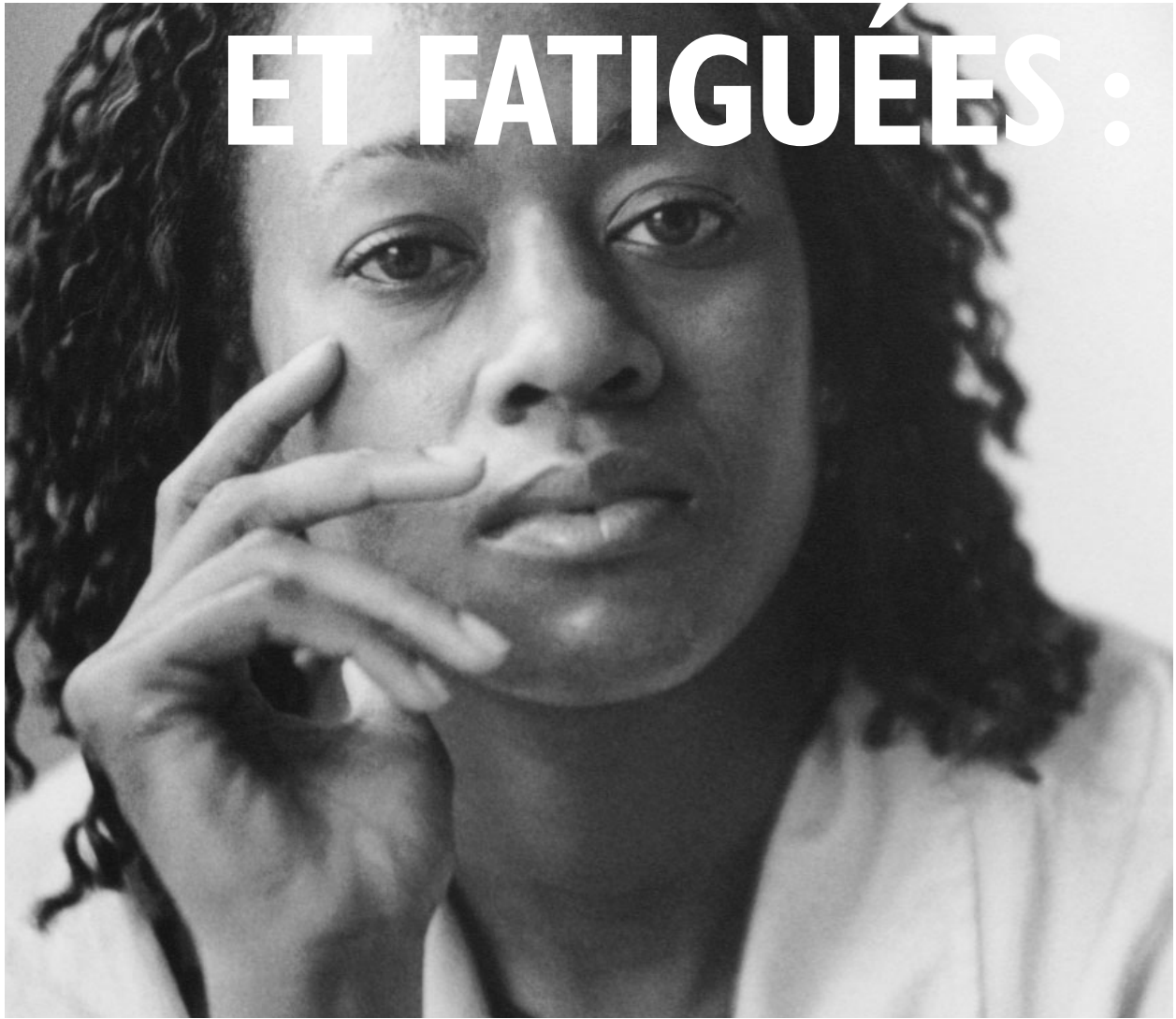


---

# ÉPUISÉES

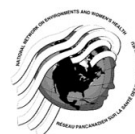
# ET FATIGUÉES :



## LES EFFETS DE LA RESTRUCTURATION ET DE LA RÉORGANISATION DU TRAVAIL SUR LES TRAVAILLEUSES DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Par Pat Armstrong et Irene Jansen avec l'aide de Erin Connell et Mavis Jones  
Février 2004

Réseau national sur l'environnement et la santé des femmes  
Syndicat canadien de la fonction publique



---

Ce projet a été financé par le Réseau national sur l'environnement et la santé des femmes. Le Réseau jouit du soutien financier du programme du Centre d'excellence pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles du Réseau, ni la politique officielle de Santé Canada

Pat Armstrong est actuellement présidente de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé / Instituts de recherche en santé du Canada, pour les services de santé et la recherche en sciences infirmières à l'Université York de Toronto. Lorsque la présente étude a été menée, elle était présidente de l'École d'études canadiennes de l'Université Carleton, à Ottawa.

Irene Jansen est présentement agente principale à la Direction du développement syndical du Syndicat canadien de la fonction publique, à Ottawa. Lorsque la présente étude a été menée, elle était recherchiste au Syndicat des employées et employés d'hôpitaux, la division des soins de santé du SCFP, en Colombie-Britannique.

Erin Connell est étudiante de deuxième cycle à l'Université Carleton.

Mavis Jones est étudiante de deuxième cycle à l'Université Simon Fraser.

Pour plus amples renseignements sur l'étude, veuillez communiquer avec Pat Armstrong au (416) 736-2100 ou Irene Jansen au (613) 237-1590.

---

# Table des matières

---

<b>Introduction</b>	1
Les soins de longue durée : des conditions en transformation	2
Le transfert de responsabilités	2
Réorganisation	3
<b>Femmes absentes : risques pour la santé au travail</b>	7
Pas de distinction selon le sexe, s'il-vous-plaît ; nous sommes des travailleurs	7
L'analyse sexospécifique	8
Méthodologie	10
Cerner les problèmes de santé	12
La charge de travail	12
Formation	19
Les équipes et les horaires	22
Le contrôle et le droit de se préoccuper du bien-être des patients	23
Les longues ramifications du travail	30
L'insécurité	32
Les relations sociales	34
Violence	37
Espace physique et exigences physiques	40
Parce que vous êtes une femme	43
Intérêts conflictuels	44
Similitudes et différences	45
<b>Conclusions</b>	47
<b>Incidence sur les politiques et la recherche</b>	49
Politiques gouvernementales relatives aux soins de longue durée	49
Indemnisation des travailleuses et travailleurs blessés ou malades	50
Les comités de santé et sécurité au travail	50
Recherche	51
<b>Annexe I</b>	53
<b>Notes de fin d'ouvrage</b>	59

# Introduction



Le travail dans le secteur des soins de santé peut être dangereux. Partout au Canada, la maladie fait perdre aux employées et employés du secteur de la santé et des services sociaux plus d'heures de travail que tout autre employé.<sup>1</sup> Selon la Commission des accidents du travail de la C.-B., « l'industrie des soins de santé est associée à un plus grand nombre de journées perdues par demande d'indemnisation et à un taux de blessure plus élevé que la moyenne provinciale pour toutes les industries de la C.-B. combinées ». Les infirmières et infirmiers auxiliaires, les aides et préposées et préposés aux soins sont particulièrement à risque.<sup>2</sup> Étant donné que plus de 80 pour cent des employées et employés du secteur de la santé sont des femmes, étant donnée la tendance à voir le travail des femmes comme propre et sûr, et étant donné les définitions limitées de la notion de blessure, ces chiffres peuvent amener à sous-estimer les dangers pour la santé du travail effectué dans le secteur de la santé.<sup>3</sup> En outre, les réformes et les changements démographiques survenus récemment ont modifié les conditions de travail dans les établissements de santé, en particulier dans les soins de longue durée, de façons qui pourraient très bien accroître les risques. La présente recherche porte sur ces deux points, c'est-à-dire l'invisibilité des dangers dans le travail des femmes et l'incidence sur la santé des changements dans les soins de longue durée. L'objectif de la présente recherche est d'aider à mieux connaître et à repérer des risques pour la santé des femmes dans un contexte de conditions changeantes dans les soins de longue durée.

La présente recherche porte sur les établissements de soins de longue durée de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, deux provinces qui diffèrent dans une certaine mesure dans leur approche tant en matière de réforme de la santé que d'indemnisation des accidentés du travail.<sup>4</sup> Nous nous intéressons à l'ensemble des employées et employés qui travaillent dans ces établissements, dont la plupart se considèrent comme des soignantes et soignants, quel que soit le titre officiel de leur fonction. Mené conjointement par des partenaires du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et financé par le programme de leur Centre d'excellence, le projet vise à combiner les perspectives d'un universitaire de l'Université York et d'un chercheur du Syndicat canadien de la fonction publique, avec celles des membres du syndicat qui effectuent le travail dans ces établissements et des étudiantes et étudiants universitaires de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles. La recherche primaire est basée sur des entrevues de groupe menées auprès de 40 soignantes et soignants de la C.-B. et de l'Ontario ; les données ont ensuite été confirmées auprès de 40 autres soignantes et soignants de ces provinces. Un large éventail de travailleuses et travailleurs des soins de longue durée ont participé aux entrevues.

L'étude s'ouvre sur un aperçu des changements survenus dans les soins de longue durée et des façons de faire face aux dangers qui guettent les femmes dans les lieux de travail, préparant ainsi le terrain à l'analyse des entrevues qui fournissent la base des recommandations.

## Les soins de longue durée : des conditions en transformation

### Le transfert de responsabilités

« Le 4 octobre 1998, le centre de santé de Bow Valley de Calgary, un hôpital municipal, explosait ». Ainsi commence le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé *Les soins de santé au Canada 2000*<sup>5</sup>, un rapport qui ne mentionne qu'une seule des réformes qui ont modifié radicalement le contexte de travail dans les soins de longue durée. Le rapport dit également ce qui suit :

Au cours de la dernière décennie, le nombre de lits d'hôpitaux, le nombre d'admissions et la durée des séjours ont diminué, année après année. Comparativement aux années 1984-1985, les hôpitaux de 1997-1998 comptaient environ 25 % moins de lits.<sup>6</sup>

Bien que la fermeture de l'hôpital Shaughnessy de la C.-B. en 1992 ait été l'un des premiers signes des événements à venir, l'Ontario avait à l'époque le nombre le moins élevé de jours-patient d'hôpital par rapport à sa population. Son ratio était inférieur de plus de 20 % à celui de la Colombie-Britannique, province dont le ratio occupait l'avant-dernier rang.<sup>7</sup> Depuis, les taux d'utilisation de la Colombie-Britannique ont continué de baisser, mais sans fermeture d'hôpitaux principaux. En Ontario, toutefois, 33 hôpitaux publics ont été la cible de fermetures, ainsi que six hôpitaux psychiatriques et six hôpitaux privés.<sup>8</sup> Depuis dix ans, l'Ontario a réduit le nombre de lits de soins aigus de 36 %, ce qui est plus que la moyenne nationale ou que la C.-B.<sup>9</sup>

Cette immense réduction du nombre de lits d'hôpitaux peut s'expliquer en partie par ce que l'Institut canadien d'information sur la santé décrit comme « le recours indu à des lits de soins aigus pour les patients dont les séjours sont prolongés ». <sup>10</sup> Les hôpitaux ont été redéfinis de façon à offrir uniquement les traitements les plus courts et les plus interventionnistes, tant pour les soins aigus que pour les soins psychiatriques. Des patients qui étaient auparavant traités dans des hôpitaux ont été transférés dans des établissements de soins de longue durée, et beaucoup de ceux qui étaient soignés dans des établissements de soins de longue durée se retrouvent maintenant ailleurs. Il en résulte une clientèle très différente en soins de longue durée et un taux de mortalité plus élevé chez les bénéficiaires.<sup>11</sup> Il est toutefois difficile de déterminer l'ampleur du changement, parce que la majeure partie de la recherche effectuée sur les conséquences des réformes porte sur les hôpitaux et les foyers.

Le passage vers les établissements de soins prolongés n'est pas étonnant et ce pour au moins deux raisons. Premièrement, la *Loi canadienne sur la santé* interdit clairement d'imposer des frais pour tout service nécessaire à l'hôpital, incluant la chambre, les repas et les fournitures, mais il n'existe pas d'interdiction semblable pour les soins de longue durée. Ainsi, le passage aux établissements de soins de longue durée réduit les coûts pour le gouvernement puisque des frais peuvent être exigés pour au moins une partie des services, contrairement aux hôpitaux. Deuxièmement, les soins coûtent moins cher dans



les établissements de soins de longue durée, en partie parce que l'on suppose que les patients ont besoin de moins d'heures de soins et de soins moins spécialisés, et en partie parce que celles et ceux qui fournissent les soins sont souvent payés moins cher que dans les hôpitaux. La différence ressort clairement lorsque l'on examine les données sur les salaires. En 1999, dans le secteur institutionnel de la santé et des services sociaux (excluant les hôpitaux), le salaire hebdomadaire moyen, incluant les heures supplémentaires, était de 466,63 \$, alors qu'il était de 598,21 \$ dans les hôpitaux.<sup>12</sup> L'écart pourrait être moindre en Colombie-Britannique, où les aides-soignantes et les infirmières auxiliaires autorisées gagnent le même salaire, peu importe l'endroit, mais l'ensemble des salaires restent inférieurs dans les établissements de soins de longue durée.

