu : ' Oui, je te le promets, tu vas être dans le coma, je vais te parler quand même. Je vais être là '. Pis j'ai été là ».*

Enfin, il arrive que ces femmes soient habitées par un sentiment de responsabilité, tel que l'évoque Nicole : *« Des fois, je me demande ... parce que ça fait 6 ans que je suis là... comme ça fait si longtemps que je suis là, est-ce qu'ils vont être prêts quand je vais partir. Parce qu'ils m'ont clairement avertie que la journée où moi je passe la porte, ils n'en veulent plus d'autres ».* Cette dernière exprime ici le fardeau lié au fait que la famille la considère irremplaçable et s'inquiète à savoir comment elle sera en mesure d'assurer sa relève. L'accompagnement offert par ces femmes se manifeste dans l'appréciation de l'importance du rapport humain, du souci de l'Autre, voire du sentiment de responsabilité à contribuer au bien-être de l'Autre.

Le travail du care dans la défense du meilleur intérêt de l'Autre

Plusieurs femmes rencontrées indiquent comment une part importante de leur travail consiste à revendiquer des meilleurs services pour les personnes qu'elles accompagnent. Nicole donne l'exemple suivant qui témoigne de son souci des droits des personnes avec lesquelles elle travaille : « *L'édifice est en ruines. Ça fait trois ans que je travaille avec NB Housing pour essayer de les sortir de là, parce que ce n'est pas accessible pour les chaises roulantes pis ils restent au 2^{ième} étage. S'il y a un feu, ils ne peuvent pas la sortir de là, parce qu'elle est en chaise roulante. Elle reste avec sa mère, pis sa mère n'est pas assez forte pour la lever* ». En ce sens, cette dernière exprime ainsi la place qu'occupe la défense des droits dans son travail : « *Je rentre à l'ouvrage pis je suis épuisée pis ce n'est pas à cause que je travaille trop, c'est à cause que je suis constamment en train de me battre pour les droits de mes clients, ça ne fait pas de bon sens* ». La défense des droits n'implique pas seulement la revendication en soi, mais aussi faut-il savoir à qui s'adresser et prendre le temps de s'informer, d'autant plus que chaque situation est unique. C'est ce que reflète les propos de Pierrette quand elle raconte : « *Tu sais, si j'avais besoin d'une travailleuse sociale pour mon patient, si je voulais qu'une diététicienne rencontre mon patient, tu comprends... il fallait que je sache où aller frapper. Mais j'ai appris en cours de route* ». En plus d'avoir à développer une bonne connaissance des services, ces femmes apprennent aussi à connaître les conditions de santé des personnes qu'elles accompagnent de manière à être en mesure de réclamer de meilleurs soins auprès des intervenants. C'est ce que raconte Béatrice qui accompagne une dame chez son médecin : « *J'ai été avec elle chez le docteur l'autre jour, j'ai dit : ' Elle tremble terriblement '. Bien il dit : ' Il y a une sorte de pilule qui peut lui causer ça, et vu que tu m'en parles, je vais lui en couper une '. Quand j'ai sorti de là, j'ai réussi : elle avait une pilule de moins. Pour moi, c'est un exploit !* ». Anne est, elle aussi,

intervenue auprès d'un médecin : « *Elle était malade, puis elle avait comme un genre de cancer sur le pied. J'ai pu l'amener au médecin pour la faire opérer, pour qu'elle soit guérie de tout ça. Elle m'a dit : ' Ça a pris toi pour venir ici. Ça fait des années qu'on me soigne, pis je ne peux pas marcher, je ne peux pas aller en nulle part ' . Pis moi, ça a été une affaire d'un mois, tout avait été fait. Tu sais là, j'ai fait avoir des choses à ces gens-là qu'ils n'avaient jamais eues. Mais c'est ça qu'on a comme reconnaissance* ». Faire une différence est important pour ces femmes, et le fait que cette contribution soit reconnue, voire appréciée par les personnes qu'elles accompagnent compense, en quelque sorte, la non-reconnaissance du travail du *care*.