Toutefois, les établissements de soins de longue durée ont pour la plupart été structurés à partir de l'idée qu'ils doivent fournir des services de gardiennage et de soutien plutôt que des services médicaux et des traitements. Tant les établissements que les postes de soignantes et soignants créés à cette époque ont été habitués à ce type de patients. Les exigences relatives au temps et aux compétences des travailleuses et travailleurs ont par conséquent beaucoup changé, même si le nombre de personnes à soigner est resté le même.<sup>13</sup> Et les établissements pourraient ne pas être en mesure de répondre à ces exigences.

## Réorganisation

Les établissements de soins de longue durée peuvent être exploités par des organisations à but lucratif ou sans but lucratif, ou encore par les gouvernements locaux. Quel que soit le type d'établissement, plusieurs sont grassement subventionnés par les gouvernements qui versent des indemnités quotidiennes pour les services de santé fournis, en théorie selon la nature plus ou moins aiguë des soins. Il est évident que ces taux jouent un rôle dans le type de services fournis. Les gouvernements influencent également les conditions par la réglementation qu'ils imposent aux établissements.

En Ontario, plus de la moitié des lits sont dans des établissements à but lucratif, qui appartiennent de plus en plus souvent à de grandes entreprises, dont beaucoup sont étrangères.<sup>14</sup> L'Ontario permet l'ouverture de nouveaux lits dans les établissements de soins de longue durée et a recours à un processus d'appels d'offres, ce qui peut signifier qu'une proportion encore plus élevée de lits seront exploités par des sociétés étrangères à but lucratif. Très peu d'études ont été entreprises au Canada sur les conséquences des types de propriété dans ce secteur, mais celles qui ont été publiées indiquent que les sociétés à but lucratif sont plus susceptibles de partir ou de fermer leurs portes et de réduire les soins pour accroître leurs profits.<sup>15</sup>

En C.-B., un tiers seulement des établissements appartiennent à des sociétés à but lucratif. Toutefois, les restrictions imposées aux dépenses gouvernementales pour de nouveaux lits, combinées à la promotion de partenariats public-privé, menacent d'accroître leur part. Un rapport publié récemment par le Département américain de la santé et des services à la personne a trouvé que « les niveaux de dotation en personnel étaient beaucoup plus élevés dans les foyers de soins sans but lucratif que dans les foyers de soins à but lucratif », et que les problèmes étaient particulièrement évidents dans les grandes

chaînes du type de celles qui s'installent au Canada.<sup>16</sup> Même si ces changements de propriété sont moins spectaculaires que le dynamitage d'hôpitaux, les conséquences peuvent être aussi importantes pour la santé des soignantes et soignants.

Tant la C.-B. que l'Ontario sont dotés de lois et de réglementations spécifiques qui régissent les établissements de soins de longue durée et l'Ontario a instauré des formules provinciales pour financer les soins.<sup>17</sup> Les cadres juridiques des deux provinces font une large place aux droits des bénéficiaires, mais on y mentionne à peine ceux des travailleuses et travailleurs. Les règlements fournissent de nombreux détails sur ce qu'il faut assurer aux bénéficiaires en matière d'espace physique, de nutrition et de fournitures. Ils sont beaucoup moins précis sur le genre de soins à fournir et sur la formation que doivent recevoir celles et ceux qui fournissent ces soins. En C.-B., par exemple, les règlements exigent qu'il y ait « un nombre suffisant de professionnels de la santé en service en tout temps qui possèdent l'expérience, la formation et les compétences voulues pour répondre aux besoins des bénéficiaires ».<sup>18</sup>

L'Ontario avait des règlements sur le nombre minimal d'heures de soins à donner mais, depuis le 1<sup>er</sup> juin 1996, le gouvernement a aboli l'exigence voulant que les foyers de soins offrent un minimum de 2,25 heures de soins par bénéficiaire par jour. Au lieu d'exiger qu'une infirmière ou un infirmier diplômé soit présent, l'appel d'offres dit que « dans la plupart des établissements de soins de longue durée, au moins une infirmière ou un infirmier diplômé doit être sur place pour chaque équipe, 24 heures sur 24 ».<sup>19</sup> Entre-temps, le Département américain de la santé et des services à la personne recommande non seulement une augmentation considérable du personnel dans ces foyers, mais aussi un minimum de deux heures de soins fournis par une ou un auxiliaire infirmier chaque jour pour chaque patient.<sup>20</sup> L'absence de normes minimales en matière de soins pourrait, dans le contexte de l'évolution des besoins des bénéficiaires et des types de propriété des établissements, avoir des conséquences négatives non seulement pour les bénéficiaires, mais aussi pour tous ceux et celles qui travaillent dans le secteur des soins de longue durée.

Les gouvernements des deux provinces semblent laisser la protection de la santé des employées et employés à d'autres lois et aux comités de santé et sécurité. En Colombie-Britannique, la Commission des accidents du travail est responsable de la santé et de la sécurité au travail, tandis qu'en Ontario, il existe maintenant des lois distinctes, la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*. Pourtant, là aussi, des changements sont en cours qui pourraient limiter davantage la capacité de ces lois à protéger la santé des travailleuses et travailleurs. Ainsi que Katherine Lippel l'a montré dans sa recherche approfondie sur l'indemnisation des accidentés du travail, la loi porte habituellement sur i) les blessures et les maladies qui peuvent être mesurées et prouvées « objectivement » par des experts médicaux ; ii) des blessures et des maladies qui peuvent être clairement et directement reliées au travail rémunéré et non à la vie personnelle d'une personne ; et iii) des blessures et des maladies liées à des circonstances inhabituelles.<sup>21</sup>

Pourtant, la recherche a démontré le lien entre « l'organisation du travail, le contrôle du travail et le soutien aux travailleuses et travailleurs et les effets sur la santé comme la dépression, l'anxiété, l'hypertension et les maladies coronariennes ». Il a été démontré

que les travailleuses et travailleurs qui occupent « des emplois où le niveau de stress est important souffrent de taux plus élevés de diverses maladies que leurs homologues qui occupent des emplois où le niveau de stress est moins élevé ». Pourtant, les provinces n'ont commencé que tout dernièrement à permettre les demandes d'indemnisation fondées sur des maladies chroniques ou le stress mental, du genre de celui créé par les changements survenus dans le secteur des soins de longue durée. En effet, l'Ontario n'a pas tenu compte de cette recherche et a inversé la tendance à la reconnaissance de ce type de maladie professionnelle en restreignant le stress mental prévu dans l'indemnisation des accidentés du travail à « une réaction vive à un événement traumatisant soudain et imprévu qui est survenu du fait et au cours de son emploi »<sup>22</sup> Malgré les faits, ou peut-être à cause de ceux-ci, la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* rejette très explicitement des facteurs comme l'organisation du travail, le contrôle du travail, le soutien aux travailleuses et travailleurs, le stress professionnel ou l'absence de sécurité d'emploi comme risques pour la santé au travail.

Le travailleur n'a droit à aucune prestation pour des motifs de stress si celui-ci est causé par des décisions ou des mesures prises par son employeur à l'égard de son emploi, notamment la décision de modifier le travail à effectuer ou les conditions de travail, la décision de prendre des mesures disciplinaires à l'égard du travailleur ou la décision de le licencier.<sup>23</sup>

Par contre, le Rapport de la Commission royale de la C.-B. de 1999 sur les accidents du travail recommande la reconnaissance de « conditions non physiques découlant de stimuli ou de facteurs de stress non physiques et non traumatisants » et l'indemnisation de ces conditions. Toutefois, ce principe est sévèrement restreint par l'exigence de « preuves claires et convaincantes » à l'effet que ces conditions « sont dues à l'emploi et sont survenues dans le cours de l'emploi »<sup>24</sup> et que

les facteurs de stress qui ont mené à l'incapacité psychologique ne doivent pas être liés uniquement à des processus de travail génériques, comme des questions de relations de travail, des mesures disciplinaires, des démotions, des licenciements, des congédiements ou des mutations, lorsque ceux-ci sont faits de bonne foi et de façon légale et non discriminatoire.<sup>25</sup>

Comme Lippel le souligne, l'accent est mis sur un type précis de preuves difficiles à établir, un lien clair avec l'emploi qui peut être aussi difficile à établir. On élimine certains facteurs pour l'indemnisation, même quand les faits montrent clairement que ce sont souvent des maladies liées au travail.

Même si les règlements en matière d'indemnisation des accidentés du travail sont restés les mêmes dans les deux provinces, les changements survenus dans les soins de longue durée les rendent insuffisants. La Commission des accidents du travail ne peut pas s'occuper des conséquences pour la santé des travailleuses et travailleurs parce que l'Ontario rejette catégoriquement la maladie mentale comme motif de demande. Même si la C.-B. met en œuvre les recommandations de la Commission royale, les possibilités de traiter du genre de problèmes de santé dont la recherche montre qu'ils sont liés au travail sont minces.





---

# Femmes absentes : risques pour la santé au travail

---

Karen Messing présente, dans *One-Eyed Science*, une analyse éloquent et approfondie les deux institutions de la recherche sur la santé des travailleuses que des risques pour la santé sur les lieux de travail des femmes.<sup>26</sup> Elle cerne, dans la recherche, deux problèmes majeurs qui sont pertinents ici. Premièrement, les femmes ont été absentes de la recherche, soit parce qu'elles n'y ont pas participé, soit parce que la recherche qui les inclut n'analyse pas les données selon le sexe. Deuxièmement, lorsque les femmes sont incluses à titre de participantes et dans la description des résultats, l'analyse reconnaît trop peu souvent l'effet de la ségrégation au travail et les conditions particulières de la vie des femmes. Ces problèmes sont particulièrement évidents dans la recherche sur le travail dans le secteur de la santé.

## **Pas de distinction selon le sexe, s'il-vous-plaît ; nous sommes des travailleurs**

Même si les femmes forment maintenant près de la moitié de la main-d'œuvre et qu'elles sont majoritaires dans bon nombre d'occupations, une bonne partie de la recherche sur les dangers professionnels porte sur les hommes. Ce n'est peut-être pas étonnant dans les domaines de la construction et des mines, puisque ce sont les hommes qui dominent dans ces industries. Et il n'est pas vraiment étonnant que les secteurs de la construction, des forces policières et des mines aient fait l'objet de beaucoup d'attention en recherche professionnelle, compte tenu du taux élevé de blessures visibles. Mais souvent, cette recherche reflète et perpétue l'idée que le travail des hommes est dangereux, surtout comparativement à celui des femmes. En outre, la recherche peut fournir la base des politiques gouvernementales dans des domaines comme l'indemnisation des accidents du travail, où seuls les types de blessures fréquentes dans le travail des hommes sont reconnues. Ainsi, les hommes qui se blessent pendant des travaux de construction sont beaucoup plus susceptibles d'être pleinement indemnisés que les femmes qui souffrent de migraines causées par la surcharge de travail et par le stress d'avoir à travailler sans soutien social et à prodiguer des soins de patients mourants. En effet, les maladies chroniques dues à des conditions de travail difficiles dans le secteur de la santé ont peu de chance d'être reconnues et indemnisées.

Mais même en vertu de ces critères, le travail dans le secteur de la santé est clairement dangereux. En 1998, le nombre d'accidents reconnus signalés par la Commission des accidents du travail en Ontario n'a été que légèrement inférieur dans le secteur de la santé par rapport au secteur de la construction. Et en C.-B., le nombre de journées perdues pour blessure a été plus élevé dans le secteur de la santé que dans celui de la construction.<sup>27</sup> Avec différents critères – des critères basés sur le travail des femmes – ce taux aurait sans doute été beaucoup plus élevé.

Bien que l'absence des femmes en tant que sujets dans la recherche sur le travail de construction puisse se comprendre, elle est plus étonnante dans les célèbres études Whitehall qui révélaient, chez les cols blancs, le travail particulièrement stressant et dommageable pour la santé de celles et ceux qui se trouvent au bas de l'échelle et dont le contrôle sur leur travail est le plus faible.<sup>28</sup> Même s'il y a habituellement plus de femmes que d'hommes dans ce secteur, les quelque dix mille fonctionnaires britanniques participant à l'étude étaient tous des hommes. Le défaut d'inclure des femmes dans l'étude peut signifier soit que l'on suppose que les femmes vivent le stress au travail de la même façon que les hommes, soit qu'elles ne vivent aucun stress.

Lorsque l'on inclut des femmes dans les études et que la donnée est divisée selon les sexes, d'importantes similarités et différences émergent. Une analyse des données sur la santé de la population effectuée en 1994-1995 a montré que « plus de femmes signalaient un stress élevé au travail, comparativement aux hommes, et ce dans tous les groupes d'âge et à tous les niveaux de scolarité ».<sup>29</sup> Les femmes disaient avoir moins de contrôle sur leur travail et moins de soutien de leurs collègues de travail que les hommes. Bien que les hommes qui occupaient des emplois administratifs et professionnels signalaient de faibles niveaux de stress, les femmes occupant le même type d'emploi signalaient des niveaux plus élevés de tension au travail et d'exigences physiques.<sup>30</sup> Ces conclusions suggèrent que les données de la recherche effectuée sur des hommes ne peuvent pas être appliquées aux femmes, même dans des catégories professionnelles identiques.

## L'analyse sexospécifique

Bien qu'il soit important d'analyser et de recueillir les données par sexe, cela ne suffit pas à révéler la nature et l'ampleur des dangers qui guettent les femmes au travail. Tant les méthodes utilisées pour recueillir les données que celles utilisées pour analyser les résultats doivent tenir compte des lieux, des perspectives et des besoins particuliers aux femmes. La recherche doit d'abord reconnaître que les femmes et les hommes font un travail différent dans différents lieux de travail et se font souvent une idée différente de leur travail. En outre, ainsi que l'a clairement montré la recherche sur l'évaluation des emplois,<sup>31</sup> les femmes comprennent souvent les mots et les concepts différemment des hommes. Les méthodes d'enquête et de recherche normalisées et élaborées pour des hommes pourraient ne pas voir, ou mal représenter le travail effectué par les femmes. Des préjugés sur les femmes pourraient influencer la structure des questions, la collecte des données et l'analyse des résultats.

Les soins de longue durée fournissent un exemple utile de la nécessité d'une analyse sexospécifique. La santé est un travail de femmes. Plus de quatre personnes sur cinq dans ce secteur de travail sont des femmes, et plus d'une femme sur dix travaille dans le domaine de la santé. La proportion des femmes est encore plus élevée dans les soins de longue durée.<sup>32</sup> En particulier dans les soins de longue durée, beaucoup des compétences et des efforts nécessaires sont semblables à ceux qui sont exigés à la maison et on suppose trop souvent que les femmes font tout simplement ce qu'elles feraient naturellement à la maison. Même si une partie du travail en santé est jugé dangereux pour la santé, beaucoup des conditions et des exigences de travail sont invisibles dans les soins de longue durée, en partie parce que ce travail est vu comme le genre de tâches dont les femmes s'acquittent à la maison.




Une étude récente sur les soins prodigués aux patients atteints de cancer en donne un exemple. La recherche insiste sur le fait que « les médecins, en particulier, ressentent de la tension émotive lorsqu'ils prennent soin des personnes atteintes de cette maladie souvent mortelle ».<sup>33</sup> Le stress que vivent les médecins qui traitent cette maladie semble souvent évident. Pourtant, ce sont surtout les infirmières qui passent le plus de temps avec ceux et celles qui meurent du cancer et qui sont le plus souvent présentes au moment de la mort. Et, dans les établissements de soins de longue durée, presque tous les patients meurent, beaucoup à la suite de longues et douloureuses maladies. Parce que ce sont surtout des femmes qui sont là avec eux chaque jour et parce qu'elles prodiguent des soins du type que l'on associe généralement aux femmes à la maison plutôt qu'à des traitements de haute technologie, leur tension est moins évidente et moins étudiée que celle des hommes.

De même, on peut comparer les exigences incessantes d'un bénéficiaire qui a toujours besoin d'aller aux toilettes, combinées à celles d'un autre qui n'a pas été nourri et d'un troisième qui vient de vous frapper, à une maisonnée pleine d'enfants. Ces soins ne semblent pas générer autant de tension dramatique que les soins aux malades atteints de cancer. Les questions liées au contrôle peuvent également être perçues différemment dans un travail de femme ; on suppose souvent que les femmes n'ont pas le même besoin de contrôler le rythme et la nature de leur travail que les hommes. En effet, les soins infirmiers ont souvent été décrits comme un travail d'amour : un geste de dévouement qui évoque la soumission plutôt que le contrôle. En outre, les femmes qui font ce travail peuvent se sentir obligées de compenser pour les exigences supplémentaires, tant parce qu'elles se sentent responsables des personnes laissées sans soins que parce qu'elles ont appris à un tout jeune âge à assumer ce type de responsabilité.<sup>34</sup> En cours de route, elles peuvent cacher les pressions réelles causées par leur charge de travail, même lorsque leur sentiment d'impuissance menace leur santé.<sup>35</sup>

En outre, bon nombre de manifestations de stress professionnel peuvent être interprétées comme le résultat de la biologie des femmes, ou de leurs responsabilités sociales, ou de leur attitude, plutôt que comme des conséquences de leur travail rémunéré. Par exemple, le fait que le nombre de femmes qui ont un travail rémunéré signalent trois fois plus de migraines que les hommes peut être considéré comme ayant une cause biologique plutôt que professionnelle.<sup>36</sup> De même, le lien étroit qui existe entre le peu de soutien de la part des collègues d'une part, et la détresse psychologique et les risques plus élevés de subir des blessures d'autre part peut être vu tout simplement comme un reflet des besoins sociaux des femmes plutôt que de leurs conditions de travail. Et les niveaux plus élevés de stress au travail signalés par les femmes en couple avec des enfants comparativement à ceux des hommes en couple peuvent être interprétés comme étant liés à leur travail à la maison et, par conséquent, tout à fait indépendants du milieu du travail. En conséquence, il est plus facile de dire que les demandes d'indemnisation des femmes sont personnelles plutôt que professionnelles, et l'on n'accorde que peu d'attention aux conditions de travail et aux répercussions du travail sur la vie familiale.

Les méthodologies élaborées et normalisées en fonction du travail des hommes peuvent aussi sous-estimer ou mal interpréter le travail des femmes. Des questions directes et à choix multiples peuvent passer sous silence plusieurs aspects importants du travail des femmes, d'une part parce qu'elles commencent par des présomptions sur la nature



du travail dans la production de biens ou même d'autres formes de travail dans les services, et d'autre part parce qu'elles utilisent des mots qui ont plus de sens dans des lieux de travail masculins. En outre, dans les enquêtes, c'est le chercheur qui détermine ce qui est important, et celui-ci peut laisser de côté des aspects significatifs dont celles et ceux qui font le travail comprennent qu'ils sont critiques pour leur santé et leur travail.

Ainsi, il y a au moins deux problèmes majeurs de visibilité dans la recherche sur les risques pour la santé dans le secteur des soins de longue durée : l'un est lié au changement des conditions et l'autre au travail majoritairement effectué par des femmes dans les soins de santé. Tous deux sont importants dans la présente étude.



## Méthodologie

Le présent projet a commencé par une étude de la recherche existante et des méthodes de collecte de données liées aux établissements de soins de longue durée et aux femmes qui y travaillent. La documentation de sources universitaire, syndicale et gouvernementale a été examinée. Nous nous sommes particulièrement penchés sur la recherche qui examine les répercussions des réformes mises en œuvre dans ces établissements et sur celle qui reconnaissait le sexe comme une composante majeure de la conception de la recherche.

Le but de l'étude était à double volet. Premièrement, nous avons voulu déterminer l'ampleur des problèmes organisationnels considérés comme des risques pour la santé suite à la transformation des conditions de travail dans les établissements de soins de longue durée. Deuxièmement, nous avons voulu évaluer les méthodes utilisées à la lumière des critiques formulées par les défenseurs d'une analyse sexospécifique

La bibliographie annotée qui en est résulté, imprimée en tant que document distinct, a ensuite fourni la base de l'élaboration d'un cadre d'entrevues. À la suite de notre recherche documentaire, nous nous sommes particulièrement intéressés aux changements liés à l'organisation du travail, à la charge de travail, à la violence et aux relations familiales. Le cadre (annexe I) a été conçu comme un guide pour les entrevues de groupes, un point de départ pour les discussions qui étaient de nature participative et qui permettaient aux membres du groupe de nommer leurs propres préoccupations. Cette approche est basée sur plusieurs suppositions. Premièrement, celles et ceux qui font le travail sont les mieux placées pour décrire de quelle façon, et dans quelles conditions, ce travail est effectué. Deuxièmement, les discussions de groupe permettent aux personnes de stimuler leur réflexion, tout en faisant en sorte que les opinions présentées aient un lien avec d'autres travailleuses et travailleurs et représentent des expériences communes. Toutefois, les discussions de groupe peuvent aussi limiter le champ des questions. Parce qu'il s'agissait de discussions de groupe, nous avons décidé de ne pas soulever de questions dans ces groupes mixtes sur leur capacité de reproduction, ni sur le harcèlement sexuel, quoi que, en rétrospective, il aurait peut-être été souhaitable de le faire à la fin des sessions.<sup>38</sup>

Organisées avec l'aide du Syndicat canadien de la fonction publique et de sa division de la santé de la C.-B., le Syndicat des employées et employés d'hôpitaux, les entrevues de groupe ont inclus 40 participantes et participants au total et ont duré entre deux et quatre heures. Ces entrevues ont été enregistrées et transcrites, et des formulaires de consentement ont été signés. De plus, 40 autres soignantes et soignants ont participé à une discussion de deux heures qui a suivi un bref exposé de Pat Armstrong expliquant les questions suggérées par la recherche. Erin Connell, une étudiante en maîtrise qui faisait partie de l'équipe de recherche, a pris des notes détaillées de cette session. Tous les participants et participantes ont été informés du processus et ont accepté verbalement de participer; bien que des formulaires de consentement n'aient pas été exigés. Cette séance nous a permis d'explorer les idées soulevées dans les groupes plus restreints, idées qui ont été soit confirmées, soit contestées, et d'ajouter d'autres questions émanant des discussions de groupe.

Comme pour les entrevues de groupe, tous les participants et participantes sont des syndiqués qui ont accepté de faire partie de la recherche. Même si cela signifie que seuls des établissements syndiqués ont été inclus dans la recherche, il faut souligner que le taux de syndicalisation est très élevé dans ce secteur. Et même si les participantes et participants ont été recrutés par le syndicat, ils n'étaient pas nécessairement des militantes et militants syndicaux et le personnel syndical qui a fait le recrutement n'était pas présent aux entrevues. Les entrevues ont eu lieu à divers endroits, notamment dans les bureaux des syndicats, dans des salles de conférences et aux domiciles des participantes et participants. Ceux-ci pouvaient mettre fin à l'entrevue en tout temps, mais aucun ne l'a fait. En fait, beaucoup auraient aimé poursuivre la conversation longtemps après la fin du temps prévu.

Le but des entrevues était de demander aux participantes et participants de nommer les problèmes de santé pour les femmes, problèmes créés ou exacerbés par les changements survenus dans les établissements de soins de longue durée. Par conséquent, il était important d'inclure tous les types d'établissements. Les participantes et participants venaient d'établissements petits et grands, ruraux et urbains, publics, privés à but lucratif et sans but lucratif. La plupart étaient des femmes, quoi qu'un certain nombre d'hommes aient été inclus afin que les groupes reflètent la véritable composition de la main-d'œuvre dans les établissements de soins de longue durée. Tous les participants et participantes comptaient au moins cinq ans d'expérience dans des établissements de soins de longue durée et la plupart en avaient plus de dix, une caractéristique importante compte tenu du fait que l'étude portait sur les effets des réformes.

Les personnes impliquées étaient des auxiliaires de soins, des préposées et préposés aux bénéficiaires, des aides-physiothérapeutes, des travailleuses et travailleurs de buanderie, des cuisinières et cuisiniers, des hommes et femmes de ménage, des travailleuses et travailleurs de soutien personnel et des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés\*. En somme, l'ensemble des soignantes et soignants dans les établissements de soins de longue durée étaient représentés, à l'exception des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Les infirmières et infirmiers représentent une faible minorité des employées et employés des établissements de soins de longue durée et ne sont pas, pour la plupart, membres du

---

\* En Ontario, l'expression est « Registered Nursing Assistant » et en C.-B., on utilise « Licenced Practical Nurse », ce qui équivalait à « Infirmière auxiliaire autorisée ».

Syndicat canadien de la fonction publique. Les préoccupations des infirmières et infirmiers sont évidemment importantes et peuvent différer à certains égards parce qu'ils et elles sont près du sommet de la hiérarchie dans les soins de longue durée. Il faudrait entreprendre une autre recherche pour révéler la mesure dans laquelle elles et ils partagent des problèmes avec les travailleuses et travailleurs interrogés ici.

L'analyse de ces entrevues, présentée dans la section qui suit, forme la base des conseils d'orientation stratégique présentés dans les conclusions. Avant de préparer la version finale, nous sommes retournés parler à certains soignants et soignantes pour savoir si nous avons omis certains aspects, ce que, selon eux, nous avons compris correctement et ce que nous avons mal interprété. Comme pour la bibliographie, le but de l'analyse est double : cerner les problèmes et les méthodes non seulement à des fins de recherche universitaire, mais aussi pour mieux connaître les pratiques en matière d'indemnisation des accidents du travail et d'élaboration de mesures gouvernementales.



## Cerner les problèmes de santé

### La charge de travail

Depuis longtemps, les travaux de recherche reconnaissent que la charge de travail est un problème de santé.<sup>39</sup> Toutefois, l'augmentation de la charge de travail dans le domaine de la santé est souvent moins visible que dans le secteur de la production de biens ou dans beaucoup d'autres formes de prestation de services.<sup>40</sup> Ce manque de visibilité est lié, en partie du moins, au fait que les femmes sont majoritaires dans le travail en santé et à l'association historique de ce type de travail à la nature des femmes. Les compétences et l'effort exigés dans le travail de prestation de soins sont souvent difficiles à percevoir et encore plus difficiles à mesurer avec les techniques habituellement utilisées, surtout parce que le travail en soins est associé au travail domestique. L'augmentation de la charge de travail peut aussi être moins visible parce qu'elle se produit lentement, ce qui permet aux personnes de s'y adapter, et parce qu'elle se produit de multiples petites façons plutôt que de manière soudaine, comme dans les processus de production. Les femmes peuvent aussi travailler très fort à compenser le déficit en soins parce qu'elles veulent éviter que les patients souffrent. Ainsi, tant l'augmentation de la charge de travail que ses conséquences peuvent être omises dans les calculs officiels relatifs à la santé au travail.