Le travail de revendication ne se réalise pas qu'auprès d'intervenants de la santé ou des services sociaux, mais également auprès de leur employeur. Anne explique que l'offre de certains soins sur cinq jours seulement ne répond pas aux besoins : « *Cet homme-là, il faut que tu le laves là, il a une couche. Il ne va pas attendre que tu arrives le lundi là. Ça veut dire que tu es trois jours en couche... Tu sais, sa femme est trop fatiguée et elle n'est plus capable, les mains là, elle n'est plus capable de le laver. Je leur ai toujours dit, aux travailleuses sociales pis à l'employeur : ' Vous avez un chien, il mange à tous les jours hein, bien c'est la même chose pour l'humain. Envoyez des services, 7 jours sur 7 ' »*. Enfin, le travail de revendication est aussi au cœur de leur intervention, un travail qui s'inscrit dans un engagement envers ces personnes qu'elles accompagnent. Les paroles de Caroline sont éclairantes en ce sens : « *La justice sociale, je suis forte là-dessus, je travaille avec ... pour défendre les gens, les pauvres, les démunis, pour la justice dans le monde* ».

5. DISCUSSION : DES CONTEXTES DE TRAVAIL QUI ACCENTUENT LA PRÉCARITÉ DES FEMMES

La précarité de la situation des travailleuses de soins à domicile au Nouveau-Brunswick s'inscrit dans des conditions de travail qui se déploient dans des contextes particuliers tels la ruralité, le vécu d'isolement et les diverses relations entretenues dans le cadre de leur travail. Les conditions de travail des femmes rencontrées affectent la précarité de ces dernières sur deux plans : leur pauvreté matérielle et la fragilisation de leur santé. À la lumière de leur expérience, il appert que les conditions de travail des aides à domicile néo-brunswickoises accentuent leur précarité économique. En fait, leurs conditions de travail sont largement tributaires de différents facteurs externes sur lesquels elles exercent peu de contrôle, notamment l'horaire, le salaire, les frais afférents et les avantages sociaux. À titre d'exemple, le nombre d'heures qui leur sont accordées varient en fonction de ce que leur employeur leur attribue. Or, tel que l'affirme Dussuet (2002), ce sont les travailleuses qui portent « le poids des variations de la demande » (p. 145). Lorsque l'employeur ne parvient pas à leur donner suffisamment d'heures, les femmes sont ainsi contraintes au travail à temps partiel. Par ailleurs, le temps partiel serait en quelque sorte une norme dans le secteur des soins à domicile (Devetter et al., 2012, p. 249). Leur horaire de travail dépend également de l'état de santé des personnes qu'elles accompagnent, notamment quand ces dernières doivent être hospitalisées, relocalisées ou encore qu'elles décèdent. Dans ces situations, ce sont les femmes qui font les frais de cette rupture de travail. Enfin, certaines d'entre elles ont expliqué qu'elles peuvent également perdre des heures de travail en raison des conditions météorologiques ou encore des relations tendues avec les personnes qu'elles accompagnent, leur famille, ou encore leur employeur.

Ces heures de travail variables affectent le revenu de ces travailleuses, d'autant plus que leur salaire horaire au Nouveau-Brunswick se situe très près du salaire minimum qui était fixé, au moment des entrevues, à 11 \$ l'heure. Pour la majorité des participantes, leur salaire permet d'assurer leurs besoins de base, mais sans plus. Quelques-unes ont mentionné qu'elles devaient dépendre du salaire de leur conjoint pour survivre, ce qui limite par le fait même leur indépendance économique. Ainsi, leur salaire ne leur permet pas de s'émanciper ni de jouir d'une liberté économique, mais les plonge plutôt dans la précarité. En ce sens, ce secteur d'emplois produit des travailleuses pauvres, car le fait d'y être actives et de détenir un emploi est insuffisant pour se sortir de la pauvreté. Ces résultats sur la précarité économique des travailleuses de soins à domicile rejoignent ceux des travaux de Dussuet (2005), pourtant réalisés il y a plus de dix ans.