#### **Augmentation par la modification des ratios personnel-patients.**

La forme la plus évidente d'augmentation de la charge de travail, et que toutes les personnes interrogées ont mentionnée, est la réduction du ratio personnel-patients. Même si tous ceux et celles qui ont participé à cette étude ont signalé une augmentation de la charge de travail, l'ampleur de l'augmentation variait considérablement, tant à l'intérieur des provinces qu'entre celles-ci. Il y avait toutefois consensus général sur le fait que la

charge de travail augmentait moins dans les lieux de travail sans but lucratif, et les évaluations de l'augmentation étaient systématiquement plus élevées en Ontario qu'en C.-B.

L'apparence de plus grandes réductions de personnel en Ontario n'est pas étonnante, compte tenu du fait que le gouvernement provincial a éliminé le règlement exigeant un minimum de 2,5 heures de soins par jour par patient. Selon celles et ceux que nous avons interrogés, les établissements de soins de longue durée ont tiré profit de cette réduction de la « bureaucratie » pour accroître de façon significative le nombre de patients dont doit s'occuper chaque préposée ou préposé aux soins. Par exemple, une auxiliaire de soins était auparavant responsable de cinq bénéficiaires au cours de son équipe de quatre heures, mais elle doit maintenant s'occuper de dix bénéficiaires dans le même laps de temps.

Et il ne suffit pas de les habiller. Il faut arriver le matin, les aider à se lever, leur donner à déjeuner et faire leur toilette pour la journée avant de retourner à la maison.

Pour avoir 40 heures de travail, ces préposées et préposés doivent effectuer 10 périodes de quatre heures en sept jours. Une autre auxiliaire a dit qu'après 20 h 30, ils ne sont que cinq pour s'occuper de 46 bénéficiaires, et un autre décrivait comment ils installent des condoms collecteurs aux bénéficiaires mâles le soir parce qu'ils ne sont que quatre préposées et préposés pour 75 bénéficiaires. Ce ne sont pas seulement les équipes de nuit ou les équipes de courte durée qui ont été touchées. S'ils nous redonnaient les 2,5 heures par jour. Nous avons perdu deux personnes pendant la journée. Avant, nous en avions 12 sur l'étage. Maintenant, nous en avons 10. Et ces deux personnes, une à chaque bout, font toute une différence.

En C.-B., la réduction du personnel peut se faire par l'élimination de catégories de tâches complètes, comme celle de faire les lits. L'augmentation de la charge de travail a des conséquences, selon une auxiliaire de l'Ontario. « Alors les gens s'épuisent. Les gens tombent malades. » En C.-B., plusieurs infirmières auxiliaires autorisées ont dit : « Je suis en congé de stress pour trois mois à cause de cela, parce que j'en ai assez. »

### **Augmentation due au non-remplacement du personnel absent**

La charge de travail augmente aussi lorsque le personnel malade ou absent n'est pas remplacé. En C.-B., lorsque les préposées ou préposés accompagnent les malades à un rendez-vous chez le médecin, il n'y a personne pour les remplacer sur l'étage. Un établissement ontarien a effectué 57 périodes de travail avec du personnel en moins au cours du seul mois de juillet. « S'il manque de personnel, ils n'appellent personne. Ou encore, si deux personnes ont appelé [pour dire qu'elles étaient malades], ils paient une personne au taux majoré de moitié, mais pas deux. » Ces préposées et préposés lient directement la pénurie de personnel aux pressions exercées pour faire du profit dans cet établissement à but lucratif. L'un des résultats, disent-ils, c'est le « nombre trop élevé de

blessures », des blessures qui attirent parfois l'attention à cause des amendes que doivent payer les employeurs aux programmes d'indemnisation des accidents du travail. Ainsi que l'ont dit plusieurs travailleuses et travailleurs :

Nous avons plusieurs personnes en congé pour accident de travail. Ils ne semblent pas se rendre compte que plus vous travaillez en pénurie de personnel, plus les gens tombent malades ou ont mal dans le dos.

### **Augmentation due à une pénurie de préposées et préposés aux soins**

Même si l'employeur est prêt à appeler du personnel occasionnel ou à temps partiel pour remplacer des travailleuses ou travailleurs absents, rien ne garantit qu'il trouvera des soignantes et soignants qui veulent et qui peuvent travailler. Celles et ceux qui ont été interrogés suggéraient des raisons pour expliquer cette pénurie. Premièrement, les travailleuses et travailleurs à temps plein sont beaucoup trop épuisés par l'augmentation de leur charge de travail ou tout simplement de leur travail normal pour accepter du travail supplémentaire. Deuxièmement, les employées et employés occasionnels ou à temps partiel cumulent déjà deux ou trois emplois et n'ont ni le temps, ni l'énergie d'aider à boucher les trous. Et troisièmement, les autres qui ne sont pas employés à plein temps sont en congé de maladie ou sont trop « écoeurés » pour poursuivre leur carrière en soins.

### **Augmentation due aux remplacements non préparés**

De l'avis des travailleuses et travailleurs ontariens, les programmes conçus pour combler les écarts ne sont pas tous utiles. Selon une participante, les nouvelles politiques gouvernementales poussent les gens à s'engager dans un travail de prestation de soins.

Nous avons des gens qui ne devraient pas faire ce travail. Je blâme le gouvernement parce que les cours d'aide-soignante et de travailleuses et travailleurs des services personnels sont couverts par les allocations familiales et l'assurance-emploi... Et si vous n'avez pas de place dans le cours d'informatique, « eh bien, on vous met dans le cours d'aide-soignante ». Et beaucoup ne sont pas faites pour ça.

Une autre ajoute : « Certaines pensaient qu'elles seraient comme des dames de compagnie. Il y en a beaucoup comme ça. »

Les personnes interviewées en Ontario ont également souligné que les programmes de travail obligatoire peuvent causer des problèmes. Forcés d'accepter un travail pour être admissibles à l'aide sociale, les participantes et participants aux programmes de travail obligatoire n'ont souvent pas les aptitudes voulues pour dispenser des soins de santé. Même si le gouvernement semble présumer que n'importe quelle femme peut faire ce travail, celles qui le font disent qu'il faut vraiment vouloir prendre soin des gens pour acquérir les compétences et le dynamisme nécessaires pour fournir de bons soins. Beaucoup de celles et ceux qui sont là parce qu'ils y sont obligés « repartent en pleurant après la première journée. »



### **Augmentation due au recours aux employées et employés occasionnels et à temps partiel**

Celles et ceux qui sont appelés en remplacement peuvent aussi moins bien connaître le lieu de travail et les patients. Ces substituts donnent souvent plus de travail aux employées et employés réguliers, qui doivent apprendre le travail à ces recrues temporaires et les superviser.

C'est un stress de plus, parce qu'il faut veiller à ce que les bénéficiaires reçoivent les soins dont ils ont besoin, et si vous travaillez avec quelqu'un, vous savez, qui n'est pas entièrement compétent dans ce domaine, il faut souvent passer par derrière et vérifier, ce que vous n'aimez pas faire parce que vous êtes censé être capable de travailler avec cette personne. Et il y a parfois des confrontations sur l'étagé, lorsque je dis à une personne qu'elle n'a pas fait quelque chose comme il faut. « Pourquoi me dis-tu ça ? Ça fait assez longtemps que je suis ici. » « Eh bien, tu es une occasionnelle, tu n'as pas travaillé tant que ça. » J'essaie seulement de l'expliquer et ça ajoute beaucoup de stress.

Le recours à ces travailleuses et travailleurs temporaires peut être perturbateur pour le travail d'équipe, un travail qui est le résultat de nombreuses années de travail ensemble. En outre, de nouveaux visages peuvent perturber les bénéficiaires et ainsi créer plus de travail.

Tant les employées et employés de la C.-B. que ceux d'Ontario ont mentionné le recours de plus en plus fréquent à la main-d'œuvre occasionnelle et à temps partiel, même pour du travail quotidien ordinaire. En effet, des employées et employés d'un foyer à but lucratif d'Ontario disent que seuls des employées et employés à temps partiel sont embauchés maintenant.

### **Augmentation due aux besoins croissants des patients**

Une cause moins évidente de l'augmentation de la charge de travail est le changement de définition des niveaux de soins et des personnes admises aux soins résidentiels. Dans les deux provinces, une réduction importante du nombre de lits de soins actifs signifie que plusieurs personnes autrefois admises dans un hôpital se retrouvent maintenant dans des établissements de soins de longue durée. Les bénéficiaires qui ont des problèmes de santé aigus ne peuvent plus compter sur des soins à l'hôpital. Un participant a expliqué ce qui suit :

Les hôpitaux ne gardent pas les personnes qui devraient être à l'hôpital. L'autre jour, un patient nous a été renvoyé au foyer de soins directement des soins intensifs.



Selon une autre, « nous avons aussi des patients que l'infirmière envoie par ambulance à l'hôpital et qui nous est immédiatement retourné ». En conséquence, les établissements de soins de longue durée assurent maintenant beaucoup plus que ce qui, il n'y a pas si longtemps, était considéré comme des soins actifs. Maintenant, les patients ont des cathéters et des colostomies, des masques à oxygène et des IV. « Avant, nous n'avions rien de tout cela. Ils n'avaient pas le droit de nous les envoyer ». Mais maintenant, des soins de cette complexité sont dispensés par les mêmes personnes qui fournissaient des soins de longue durée, des soins que l'on décrivait souvent comme des soins de gardiennage.

L'importance nouvelle accordée aux soins à domicile signifie aussi qu'il est plus difficile d'être admis dans des établissements de soins de longue durée. En conséquence, celles et ceux qui sont admis exigent des soins plus aigus.

Les gens restent à la maison plus longtemps. Lorsqu'ils nous arrivent, ils sont en état de démence ou ont besoin de soins chroniques. Nous avons très rarement ce que nous appelons des bénéficiaires plus autonomes. Même nos bénéficiaires plus autonomes sont ce que nous aurions appelé avant les bénéficiaires à faibles soins chroniques.

Ce passage aux patients chroniques et séniles est évident dans les deux provinces. De plus en plus d'établissements de soins de longue durée ont des unités verrouillées pour les patients psychogériatriques ou fournissent les soins sur des étages non verrouillés. L'augmentation du nombre de ces patients change le travail de façon majeure, comme en fait foi l'échange qui suit.

C : Je dois dire que je trouve les soins de longue durée plus faciles que ceux qui sont atteints de démence [ah oui, intervient une autre aide] parce que, je veux dire, vous les préparez à se coucher, vous tournez le dos un instant et ils sont habillés ou dans le lit d'un autre, et c'est très, très – eh bien, épuisant.

A : C'est épuisant.

C : C'est parce que vous les préparez, puis vous vous tournez, et ils sont dans la chambre de quelqu'un d'autre, ou ils réveillent un autre patient. Alors qu'en soins de longue durée, vous les préparez, vous les mettez au lit et ils y restent.

A : Et ils y restent. Alors personnellement, je ne trouve pas cela aussi difficile.

Toutes les personnes interrogées ont donné des exemples des soins exigés pour les patients psychiatriques qui se retrouvent de plus en plus dans les établissements de soins de longue durée.

Nous en avons qui sont comme des enfants. C'est comme s'occuper d'un enfant de quatre ans. Comme [une bénéficiaire], elle lance des choses, et crie et hurle vraiment fort, et vous donne des coups, et dit qu'elle vous déteste et vous tire la langue.

### **Augmentation due à la composition différente de la clientèle**

Cette tendance signifie également « qu'il y a beaucoup d'hommes ». « Avant, c'était l'inverse. Il y avait moins d'hommes. C'était presque seulement des femmes ». « Sur l'étage verrouillé, il y a presque uniquement des hommes ». « Il y avait des petites vieilles ; c'était des grand-mamans de soins intermédiaires » qui nécessitaient des niveaux de support dont on juge qu'ils sont maintenant correctement fournis par des « aides à domicile ». Les hommes sont plus forts, plus lourds et plus difficiles à soigner pour les femmes qui s'en occupent, ce qui ajoute encore à la charge de travail. L'augmentation de ce type a été particulièrement évidente en Ontario, où de nombreux établissements de soins chroniques et psychiatriques ont été fermés.

Les patients nécessitaient non seulement plus de soins chroniques et psychogériatriques, mais aussi leur âge varie plus et ils souffrent d'une plus grande variété de problèmes de santé. En C.-B., les soignantes et soignants signalent que « nous recevons des patients plus jeunes » et un plus grand nombre d'entre eux souffrent de toxicomanie. En Ontario,

avec l'élimination d'un grand nombre de programmes pour personnes plus jeunes, nous avons essayé de les intégrer...C'est très difficile. C'est comme avoir un seul programme, tout en dédoublant les activités parce qu'ils n'ont pas les mêmes intérêts. Ils n'ont rien en commun, outre le fait qu'ils ont besoin de soins spéciaux. Et nous avons même les personnes qui ont un retard de développement parce qu'ils essaient de les intégrer au programme d'Alzheimer et c'est encore plus difficile à gérer, disons, que des personnes plus autonomes qui n'ont aucun intérêt commun, parce qu'au moins ils peuvent comprendre les différences. Vous avez des personnes atteintes d'Alzheimer qui essaient de comprendre le comportement des personnes atteintes de retard de développement, et ces dernières qui essaient de comprendre que l'autre a un problème, ou qu'elles-mêmes ont un problème. Cela crée un risque un peu plus élevé. Il peut se produire plus de débordements. Vous êtes dans une position difficile parce que vous pourriez constamment être en train de séparer des personnes s'il se passe quelque chose...surtout à l'heure du midi...quand ils sont fatigués et que leur tolérance est moindre, alors vous devez commencer à les séparer parce que la personne âgée court plus de risques physiquement. Et elles peuvent plus facilement être renversées.

Les soignantes et soignants de la C.-B. suggèrent que le stress pourrait être réduit, tant pour les travailleuses et travailleurs que pour les bénéficiaires, si le « personnel était plus nombreux et que les bénéficiaires étaient mieux regroupés », par exemple « les cas de démence ensemble, et les cas d'Alzheimer ensemble ».

## **Augmentation due aux nouvelles formules d'évaluation des besoins en matière de soins**

Le genre de soins nécessaires pour cette clientèle plus hétérogène et plus dépendante a aussi été redéfini et recalculé. Dans un établissement ontarien, « des vérificateurs viennent et examinent les dossiers des bénéficiaires, et évaluent chaque bénéficiaire en fonction du niveau de soin dont il ou elle a besoin. Notre ICC [indice de composition de la clientèle] a diminué de 7 %, ce qui équivaut à 225 000 \$ ». L'employeur a réagi en réduisant le nombre de personnes soignantes. En plus du problème posé par le fait que ce sont des comptables qui évaluent les besoins en matière de soins, ces aides et IAA trouvaient qu'il était même problématique que ce soient des infirmières qui fassent les calculs, lorsque tant les formules utilisées pour évaluer les besoins que le moment de l'évaluation entraînent une sous-estimation de ces besoins. « Par le temps qu'ils ont fini d'évaluer, ça s'applique à l'an dernier...alors vous composez avec les besoins de l'an dernier dans la réalité d'aujourd'hui ...Et, en général, nos bénéficiaires ne s'améliorent pas ». De plus, dans les dossiers, on ne consigne pas toujours des comportements qui justifieraient des soins plus compliqués. Par exemple, « nous avons des gens qui frappent tout le temps, alors pour eux c'est la norme, et nous ne le consignons pas ». Noter chaque incident serait une perte de temps. À moins que les coups consignés ou autre comportement ne peuvent pas être inclus dans les formules d'évaluation des besoins. Aussi, les catégories de soins ont-elles été redéfinies de manières qui sous-estiment les besoins.

Avant, les patients autonomes étaient ceux qui pouvaient s'occuper d'eux-mêmes. Maintenant, on considère autonomes les patients qui ont quand même besoin d'aide pour s'habiller et pour se raser. Si vous n'avez pas à répondre à une cloche, ils sont autonomes, même s'ils ont besoin d'aide pour passer du fauteuil à la toilette.

## **L'augmentation de la charge de travail a des conséquences pour la santé**

Les conséquences de cette augmentation de la charge de travail sont multiples, mais souvent, les employeurs ou les services officiels de cueillette de données ne les reconnaissent pas. Selon les soignantes et soignants, il en résulte un « trop grand nombre de blessures », des blessures dont on s'aperçoit dans un moins un cas, plus à cause des amendes que doit payer l'employeur à la Commission des accidents du travail.

Nous avons eu beaucoup de personnes en accidents du travail. Ils ne semblent pas se rendre compte que plus vous travaillez en pénurie de personnel, plus il y a de personnes qui tombent malades ou qui ont des maux de dos.

Les soignantes et soignants s'efforcent de compenser la réduction du temps accordé aux soins, ce qui occulte souvent l'impact global de l'augmentation de la cadence.

Beaucoup de personnes s'en veulent, parce qu'elles sont habituées de partir à la fin de leur période de travail quand tout est fait. Alors elles travaillent trois fois plus vite, ou trois fois plus dur pour



que tout soit fait. Et elles veulent la même qualité. Mais maintenant, il n'y a pas assez de temps, et il n'y a pas assez de personnel pour le faire.

Une IAA a demandé

Quelle productivité obtiennent-ils vraiment de nous à ce niveau ? Probablement pas beaucoup. [Il serait] sans doute plus efficace d'engager plus de personnel et la productivité de tout le monde augmenterait, alors que de cette façon, après tant d'heures, avez-vous vraiment une valeur quelconque ? Est-ce que vous produisez ? Vous pouvez à peine prendre soin de vous-même, alors comment pouvez-vous prodiguer des soins de qualité ?

La charge de travail n'est pas le seul problème. Lorsque les travailleuses et travailleurs contrôlent leur travail et ont l'impression d'accomplir quelque chose par un travail bien fait, la charge de travail peut ne pas représenter en soi un problème de santé. Ainsi que l'explique une travailleuse à temps partiel, qui est aussi agricultrice,

Ça n'a pas vraiment d'importance...c'est comme moi et l'agriculture. Je peux travailler de 8 heures [le matin] à 9 heures du soir quand il fait noir. Et je m'assois et je dis « ouf, ça c'était une bonne journée ». Ce n'est pas la même chose.

La charge de travail ne pose pas le même problème lorsqu'elle est associée à d'autres pressions, comme le manque de contrôle et la peur de perdre son emploi. La charge de travail qui augmente de multiples façons, dans un contexte qui laisse peu de choix aux personnes soignantes, peut nuire à la santé.

## Formation

### **Le manque de formation pour répondre aux nouveaux besoins des patients**

La formation est aussi reconnue comme une question de santé, du moins dans la recherche.<sup>41</sup> Comme la charge de travail, toutefois, le manque de formation peut être moins évident dans le domaine des soins de santé parce que les compétences nécessaires sont souvent invisibles, étant donné qu'elles sont associées depuis si longtemps aux femmes qui font le travail. Prodiger des soins, nourrir, donner le bain, changer, nettoyer et faire la toilette peuvent être vus comme des tâches non spécialisées, que n'importe quelle femme peut faire. De même, les changements de structure organisationnelle dans les soins de santé entraînent des changements moins évidents dans les exigences relatives aux compétences des personnes soignantes que dans la majeure partie du secteur de la production de biens. La réorganisation d'une chaîne de montage est plus susceptible de soulever des questions claires sur les exigences relatives aux travailleuses et travailleurs. Pourtant, les patients en psychiatrie exigent des compétences différentes de celles dont ont besoin les « grand-mamans de soins intermédiaires », tout comme les patients qui arrivent des soins intensifs.

Ce qui est clair, c'est que la formation n'a pas été une priorité jusqu'à maintenant, malgré les changements majeurs qui se sont produits dans la clientèle des soins de longue durée. Nombre de personnes soignantes font des commentaires très semblables à celui-ci, d'une aide-infirmière de la C.-B.

Nous avons beaucoup de [patients en état de démence] ce qui commence vraiment à me perturber parce qu'aucune d'entre nous n'a vraiment la formation voulue pour prendre soin de personnes qui sortent des [soins psychiatriques].

Le groupe a ensuite expliqué que la seule formation qu'elles avaient reçue était une séance de 40 minutes sur la façon de « se libérer des prises ».

C'est la seule formation que nous ayons eue. Elle nous l'a répété, mais quand même, si quelqu'un arrive par derrière et vous attrape par les cheveux... On a reçu une formation il y a 10 dix ans ? Il me semble qu'il devrait y avoir une mise à jour.

Une personne soignante d'Ontario a résumé la situation en ces mots : « pas de formation, pas de personnel. » Elle a poursuivi en disant que « si vous voulez une formation, vous pouvez aller la chercher vous-même, ou vous pouvez la demander » mais, de toute façon, les employées et employés perdent des heures de salaire et le coût des cours. Lorsqu'on leur a demandé quelle formation elles avaient reçu pour les colostomies, la réponse a été « la seule formation que nous ayons eue, ce sont les conseils d'une autre auxiliaire en soins de santé. » Et des IAA qui avaient déjà reçu une formation pour ce type de travail trouvent que leurs compétences sont un peu rouillées par manque de pratique et sont rendues désuètes à cause des nouvelles technologies. Plusieurs disaient qu'avant, les employeurs « assumaient le coût des cours », mais cette époque est bien révolue. Sans formation, les personnes soignantes pourraient mettre leur propre santé en péril, ainsi que celle des bénéficiaires, dont beaucoup doivent recevoir des soins compliqués.

### **Une formation qui ne correspond pas à l'actuelle organisation du travail**

Plusieurs personnes soignantes ont aussi soulevé des questions sur la nature de la formation offerte. À leur avis, cette formation ne prépare pas correctement les personnes aux conditions actuelles. Dans les programmes scolaires, les élèves « doivent s'occuper d'une personne chacun » comparativement à « 10 ou 12 bénéficiaires comme dans la vraie vie ». Les délais serrés et les compressions budgétaires ne laissent qu'un minimum de temps pour chaque tâche. « Si vous deviez faire tout ce que vous apprenez pendant le cours, comme un bain à l'éponge au lit, ma foi, vous en auriez pour une heure ». Et vous n'avez plus une heure pour donner des bains au lit.

Comme l'a dit une aide-infirmière, « même avec une formation, c'est un peu comme pour les personnes atteintes d'Alzheimer. Tout ce que vous apprenez, ce sont diverses choses que vous ne faites pas vraiment dans les vrais soins ». Une partie du problème vient du fait que chaque tâche est enseignée comme une fonction distincte, alors que dans la vraie vie, les gens arrivent avec un ensemble complexe de problèmes. « Vous n'avez pas

40 activités qui se déroulent en même temps » pendant la formation, mais c'est souvent le cas dans les soins de longue durée. Un autre problème vient de la réduction du personnel, combinée à une augmentation des besoins des patients. Ils apprennent que « c'est difficilement faisable au travail » et cela aussi peut mener à la frustration chez celles et ceux qui suivent la formation et les autres aussi. « Une dame pleurait la semaine dernière. Elle ne pouvait pas le supporter et elle n'était là que comme étudiante ». Il y a peu d'occasions d'utiliser les compétences acquises grâce à l'éducation et à l'expérience. « Le risque d'épuisement professionnel est plus élevé et vous éprouvez un sentiment de frustration parce que vous ne pouvez pas utiliser vos connaissances... Nous reculons au lieu d'avancer. »

Mais une aide convenait que

nous devons apprendre à changer la formation, parce que nous formons encore des personnes qui pensent qu'elles s'occuperont de deux bénéficiaires par jour. Elles arrivent dans nos établissements et je ne sais pas où elles trouveront des endroits où il y a une auxiliaire pour deux bénéficiaires.

Un autre suggère « peut-être exigent-ils qu'il y ait plus de personnel ». Aucune solution ne semble envisageable pour l'instant.

Les personnes interrogées n'avaient pas toutes un regard négatif sur la formation. Une IAA qui travaille dans un établissement municipal a donné l'exemple positif qui suit.

Avec une de nos bénéficiaires qui avait des problèmes psychiatriques, nous avons fait venir une équipe, un psychiatre et deux de ses adjoints. Et ils ont interviewé la patiente et nous pour voir comment ils pouvaient l'aider. Elle a refusé toute aide. Alors nous avons eu une réunion interne et ils nous ont montré quoi faire pour ce trouble de personnalité particulier pour que nous ayons au moins une idée de l'approche à suivre ... Cela nous a au moins donné un point de départ... de savoir ceci et cela. Et ça nous a vraiment aidé... Alors si vous avez un peu de soutien... Notre établissement a été plutôt coopératif en ce qui a trait à l'aide extérieure quand la direction jugeait que nous avions fait tout ce que nous pouvions et que nous ne trouvions pas de réponses.

Même le soutien occasionnel d'experts « peut vous aider » et peut réduire le niveau de frustration lié aux nouvelles exigences. Pour cette personne soignante, la formation tombe dans une catégorie évidente. « C'est une question de santé et de sécurité » mais qui pourrait ne pas être abordée. Les nouveaux patients et une nouvelle organisation du travail entraînent de nouvelles exigences en matière de compétences, mais beaucoup de celles et ceux qui ont été interrogés ont eu l'occasion d'apprendre formellement les nouvelles compétences ou d'utiliser ce qu'ils avaient appris, tant au travail qu'à l'école.

## Les équipes et les horaires

Le travail par équipe, qui est la norme dans le milieu de la santé, comporte d'évidentes conséquences pour la santé. Mais les répercussions de l'affectation à certains domaines particuliers, inhérente à l'établissement des horaires, et les problèmes créés par le manque de choix dans l'affectation des équipes sont moins évidents. De nouveaux problèmes surgissent avec le changement du profil de la clientèle.