Une autre dimension qui affecte leur précarité et qui a été soulignée par les travailleuses rencontrées consiste aux frais afférents qui sont rarement remboursés par l'employeur. Or, les employeurs s'acquittent de manière inégale de cette responsabilité, et quand ils le font, c'est souvent insuffisant. De plus, les avantages sociaux normalement assurés par les employeurs dans d'autres secteurs et soutenus par les lois du travail (vacances, jours fériés, congés de santé, etc.) semblent particulièrement difficiles à accéder par ces travailleuses. Or, le simple fait de prendre une semaine de vacances les met à risque de perdre leurs assignations et, par conséquent, leurs heures de travail, à leur retour. On est ici en présence d'une organisation du travail, voire d'un système, qui les maintient dans une situation de pauvreté, et ce, aux dépens de femmes qui sont déjà dans des situations précaires.

Les voix des femmes rencontrées révèlent à quel point les conditions liées à leur travail fragilisent leur état de santé. Douleur, blessures, épuisement et stress figurent au nombre des effets encaissés par ces femmes aux plans physiques et émotionnels. Ainsi, elles se voient devant un dilemme difficile à trancher, à savoir prendre soin de leur propre santé et subir une perte de salaire lié au temps d'arrêt, ou encore rentrer au travail malgré tout, au risque d'aggraver leur problème de santé.

Ainsi, les dimensions contextuelles particulières telles la ruralité, l'univers relationnel associé à ce travail et la situation d'isolement qui caractérisent ce secteur d'emploi, et qui parfois se recoupent, participent à la fragilisation de leurs conditions de travail. En ce qui a trait au contexte de la ruralité, plusieurs éléments sont en présence, notamment le fait d'avoir à parcourir de longues distances, qui touchent tant les coûts qui y sont associés que leur sécurité, particulièrement en saison hivernale. Le contexte relationnel associé à ce secteur de travail est complexe. En ce sens, tant les relations avec les personnes qu'elles accompagnent, que celles avec les membres de la famille de ces dernières, ou encore avec leur employeur sont tributaires de la manière dont elles vont jongler avec les besoins, les demandes et les intérêts respectifs et souvent divergents. Ces relations sont sources de tensions au quotidien et fragilisent entre autres leur sécurité d'emploi. Concrètement, comme l'a raconté Béatrice, quand le besoin de la personne accompagnée consiste à prendre un bain qui nécessite un transfert d'un fauteuil à la baignoire et que la conjointe, à qui revient cette responsabilité, n'arrive pas le faire seule, et que le fils insiste à ce que la travailleuse de soins à domicile le fasse, cette dernière se sent contrainte d'acquiescer à cette demande. Elle doit donc choisir entre aider à cette mobilisation, en répondant à ce besoin dans un souci de l'Autre, et en prêtant flan à la pression exercée par le fils, ou se préoccuper de sa propre santé et respecter les consignes de son employeur qui lui interdit ce type

de tâche. Or, quelle que soit sa manière de trancher ce dilemme, sa situation précaire risque de s'accroître. Enfin, ces femmes travaillent de façon très isolée, non seulement du fait de pratiquer en milieu rural, mais aussi d'être seule au domicile des personnes recevant leurs soins. Cet isolement participe de leur défi à se mobiliser pour revendiquer de meilleures conditions de travail. Ce sentiment d'isolement exprimé par des participantes, juxtaposé à la fragilité de leur sécurité financière difficilement assurée par leurs conditions de travail, est à ce point manifeste que plusieurs femmes sollicitées pour participer à cette étude, ont choisi de refuser, par crainte de représailles.

6. CONCLUSION : UN TRAVAIL ENRACINÉ DANS LE CARE, ENCORE TROP PEU RECONNU

Les histoires que les femmes ont partagées dans le cadre de cette recherche ont mis en lumière la place qu'occupe le *care* dans leur travail. Loin de se réduire à des tâches mécaniques et domestiques, ce qu'elles font est profondément ancré dans des valeurs morales qui se traduisent par leur préoccupation de la dignité et du bien-être d'autrui et dans un projet social de mieux-être collectif (Tronto, 2009).