L'affectation aux étages verrouillés ou aux patients atteints de démence est particulièrement épuisante. Un établissement de la Colombie-Britannique a commencé à affecter des soignantes et soignants en permanence à ces étages afin que les patients « voient toujours les mêmes visages ». Dans un établissement de l'Ontario, « ils l'ont transformé en unité ». Cela signifie que les soignantes et soignants « font une équipe, une seule équipe, et une seule unité ». Il n'y a pas de mouvement, comme dans le cas de la Colombie-Britannique, d'un secteur à un autre. « Si vous voulez échanger une équipe avec quelqu'un, vous devez demander d'abord à tous ceux et celles qui font partie de l'unité ». Selon ces travailleuses et travailleurs, cette stratégie est problématique parce que la charge de travail est devenue très lourde et parce qu'un nombre beaucoup plus grand de bénéficiaires sont des patients atteints de problèmes psychiatriques. L'affectation continue à un seul groupe de patients est trop stressante. Les travailleuses et travailleurs de la C.-B. ont dit qu'ils étaient « épuisés parce que nous ne pouvons pas nous occuper de ce type de patient deux semaines de suite ». Par exemple, « il y a des gens qui vous demandent quinze fois l'heure, ou à quelle heure le déjeuner sera servi... parce que, bien sûr, ils ne s'en souviennent pas d'une fois à l'autre ». Dans un autre établissement,

au cours d'une rotation de 8 semaines, j'ai été sur cet étage verrouillé pendant 6 semaines. C'est long lorsque vous êtes enfermé sur cet étage avec ces patients. Et... je crois que j'ai été la première à dire « je n'en peux plus. Assez, c'est assez ». Je veux dire, c'est dangereux. Je veux dire, ce n'est pas sécuritaire. Ce n'est pas sain.

Ce n'est pas seulement l'affectation constante à l'étage verrouillé qui est problématique. Il peut être épuisant d'être affecté à n'importe quel étage pendant une longue période, compte tenu de la nouvelle charge de travail et des nouveaux types de bénéficiaires. « Si vous avez quelqu'un dont il est vraiment difficile de s'occuper, vous l'avez quand même à chaque équipe ». Les soignantes et soignants se plaignent qu'ils « sortent de là fatigués et épuisés ». Après six semaines sur le même étage, une IAA dit « que les bénéficiaires devenaient impatients avec le personnel beaucoup plus rapidement ». Une autre a dit être « plus fatiguée, stressée, épuisée après deux semaines au même endroit ». Parce que « nous avons grogné et crié », les équipes sont passées à une rotation d'une semaine, et les personnes interrogées ont trouvé les équipes beaucoup moins épuisantes que les affectations à un seul étage difficile pendant de longues périodes.

Les pénuries de personnel créent aussi des problèmes d'horaires qui peuvent avoir un effet sur la santé. Les soignantes et soignants des deux provinces ont dit que les gens subissaient des pressions, ou étaient même forcés de faire des périodes supplémentaires et de travailler selon des horaires bizarres conçus pour combler les trous. L'absence de



choix peut aussi exacerber la situation. « Nous devons accepter n'importe quoi comme horaire de travail. La seule chose qu'ils sont obligés de vous accorder, c'est un congé d'un week-end chaque deux semaines. Vous devez accepter n'importe quelle affectation ».

## **Le contrôle et le droit de se préoccuper du bien-être des patients**

Une bonne partie de la recherche démontrant qu'une absence de contrôle sur les processus de travail peut avoir des répercussions significatives sur la santé a été menée surtout sur des hommes et sur des domaines de travail à prédominance masculine. Les célèbres études Whitehall ont révélé que ceux dont la santé est la plus menacée sont ceux qui se trouvent au bas de la hiérarchie et qui ont le moins de contrôle sur leur travail. Mais, ainsi que Patricia Kaufert le souligne si éloquemment, les 10 000 fonctionnaires qui ont participé à l'étude étaient tous des hommes. Pourtant, il y a des dizaines d'années, Patricia Marchak a clairement démontré que les femmes qui occupent des emplois à prédominance féminine ont moins de contrôle sur leur travail que les hommes. Même s'il y a eu de la recherche dans ce domaine dernièrement, le peu d'attention accordée, dans la recherche sur la santé, au contrôle exercé par les femmes sur leur travail pourrait être dû aux idées préconçues sur la passivité féminine. Dans les soins de longue durée, l'importance accordée au contrôle peut sembler incompatible avec l'attention accordée aux soins. Mais pour celles et ceux que nous avons interviewés, il était essentiel de contrôler leur travail, tant pour leur santé que pour celle des bénéficiaires.

### **Réduction du contrôle par manque de temps**

En réponse à une question directe sur la possibilité de prendre des décisions sur ce que vous faites et sur la façon dont vous le faites, la plupart des personnes interrogées ont répondu à peu près ceci : « Dans votre aile, vous choisissez les bénéficiaires dont vous vous occuperez et ainsi de suite. Il faut que votre travail soit fait à la fin de la journée. »

Mais il est devenu très clair, dans les réponses aux questions subséquentes, que ce contrôle des soins personnels est de plus en plus limité, tant à cause des compressions de personnel que par de nouvelles règles. C'est particulièrement vrai pour ce qu'ils considéraient comme le droit de prodiguer les soins dont les gens ont besoin.

Lorsque j'ai commencé à travailler, il était possible de parler à beaucoup plus de gens. [Ouais, dit une autre.] Vous pouviez aller travailler et jaser avec les patients. Vous aviez beaucoup de choses en commun avec eux.

Tous les participants et participantes ont donné une version ou une autre de ce qui suit. Écoutez ce qu'ont à dire plusieurs aides de la C.-B.

B : Je pense que l'un des plus grands problèmes, c'est qu'il n'y a plus de relations de personne à personne. « Bonjour, comment ça va ?... » Vous ne pouvez plus faire ça... C'est impossible de s'asseoir et de dire - « Comment ça va aujourd'hui ? » Vous savez, du bavardage. Une petite caresse pour eux, parce qu'ils en ont besoin.

A : [Je me sens] toujours coupable.

C : Si quelqu'un entre et vous voit assise, la personne peut penser que vous n'avez rien à faire.

Tant le travail clairement nécessaire que celui qui est moins apparent, mais tout aussi nécessaire, est compromis.

A : J'aimerais qu'ils aient plus de bains par semaine...

B : J'aimerais avoir plus de temps pour les laver plus lentement parce que c'est moins stressant.

C : Et aussi faire des petits « extras ». Faire leurs ongles...

B : ...les ongles, la barbe...

C : ...les cheveux...

B : Parfois, si vous êtes pressé, vous n'avez pas le temps de faire les barbes... Avant, je pouvais faire chauffer le fer à friser...

C : ... oh oui...

B : ... et j'avais ma petite section là-bas où je pouvais leur friser les cheveux. Pensez-vous que je peux faire ça maintenant ?

Le même genre de problème a été soulevé en Ontario.

Na : En fait, lorsqu'il y a autant de stress, autant de travail supplémentaire et le reste, vous ne prodiguez plus de soins.

Nb : Exactement. Vous ne placez plus vos parents ou votre grand-père... dans un foyer où on en prendra soin. En fait, c'est...un entrepôt.

Nc : Ouais.

Nd : Ouais.

Nb : Vous les levez, vous leur donnez à manger, vous les habillez, vous les mettez au lit. C'est tout...Vous n'avez pas le temps de socialiser...Vous n'avez pas le temps de rien faire.

Nd : Pas le temps d'en prendre soin.

Ce n'est pas un rêve utopique sur des conditions de travail parfaites qui ne seront jamais possibles dans un monde réel. Ces aides ont déjà vécu des situations différentes.

Nb : Au début, nous avions le temps de nous asseoir et de parler aux bénéficiaires, de leur lire à haute voix, d'écrire des lettres pour eux. Ce n'était rien de passer 20 minutes avec eux. Et aujourd'hui, vous n'avez pas 20 minutes pour lire, et encore moins pour vous asseoir et parler à quelqu'un.

Dans un autre groupe d'Ontario, tout le monde était d'accord pour dire que les soins « s'étaient dégradés ».

N1 : Nous n'avons pas de temps à passer avec eux.

N2 : Non non. Vous êtes lavé et habillé, et je vous verrai plus tard.

N3 : Vous allez aussi vite que vous le pouvez.

N4 : Il n'y a pas de temps pour bavarder avec eux ou même leur couper les ongles, ni rien de tout cela vraiment.

Une IAA a exprimé clairement les raisons pour lesquelles leurs préoccupations ne se limitaient pas aux tâches physiques.

C'est comme lorsque vous êtes à la maison. Est-ce que la chose la plus importante de votre journée, c'est de prendre votre douche ? Ou bien est-ce quand quelqu'un vous demande comment vous allez et dit qu'il est content de vous voir ? Et je trouve que nous ne faisons plus cela. Nous faisons ce que nous avons à faire...nos tâches.

Les personnes interrogées ont signalé un contraste marqué avec leur expérience passée et leur formation. Le résultat de ce conflit entre ce qu'elles croient devoir faire et ce qu'elles peuvent faire est « un niveau de frustration qui n'était pas là avant ». Elles et ils « se sentent mal », sont « stressés », « irritables » et « en colère », même si certains disent « s'endurcir ». Le moral en souffre.

N1 : Nous disions justement cela y a quelques semaines, quand nous avons commencé, pour chaque département ou chaque unité, à Noël, le personnel organisait un souper communautaire. Et nous avions beaucoup de plaisir avec les bénéficiaires, et tout l'édifice, et tout. Tout le monde voulait toujours y participer. Maintenant... je suis ici 40 heures et ça me tue. Je ne peux pas supporter l'idée de revenir plus qu'il faut.

N2 : Personne ne s'offre plus pour faire quoi que ce soit maintenant.

N3 : Non. Non... Ce n'est pas parce qu'ils ne veulent pas. C'est tout simplement qu'il ne reste plus d'énergie... Vous avez besoin de temps pour récupérer si vous voulez survivre à la prochaine équipe.

## Réduction du contrôle par de nouvelles règles

Ce n'est pas seulement la charge de travail accrue qui limite le droit des travailleuses et travailleurs de prendre soin des patients. Ce sont aussi de nouvelles règles qui viennent des autorités provinciales et régionales, de même que des employeurs et des superviseurs.

En Ontario, selon les personnes interrogées, le ministre de la Santé a instauré une série de règlements et de lignes directrices. Depuis, l'établissement est microgéré de loin.

Dans notre cas, je parle de routine et de savoir si nous pouvons l'établir ou si elle sera établie pour nous. Nous devons travailler en fonction du ministère de la Santé, [cette routine] relative aux repas en est un bon exemple. Le petit déjeuner ne peut être servi que de telle heure à telle heure. Puis il y a la collation du matin. Le déjeuner est servi de telle heure à telle heure. Il y a la collation de l'après-midi... Alors vous travaillez selon les lignes directrices du ministère. Ce n'est pas nous qui fixons la routine.

Le problème, disent-ils, est amplifié par des lignes directrices conflictuelles. Dans le cas des repas, les heures ne correspondent pas aux horaires d'entretien ménager. « Alors on n'a pas pensé à la façon de faire les choses, et à qui doit les faire ».

Les superviseurs et les administrateurs ajoutent leurs propres règles, souvent sans consultation ni même, selon les travailleuses et travailleurs, sans grande connaissance de la situation.

J'appelle la résidence le Stalag 13... Par exemple, qui peut s'asseoir avec qui aux repas. OK ? Nous n'avons rien à dire là-dedans. Seuls les superviseurs prennent les décisions... Tout le monde est affecté à sa propre chaise à la salle à manger. Si une dame est assise là toute seule – et qu'elle est une personne avec laquelle il est possible d'avoir une conversation – et qu'il y a une autre dame derrière elle à la table, elles devraient s'asseoir ensemble et parler. Si nous les installions à la même table, le [superviseur] viendrait et nous dirait qu'une telle n'est pas assise à la bonne place. Vous devez la déplacer. Et nous avons dit si souvent « C'est stupide. Pensons-y un instant. Pourquoi ne peuvent-elles pas tout simplement s'asseoir là et se parler ? »

Une autre aide a ajouté que « ce sont de petites choses comme celles-là » qui leur donnent l'impression de n'avoir aucun contrôle et les frustrent. « Le personnel qui s'occupe vraiment de ces bénéficiaires est traité comme s'il ne savait rien... votre opinion ne compte pas ». Autrement dit, elles n'ont aucun contrôle.

Dans un autre établissement, expliquait une aide, ils ont des « règles inflexibles ». C'est la politique et c'est comme ça qu'elle sera appliquée. Elle donne l'exemple de règles selon lesquelles la toilette et le changement des couches doivent se faire à certaines heures, des règles qui ne permettent pas aux soignantes et soignants de se servir de leur « bon sens ».



La politique en matière de congé de maladie a maintes fois été utilisée comme exemple de règles qui limitent les choix et créent des risques pour la santé. Un établissement a instauré une nouvelle politique pour réduire l'absentéisme.

Les gens ont peur d'appeler pour dire qu'ils sont malades à cause de cette politique... Si les employées et employés viennent travailler malades, les bénéficiaires sont très fragiles et... lorsque notre politique est entrée en vigueur... il y a deux ans... notre taux de mortalité a grimpé en flèche... Je suis certaine que les gens viennent travailler même s'ils sont malades et les personnes les plus faibles... attrapent ces maladies. C'est assez difficile pour nous.