Souvent, leurs tâches vont au-delà de celles attendues dans le cadre de leurs fonctions habituelles. Certaines effectuent des tâches bénévolement, que ce soit par choix délibéré ou par contrainte. Lorsqu'il s'agit d'un choix, les femmes vont souvent justifier ce travail gratuit en invoquant le bien-être de la personne. Par exemple, certaines femmes avouent en faire plus à domicile, en exécutant des tâches qu'elles ne seraient pas censées faire, telles que changer une ampoule, laver les vitres, raccourcir les rideaux, pelleter, etc. D'autres vont même rendre service aux personnes

soignées en dehors de leurs heures de travail. Ces tâches bénévoles effectuées dans le cadre d'un travail salarié sont également rapportées par plusieurs auteurs (Boivin, 2013; Cagnet, 2002 et Dussuet, 2002).

Qui plus est, de nombreuses femmes ont témoigné du fait qu'indépendamment des tâches qui leur sont assignées dans le cadre de leur travail, le fait d'assurer des soins, voire l'intimité associée à ces tâches à domicile, les convie à consacrer du temps à la relation avec ces personnes, à se préoccuper d'elles, à les écouter. Cette dimension relationnelle passe souvent inaperçue, alors que selon plusieurs chercheurs, celle-ci consiste en une composante fondamentale de leur travail. À cet effet, Zielinski (2010) pose la question suivante, à savoir « que serait le soin sans la sollicitude, le geste technique approprié sans considération pour celui qui le reçoit, sans attention au sujet lui-même, au-delà du besoin qu'il manifeste ? » (p. 633). En ce sens, selon Valléry et Leduc (2010), même l'acte de préparer un repas ne se réalise pas sans souci de l'Autre, car ce geste implique entre autres la considération des besoins alimentaires, des goûts et des préférences, des horaires et de l'état de santé. Cette prise en compte de la personne prend aussi toute son importance quand on constate que « la tâche apparemment si simple de passer le balai ne se fait pas n'importe comment, ni n'importe quand, mais suppose la prise en compte des singularités de la personne aidée » (Dussuet, 2011, p. 107). Enfin, Tronto (2009, p. 13 et p. 143) invite à réfléchir au *care* de la manière suivante, en reconnaissant qu'il s'agit d'une « activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie ». Une fois ce constat de l'importance du travail du *care*, il ne peut plus demeurer dans l'ombre, voire être invisibilisé. Le

travail du *care* se doit d'être valorisé à la hauteur de sa contribution personnelle et sociale, et obtenir toute la reconnaissance symbolique et matérielle (Fraser, 2011) qui lui revient – reconnaissance qui appartient en toute justice à ces femmes investies dans le *care*.

Enfin, ce que les femmes font comme travail dépasse largement les tâches qui y sont associées; il s'agit d'un travail complexe au sein duquel le *care* occupe une place centrale. Ces dernières aiment leur travail, parce qu'au-delà de la précarité matérielle et des conditions de travail difficiles qui y sont associées, elles contribuent non seulement au soutien des personnes et à leur maintien à domicile, mais de manière plus large, au système de santé et des services sociaux. En ce sens, c'est tout un système qui maintient ces femmes dans la pauvreté, alors qu'elles assument des responsabilités professionnelles pour lesquelles elles ne sont pas rémunérées. Ces « responsabilités qui accompagnent les tâches quotidiennes liées *au care*, c'est-à-dire les habiletés liées aux gestes de prendre soin sont ignorées et ne peuvent donc pas être traduites par l'association à une valeur économique » (Savoie et Pelland, 2016, p. 57-58). Non seulement elles ne sont pas reconnues, mais leur travail est invisibilisé, de par le fait que ce travail de proximité, « vaste ghetto d'emploi » occupé par des femmes, contribue au maintien d'une pauvreté « garantie à vie » (Lamoureux, 2016, p. 98). Ainsi, on assiste à une subordination et à une surexploitation de ces travailleuses conduisant à « de graves injustices de genre liées au travail de soin dans nos sociétés contemporaines » (Bourgault et Perreault, 2015, p. 12). Ce constat convie l'État à considérer « le souci de l'autre comme une valeur morale et politique » (Cohen, 2010).