Pour les travailleuses et travailleurs des deux provinces, le problème est aggravé par le taux de roulement important chez les administrateurs. Notre groupe de la C.-B. a dit avoir eu quatre administrateurs en quatre ans, tout comme l'un des groupes de l'Ontario. En effet, plusieurs autres ont dit que les administrateurs restaient un an en moyenne maintenant. Et « chaque personne a sa façon différente » de faire les choses et « instaure son propre fonctionnement et change tout ». Le problème est encore exacerbé par les changements plus fréquents de propriétaire, en particulier dans le cas des établissements à but lucratif. Les soignantes et soignants parlent de changements soudains après l'embauche de nouveaux administrateurs, des changements qui tiennent rarement compte de l'opinion des soignantes et soignants. Beaucoup, selon un groupe, « n'ont aucune idée de ce qu'il faut pour prendre soin de quelqu'un » et d'autres ne connaissent même pas le Canada. Dans un établissement ontarien, le nouveau directeur a été transféré des États-Unis par les propriétaires américains et, selon les personnes interviewées, il a instauré des changements qui sont incompatibles non seulement avec les pratiques, mais aussi avec les lois canadiennes. « Leur interprétation de la convention collective n'est certainement pas la nôtre. » Le syndicat a pu bloquer beaucoup de ces changements de politique, mais les modifications constantes apportées aux règles d'administration « finissent par vous tomber sur les nerfs ». De même, le nouveau propriétaire d'un établissement privé à but lucratif de la C.-B. a instauré « beaucoup de changements stressants en peu de temps ». Ces changements impliquent que « nous devons travailler plus rapidement, faire l'impossible et supporter les critiques des familles et des bénéficiaires. »

Ce conflit entre ce que les soignantes et soignants considèrent qu'il faut faire, ce qu'ils veulent faire et les limites imposées à leur temps par la charge de travail accrue et les nouvelles règles constituait le problème de contrôle le plus important en matière de soins de longue durée. Toutefois, c'est un problème de contrôle qui est occulté par une question directe sur le contrôle en matière de soins aux patients, parce que ces soignantes et soignants prennent quand même souvent des décisions sur le déroulement des soins personnels directs.

## Réductions de contrôle par manque de consultation, ou par des consultations inutiles

Quelques soignantes et soignants ont parlé de la différence réelle qui existe entre la consultation et le contrôle. « C'est un peu comme s'ils vous laissaient prendre ces décisions sans importance pour vous donner une impression de contrôle. » Cette travailleuse, comme d'autres, disait qu'on lui avait demandé son avis sur des questions très mineures, pendant que d'autres aspects étaient réorganisés d'une façon qui limitait son pouvoir de façon fondamentale. Par exemple, la tenue des dossiers-patients se fait selon de nouvelles règles qui limitent strictement ce qui peut être écrit sur les patients et sur la façon de décrire leurs réactions. « Vous ne pouvez pas dire qu'un tel ou une telle était fâché, mais plutôt qu'il a manifesté des émotions de colère. Il a manifesté des symptômes s'apparentant à la colère. Ben maudit, la colère, c'est la colère, peu importe comment vous l'appellez. » Elle a dit clairement qu'elle pouvait décider de certaines questions de soins personnels, « mais lorsqu'il est question de la structure de l'étage et de la façon dont il est [dirigé]... ils ne nous écoutent jamais ».

Des groupes des deux provinces ont donné des exemples de consultations qui n'avaient aucun impact sur les décisions prises. Par exemple, on demande souvent aux travailleuses et travailleurs leur opinion, même si l'employeur a « déjà acheté une pièce d'équipement et qu'il est trop tard pour la retourner ». La frustration causée par ces fausses consultations peut être pire que la reconnaissance claire que c'est la direction qui décide. Un aide aux patients l'a expliqué :

C'est plus insultant pour moi que s'ils ne me l'avaient pas demandé. Mais ils nous l'ont demandé. Et ils ont fait à leur tête, et ils nous ont donné ce petit peu de satisfaction en nous faisant croire que nous avons notre mot à dire. C'est pire que s'ils ne nous avaient rien demandé au départ.

Une autre travailleuse décrit les conséquences de ce type d'approche :

Vous savez, c'est parfaitement horrible. Comme lorsque vous êtes un adulte, dans votre propre maison... et que vous prenez vos propres décisions... et vous êtes employée, et vous allez travailler, et on vous traite comme si vous étiez un enfant qui va à l'école. Je veux dire, c'est très humiliant. Vraiment. Et cela a des répercussions sur toutes les personnes qui y travaillent. Cela influence votre attitude envers la direction et envers n'importe quel nouveau programme qu'ils veulent essayer. Certains programmes peuvent être bons, ils peuvent être utiles, mais il y a tellement de négativité parce que cela vient d'eux.

L'importance accordée aux coûts, surtout dans les établissements à but lucratif, est souvent utilisée comme justification tant pour contrôler les soignantes et soignants que pour ne pas tenir compte de leur avis. Le contrôle des coûts réduit aussi les possibilités en matière de soins, diminuant ainsi encore davantage le contrôle exercé par les travailleuses et travailleurs.

N1 : Il y a toujours quelque chose. Comme l'autre jour, [les bénéficiaires] avaient des plaies vives. Elle est allée à la pharmacie pour acheter une petite bouteille, qui a coûté 5 \$. Vous essayez de l'étirer suffisamment pour 10 personnes.

N2 : Puis vous vous faites écœurer parce que vous avez utilisé un coton-tige buccal et que ça coûte cher.

Lorsque l'on pose à ces soignantes et soignants une question directe sur la consultation, ils répondent qu'ils sont consultés. Toutefois, si l'on va plus loin, on se rend compte que le processus est beaucoup plus complexe et qu'il existe des limites réelles et croissantes au contrôle qu'ils exercent sur leur travail et leur lieu de travail. Mais d'autres ont dit qu'il n'y avait même pas un semblant de consultation. Dans un établissement à but lucratif, « la nouvelle propriétaire ne tient même pas de réunion de personnel parce qu'elle ne veut pas de commentaires. »

### **Réduction de contrôle due à la modification des relations avec les familles**

Ce ne sont pas seulement les règles des administrateurs et la charge de travail qui restreignent la capacité des travailleuses et travailleurs de prendre des décisions sur les soins à prodiguer. Parfois ce sont les familles des bénéficiaires. Les familles ont toujours voulu influencer la façon dont les soins sont donnés, mais avec les réductions de personnel, de matériel et de fournitures, les familles voient la diminution des soins et tentent d'y remédier en exerçant des pressions pour que les travailleuses et travailleurs en donnent plus. Et, surtout dans les établissements à but lucratif, les soignantes et soignants disent qu'ils « doivent plaire davantage aux familles qu'aux bénéficiaires ». Cela veut dire qu'il y a un important transfert de pouvoir entre les soignantes et soignants et les familles. Les travailleuses et travailleurs des deux provinces ont donné des exemples qui pouvaient aller de familles qui exigeaient des soins immédiats à des familles qui essayaient de faire congédier des soignantes et soignants pour incompétence.

Na : Parce que les familles connaissent leurs droits maintenant, et ont beaucoup de pouvoir... et nous ne faisons jamais rien de bien.

Nb : Vous avez des familles qui se plaignent sans cesse, qui essaient de vous dire que leur mari a dit ceci ou cela, même s'il ne parle pas depuis 50 ans. Bien sûr, ce n'est pas lui qui a dit cela.

Et les familles ont de plus en plus de motifs pour se plaindre, disent ces soignantes et soignants, et ce sont les travailleuses et travailleurs des premières lignes qui sont blâmés. Les aides sont celles et ceux que « les familles voient tous les jours... alors nous ramassons l'essentiel des plaintes ».

Il est aussi important de souligner que les familles n'agissent pas uniquement comme contrôle des travailleuses et travailleurs. Plusieurs personnes interviewées ont dit que « certaines familles sont vraiment très encourageantes » et que « les familles reconnaissent le travail que nous faisons ». Comme ces travailleuses et travailleurs de la C.-B., des soignantes et soignants de l'Ontario ont dit que les familles pouvaient être des alliés, surtout s'ils ont le temps de leur parler des conditions actuelles.

Je trouve que les familles sont plus compréhensives lorsque vous expliquez. Par exemple, nous avons un voisin dont la mère a été placée, et la famille a réagi fortement lorsqu'elle s'est cassé le poignet. Et j'ai expliqué que le personnel ici est très restreint pour le nombre de personnes dont nous devons nous occuper. Et ils ne pouvaient tout simplement pas le croire.

Le manque de contrôle, donc, peut prendre plusieurs formes et il n'est souvent pas révélé par des questions directes sur le contrôle, la consultation ou l'autonomie.

## Les longues ramifications du travail

Lorsque les commissions des accidents du travail ou les comités de santé et sécurité accordent une certaine attention aux ménages et aux collectivités, c'est habituellement pour expliquer les problèmes de santé en fonction de la vie privée plutôt que pour examiner l'incidence du travail rémunéré sur les ménages et les collectivités. Pourtant, il y a beaucoup de raisons de croire que les changements qui surviennent au travail sont ressentis à la maison et plus loin. Bien sûr, tant les hommes que les femmes peuvent apporter leur travail à la maison, mais les faits indiquant que c'est aux femmes qu'incombe la responsabilité première du travail domestique et de l'éducation des enfants suggèrent que les conséquences sont différentes pour elles que pour les hommes. Et parce que les soins de santé ont une influence sur les collectivités et exigent un engagement émotif de la part de celles et ceux qui les prodiguent, il ne serait pas étonnant que les liens entre le travail en soins de santé, les collectivités et les ménages soient plus étroits qu'ils ne le sont dans le secteur des biens ou de beaucoup d'autres formes de prestation de services.

Bon nombre des femmes et des hommes interrogés dans le cadre de la présente recherche ont parlé de la façon dont les tensions à la maison augmentent avec celles du travail. Une aide de la C.-B. était loin d'être la seule à dire : « Je me chicane tout le temps avec mon mari ». Comme cette femme qui était constamment « irritable » à la maison, un résident ontarien nous a parlé des répercussions de son travail sur sa famille.

J'ai trois enfants et ... et...je suis plutôt calme – je me suis rendu compte que plus je travaille, plus je subis du stress au travail, plus les heures sont réduites, plus il est difficile [de laisser les tensions au travail et de ne pas les traîner à la maison]. Vous savez, il est facile de dire... « Lorsque vous arrivez au travail, vous laissez vos problèmes familiaux à la porte ». Ils vous disent cela au travail. Et lorsque vous rentrez à la maison... le travail reste au travail. Ça ne marche pas tout à fait comme ça... Par exemple, je me suis aperçu que je devenais impatient avec les enfants... et des choses comme ça.

Il a cherché un autre emploi, même s'il aimait plusieurs aspects de son travail rémunéré en soins de santé, parce que la tension à la maison « ne faisait que commencer. Nous ne voulions pas prendre cette direction ».



Tant les hommes que les femmes trouvaient difficile de laisser le stress à la porte de l'établissement de soins de longue durée.

Vous arrivez à la maison et vous pensez à toutes les choses que vous n'avez pas faites. Vous essayez, par exemple, de vous organiser pour le lendemain... Vous vous réveillez d'un sommeil profond à deux heures du matin, et vous vous dites « Ah non, je n'ai pas fait ceci ou cela ». Ça tourne [continuellement.] Ça n'arrête pas, même lorsque vous franchissez le seuil de la porte. Vous pensez toujours à quelque chose.

Plus d'un travailleur a dit « vous rêvez de votre travail ». Tant les hommes que les femmes disent qu'il ne leur « reste plus d'énergie ».

Notre travail est physique. Il est très physique. Il est fatigant. À force de lever sans cesse de lourdes charges, le corps s'épuise bien avant son temps. Notre travail est mentalement et émotionnellement vidant, et vous êtes épuisé... À la fin de la journée, vous ne voulez plus rien faire.

Cet épuisement est particulièrement problématique pour les femmes parce que la plupart d'entre elles ont encore du travail à faire en rentrant à la maison. « Ma vie familiale en a pris un coup », dit une soignante, qui expliquait qu'elle ne pouvait « même plus me lever pour faire mes tâches ménagères... Je ne peux plus passer l'aspirateur parce que je suis incapable de faire ce geste... la même chose pour le lavage des fenêtres ». Une autre a souligné le parallèle direct qui existe entre son travail rémunéré et celui qu'elle fait à la maison. Ses tâches sont semblables aux deux endroits, mais au moins, à la maison, elle peut dire quelque chose. « Si quelqu'un vous demande quelque chose, vous pouvez toujours dire "laisse-moi tranquille, ça fait huit heures que je reçois des ordres" ». Les femmes mentionnent également la façon dont les pressions changeaient à mesure que leurs enfants grandissaient. Tout le monde dans ce groupe convenait que « c'est difficile la fin de semaine » lorsqu'elles doivent travailler, surtout quand leurs filles sont adolescentes et qu'elles hésitent à les laisser seules à la maison.