Il semble, pour paraphraser les propos d'Anne, que ces femmes travaillent pour s'appauvrir... Alors, à quand l'État va-t-il reconnaître l'importance de la contribution sociale de ces travailleuses de soins à domicile ? Dans cette perspective, la province du Nouveau-Brunswick a

des intentions nobles qu'elle a affirmées dans le rapport *D'abord chez-soi* (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2015a). Notamment, ce rapport soulève l'importance d'assurer que les aînés puissent demeurer à domicile le plus longtemps possible tout en leur procurant une qualité de soins. Ce rapport reconnaît aussi que les travailleuses de soins à domicile « jouent un rôle essentiel en matière de soutien et de soin aux aînés » (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2015a, p. 15). De plus, à juste titre, dans ce rapport, on considère que prendre soin des aînés relève d'une responsabilité collective incombant à « tous les Néo-Brunswickois » (p. 3). Or, force est de constater que cette responsabilité collective repose essentiellement sur le dos de Néo-Brunswickoises et, par surcroît, de femmes trop peu rémunérées et trop peu reconnues. L'État est donc convié à considérer et à valoriser le travail du *care* sur les plans social et politique, en revoyant le système de soins à domicile afin de reconnaître la contribution essentielle de ces femmes qui sont des actrices de premières lignes du système de santé et de services sociaux de la province. Une telle reconnaissance doit se traduire par un salaire décent, des conditions de travail et des avantages sociaux convenables, des horaires de travail stables et réguliers, un milieu de travail sécuritaire et une reconnaissance sociale et salariale du travail du *care*.

RÉFÉRENCES

- Avril, C. (2003). Quel lien entre travail et classe sociale pour les travailleuses du bas de l'échelle ? L'exemple des aides à domicile auprès des personnes âgées dépendantes. *Lien social et Politiques*, 49, 147-154.
- Bardot, F. (2012). Regard clinique sur le travail des auxiliaires de vie. *Travailler*, 28, 57-73.
- Benelli, N. (2013). La question des qualifications dans les métiers du *care*. Dans M. Modak et J.-M. Bonvin (dir.), *Reconnaître le care : un enjeu pour les pratiques professionnelles* (p. 83-97). Lausanne : L'École des études sociales et pédagogiques.
- Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie* (2e éd.). Paris : Armand Colin.
- Boivin, L. (2013). Réorganisation des services d'aide à domicile au Québec et droits syndicaux : de la qualification à la disponibilité permanente juste-à-temps. *Nouvelles Questions Féministes*, 32, 44-56.
- Bonamy, P., Desert, M., Frighi, S., Monzérien, C., Montfort, M., Vernazobre, I. et Marchand, P. (2012). Les freins à la bienveillance dans l'aide à domicile. *Vie sociale et traitements*, 116, 66-72.
- Bourgault, B. et Perreault, J. (2015). Introduction. Le féminisme du care, d'hier à aujourd'hui, dans S. Bourgeault et J. Perreault (dir.), *Le care, Éthique féministe actuelle* (p. 9-25). Montréal : Les éditions remue-ménage.
- Brugère, F. (2009). *Pour une théorie générale du care*. [En ligne]. Repéré à <http://www.laviedesidees.fr/Pour-une-theorie-generale-du-care.html>
- Coalition pour l'équité salariale du Nouveau-Brunswick (2016). *Accroître la prospérité économique des femmes dans le secteur de prestations de soins*. Repéré à http://www.equite-equity.com/userfiles/file/Needs%20Assessment_fr.pdf
- Cognet, M. (2002). Les femmes, les services et le don. *Cahiers de recherche sociologique*, 37, 51-77.
- Cohen, Y. (2010). *Femmes philanthropes. Catholiques, protestantes et juives dans les organisations caritatives au Québec*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- De Coninck, F. et Godard, F. (1990). L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité. *Revue française de sociologie*, 31(1), 23-53.
- Delattre, S. (2015). *Vivre avec un faible salaire : une aide à domicile témoigne*. Acadie Nouvelle, le 25 novembre 2015.
- Devetter, F.-X., Messaoudi, D. et Farvaque, N. (2012). Contraintes de temps et pénibilité du travail : les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 244-268.

- Digneffe, F. et Becker, M. (1995). De l'individu au social : l'approche biographique. Dans L. Albarello, F. Digneffe, J-P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy et P. Saint-Georges (dir.), *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales* (p. 145-173). Paris : Armand Colin.
- Dussuet, A. (2002). Le genre de l'emploi de proximité. *Lien social et politiques*, 47, 143-154.
- Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes : enquêtes sur les services à domicile*. Paris : L'Harmattan.
- Dussuet, A. (2011). Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 6(2), 102-127.
- Fraser, N. (2011). *Qu'est-ce que la justice sociale ? : Reconnaissance et redistribution*. Paris : La Découverte.
- Gallois, F. (2013). L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31, 15-29.
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2015a). *D'abord chez-soi*. [En ligne]. Repéré à <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/DabordChezSoi.pdf>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2015b). *Profile of Human Services Workers in New Brunswick. Strategic Services Branch: Post-Secondary Education, Training and Labour*. 1-22. [En ligne]. Repéré à <https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/post-secondary-education-training-and-labour/publications.html>
- Henrard, J.-C. et Naiditch, M. (2012). La régulation de l'aide à domicile : un point de vue de santé publique. *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 269-274.
- Jetté, C., Vaillancourt, Y. et Bergeron-Gaudin, J.-V. (2011). L'économie plurielle dans les services à domicile au Canada : une comparaison des modes de régulation entre le Québec et l'Ontario. *Lien social et Politiques*, 66, 155-175.
- Lamoureux, D. (2016). *Les possibles du féminisme. Agir sans «nous»*. Montréal : Éditions du remue-ménage.
- MacEwan, A. et Saulnier, C. (2011). *Coût de la pauvreté au Nouveau-Brunswick*. Centre canadien de politiques alternatives, 1-13. [En ligne]. Repéré à <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/co%C3%BBt-de-la-pauvret%C3%A9-au-nouveau-brunswick>
- Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Moré, P. (2014). Les employé(e)s domestiques dans le travail de *care* : corps et investissement de soi entre éthique et contrainte. *Travailler*, 32, 33-53.

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Pelland, M.-A. et Savoie, L. (2014). L'enjeu de l'équité salariale au Nouveau-Brunswick: une question de redistribution et de reconnaissance. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 9(2), 87-111.
- Pott, M., Serferdjeli, L. et Foley, R. (2011). Finir ses jours chez soi : le prix de la négociation. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 101-113.
- Reinharz, S. (1992). *Feminist Methods in Social Research*. NewYork: Oxford University Press.
- Rose, R. (2014). *L'équité salariale dans les services de proximité au Nouveau-Brunswick*. [En ligne]. Repéré à http://www.equite-equity.com/userfiles/file/2015-10-18_RAPPORT_Ruth%20Rose.pdf
- Saillant, R. (2014). *Au bord du gouffre ? Agir dès maintenant pour éviter la faillite du Nouveau-Brunswick*. Moncton : Collection Roméo LeBlanc Séries.
- Salles, M. (2013). Identités professionnelles à l'épreuve de la ruralité : adaptations, renouvellement...? *Gérontologie et société*, 146, 131-142.
- Savoie, L., Lanteigne, I., Albert, H. et Robichaud, I. (2016). Les femmes en situation de pauvreté : prendre en charge sa santé en contexte de ruralité. *Intervention*, 143, 15-31.
- Savoie, L. et Pelland, M.-A. (2016). L'engagement politique et militant de la Coalition pour l'équité salariale : analyse de la lutte de reconnaissance de proximité occupée par les femmes au Nouveau-Brunswick. *Revue canadienne des politiques sociales/Canadian Review of Social Policy*, 76, 52-69.
- Statistique Canada (2015). *Estimations de la population du Canada : âge et sexe, 1^{er} juillet 2015*. [En ligne]. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150929/cg-b004-fra.htm>
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris : Éditions La Découverte.
- Vaillancourt, Y., Aubry, F. et Jetté, C. (2003). *L'économie sociale dans les services à domicile*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Valléry, G. et Leduc, S. (2010). Une analyse des emplois de services à destination des personnes âgées : compétences sociales et identité professionnelle des aides à domicile. *Gérontologie et société*, 135, 213-237.
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 12(tome 413), 631-641.