Plus d'une femme a dit que son incapacité à fournir les soins qu'elle croit nécessaire de prodiguer à son travail rémunéré la pousse à

surcompenser à la maison. Je fais cela parce que je prodigue des soins au travail, alors cela déborde dans ma vie familiale. Par exemple, je les sers... J'en fais trop... Mais c'est plus facile parfois. C'est plus facile de tout simplement continuer, pas vrai ? Parce que j'ai deux filles plus âgées et un fils et je travaille dans la cuisine toute la journée, puis j'arrive à la maison et je commence à préparer le souper... Puis mon mari dit : « Demande aux filles de faire la vaisselle ». C'est plus facile de le faire. Vous savez. Et puis... on se fait embarquer...

Seules les femmes ont dit que les changements au travail avaient eu des répercussions négatives sur leur vie sexuelle. « Parfois, je suis vraiment épuisée... Tout mon corps me fait mal. Et je suis fatiguée. Je ne veux pas lever un autre corps. » « Si quelqu'un d'autre a besoin de quelque chose, c'est comme être au travail. » Non seulement elles sont trop fatiguées pour avoir des relations sexuelles, mais elles s'engagent souvent dans des discussions qui rendent ces relations sexuelles peu attirantes.

Si je rentre du travail et que mon mari et moi commençons à discuter de quelque chose, vous savez, une facture ou n'importe quoi, ça finit en grosse chicane. Alors maintenant, nous le savons. J'arrive à la maison et j'ai mon heure ou mes heures de sieste, ou je m'assois et je lis un livre, ou je regarde les nouvelles ou n'importe quoi.

Cependant, ce ne sont pas toutes les femmes qui peuvent trouver ou se réserver du temps de récupération.

Les femmes ont aussi dit que la détérioration des conditions de travail dans les soins de longue durée déborde dans la collectivité et qu'on les en tient souvent responsables. L'une a dit avoir été abordée à l'église. Au café, après le service, « cette femme s'est approchée de moi et m'a dit "Oh, vous travaillez à [l'établissement] n'est-ce pas ?" » La paroissienne a ensuite commencé à se plaindre que l'une des bénéficiaires était venue à l'église « avec des vêtements absolument crasseux. Tout le monde se retourne et me regarde, comme si c'était ma faute et que c'était moi qui l'avais habillée pour aller à l'église ». Une autre dit qu'elle est la première personne appelée lorsque les gens trouvent que leurs parents ne reçoivent pas de bons soins. D'autres approuvent et disent qu'elles reçoivent souvent des appels au travail de parents de personnes qu'elles connaissent. Ces appels et ces questions accroissent la pression sur les travailleuses, d'autant plus qu'elles se « sentent déjà coupables » de la qualité des soins, même si elles n'y peuvent rien.

Selon ces travailleuses, les nouvelles stratégies de l'administration, combinées aux compressions, réduisent de façon significative le contrôle que les soignantes et soignants exercent sur leur travail et, par conséquent, la possibilité de faire un travail sain.

## **L'insécurité**

La sécurité est un déterminant de la santé, même si cela ne se reflète pas dans les lois régissant les travailleuses et travailleurs et la plupart des comités de santé et sécurité. Dans le secteur très changeant des soins de santé, toutefois, il est difficile d'avoir un sentiment de sécurité. Tant l'Ontario que la C.-B. ont reconnu le problème en créant une organisation pour aider la main-d'œuvre à s'adapter aux changements dans le secteur de la santé. L'organisation fonctionne toujours en C.-B., mais l'Ontario a aboli la sienne et a laissé les travailleuses et travailleurs se débrouiller seuls. Ainsi, les travailleuses et travailleurs de la C.-B. ont plus de sécurité d'emploi que leurs homologues ontariens, même si cela ne veut pas dire qu'ils ne craignent jamais de perdre leur emploi. Lorsqu'on leur a demandé si leurs emplois étaient sûrs, les travailleuses et travailleurs de la C.-B. ont répondu : « Tant que l'endroit reste ouvert et que nous ne faisons rien de mal », ou « À moins qu'ils vendent, auquel cas ils fermeront les portes. » En fait, aucun des travailleurs et travailleuses interviewés ne pensaient que leurs emplois étaient assurés.

Leurs craintes sont assez justifiées, compte tenu des changements de propriété et des compressions imposées dans le secteur de la santé. Dans un établissement à but lucratif de l'Ontario, les soignantes et soignants étaient particulièrement inquiets

...lorsque vous avez des gens comme notre propriétaire. [Pour lui] tout se résume à sa marge de profit. Rien ne doit la menacer. Et il va réduire vos fournitures, ou votre personnel, ou n'importe quoi s'il le faut. Alors les gens vont souffrir. Et il ne semble pas être possible de contrôler cela. Personne ne semble être en mesure de l'empêcher de faire cela.

De plus, les groupes ont été les témoins directs de congédiements, de licenciements ou de mesures disciplinaires imposés pour des fautes qui n'auraient pas été des fautes auparavant. Encore une fois, cela arrivait plus souvent aux travailleuses et travailleurs de l'Ontario. Pour les absences dues aux congés de maladie, par exemple, la politique de nombreux établissements ontariens a changé de façon à restreindre énormément l'admissibilité. Selon un groupe de travailleuses et travailleurs ontariens, une soignante a été réprimandée parce qu'elle a été absente trois jours en quatre mois. « Et chaque lettre que vous recevez de la direction... dit "peut aller jusqu'au congédiement". Et ça, c'est une menace. » « Vous n'avez pas de marge de manœuvre nulle part. » La politique a aussi modifié la façon dont les patients sont traités, ce qui limite ce que les soignantes et soignants peuvent faire et la façon dont ils peuvent le faire. Et les soignantes et soignants trouvent difficile de suivre les nouvelles règles, surtout maintenant qu'ils doivent s'occuper de patients, ce qu'ils n'ont jamais eu à faire avant.

Plusieurs travailleuses et travailleurs ontariens ont dit que « les travailleuses et travailleurs sont sans défense à l'heure actuelle ».

N1 : Bien, les règles ne sont pas justes. Vous n'avez pas beaucoup d'options. Vous endurez ou vous partez.

N2 : La plupart des gens ne peuvent pas se permettre de partir, alors vous mettez tout le reste en péril.

N1 : Lorsque vous avez des responsabilités financières... vous essayez de vous taire et d'endurer. Cela ne fait qu'accroître le stress parce que vous savez, dans votre for intérieur, que ce n'est pas acceptable. Alors [la peur de perdre son emploi est toujours là].

Cette crainte ne signifie pas seulement que les travailleuses et travailleurs endurent des conditions qui créent du stress. Cela peut aussi vouloir dire, selon ces travailleuses et travailleurs, que l'on ne signale plus les blessures et, par conséquent, que les données sur les blessures subies au travail ne reflètent plus la réalité.

À l'heure actuelle, nous avons un problème, parce que les personnes blessées, ou qui risquent de l'être, ne remplissent plus de rapport d'incident parce qu'elles ont peur d'être convoquées par l'administration si elles le font.



La peur, disent certains, incite les gens à participer moins activement aux activités syndicales et à déposer moins de griefs ou de plaintes en cas de violation de la convention collective. Ici aussi, le problème pourrait être pire en Ontario parce qu'il y a moins de sécurité d'emploi. Une soignante a expliqué qu'elle ne participait pas activement au syndicat parce que « je peux à peine faire ce que j'ai à faire maintenant et s'ils commencent à me harceler [au sujet de la participation syndicale] je vais vraiment craquer ». Cela « rend votre travail plus difficile et plus vulnérable ». Et cette situation peut aussi avoir des effets sur votre santé. Selon ces travailleuses et travailleurs, la sécurité d'emploi a déjà été normale dans leurs lieux de travail et il était rassurant de savoir que les syndicats pouvaient protéger les travailleuses et travailleurs contre les exigences déraisonnables des employeurs. Cette époque est révolue.

## Les relations sociales

Les relations sociales peuvent soutenir ou, inversement, elles peuvent miner.<sup>46</sup> D'une façon ou d'une autre, elles sont un facteur important dans la santé, même si celles et ceux qui décident des indemnités à accorder aux travailleuses et travailleurs ou les comités de santé et sécurité ne leur accordent pas une grande importance. Toutefois, la Commission des accidents du travail de la C.-B. participe maintenant, avec les syndicats et avec le *Health Benefits Trust* (Fiducie des prestations de maladie), à l'élaboration d'une recherche et de projets pilotes sur le soutien social. Le soutien social peut être particulièrement important dans la prestation de soins, parce qu'une si grande partie de ce travail fait appel aux émotions.

### Moins de travail d'équipe, moins d'amitiés et plus de conflits interpersonnels au travail

Un groupe d'infirmières de C.-B. a parlé longuement des réseaux d'amitié au travail qui débordent à l'extérieur de l'établissement de soins de longue durée. « Nous sommes dans de bons groupes », disaient-elles. Au sujet de leurs relations à l'extérieur du travail, une femme a dit que « la plupart de mes amies de l'extérieur travaillent avec moi... Nous sortons déjeuner ou dîner avec d'autres filles du travail ». Toutefois, elles craignent que les tensions créées par les changements menacent ces amitiés.

Plusieurs groupes de l'Ontario ont dit que c'était déjà commencé. « Oh, c'est comme une bombe à retardement. » « Vous ne savez pas quand tout cela va exploser. »

Ce sont les petites choses qui déclenchent des réactions. Si l'équipe précédente n'a pas rempli les sacs de buanderie,... n'a pas sorti les nouveaux sacs de buanderie. Ça a l'air mesquin, mais lorsque vous avez un lavage et qu'il n'y a pas de sac dans le chariot de buanderie...

La pénurie constante de fournitures et de matériel crée des tensions qui peuvent inciter les travailleuses et travailleurs à se dresser les uns contre les autres. Chaque membre du groupe a ajouté des éléments à la liste : pas de cotons-tiges, de rince-bouche, de

cure-dents, de débarbouillettes, de désinfectant pour nettoyer les baignoires, de crème, et la liste continue. Après avoir tenté d'aborder le problème comme une question syndicale-patronale, ils se sont fait dire que c'était une prérogative de la direction.

L'esprit d'équipe qui régnait avant, ont-ils dit, a été éliminé par des stratégies encore plus explicites de la direction. Dans la salle à manger,

avant, nous étions assis tous ensemble. Maintenant, il y a l'entretien dans un coin, les aides-domestiques dans un autre, les aides-soignants dans le centre, les IAA s'assoient parfois avec nous [les aides-soignantes]. Et les infirmières, je ne sais pas où elles mangent.

Selon ce groupe, la direction a dit aux infirmières qu'elles ne pouvaient pas socialiser avec les autres travailleuses et travailleurs. « Ils disent que cela les empêche de nous discipliner. »

Na : C'est sûr que nous n'avons pas autant de plaisir qu'avant.

Nb : Nous faisons notre travail, mais c'était agréable.

Nc : ...beaucoup de plaisir. Ouais, nous aimions faire notre travail.

Na : Et tout le monde se préoccupait de ses collègues de travail.

Nb : Nous étions comme une famille.

Na : Nous étions si proches que nous savions ce qui se passait dans les familles et s'il y avait un problème dans une famille, tout le monde aidait.

Peut-être que ces travailleuses et travailleurs ne se souviennent que des bons moments du passé, mais il est clair que l'augmentation des employées et employés à temps partiel et occasionnels signifie que « maintenant, je travaille avec des gens dont je ne connais parfois même pas le nom. » Mais le problème va plus loin que le roulement de personnel. « Vous avez peur de dire quelque chose à quelqu'un parce que ça pourrait prendre des proportions démesurées », surtout avec toutes les nouvelles règles et avec la diminution de la sécurité d'emploi.

Cela ne veut pas dire que les personnes interrogées en Ontario n'avaient pas d'exemples de bonnes relations sociales à donner. Certaines ont parlé d'un soutien social constant, un soutien qui était très apprécié et qu'elles s'efforçaient de maintenir.

Nous avons aussi beaucoup de travail d'équipe. Mais je trouve qu'il y a des gens avec qui vous avez de bons rapports et d'autres avec qui il est plus difficile de s'entendre. Eh bien, lorsque je travaille, je change avec eux. C'est moins stressant pour les bénéficiaires, moins stressant pour nous, et il y a beaucoup de travail d'équipe comme ça où nous travaillons.

### **Moins de reconnaissance ou de soutien de la part de la direction**

Selon les participantes et participants, la non-reconnaissance de l'augmentation du travail peut aussi augmenter le stress. Tous les groupes ont dit percevoir un manque de respect et de reconnaissance de la part de la direction pour tout le travail supplémentaire qu'ils font. « Si je suis stressée, je suis en colère contre la direction ou j'ai l'impression que je ne pourrai jamais tout faire ce qu'il y a à faire, et je commence à me dépêcher, et j'arrive au travail [pour faire face] à cette attitude... Il faut si peu de choses. » « Ils se fichent de savoir si vous avez une vie de famille ou autre chose. » En effet, une soignante a mentionné que son administrateur avait dit que « le moral, ce n'est pas mon problème ». Une autre a ajouté : « Ils se fichent que vous perdiez vos cheveux et que vous manquiez de sommeil. » Malgré leurs efforts pour rendre les bénéficiaires à l'aise et leur prodiguer les soins dont ils ont besoin, plusieurs soignantes et soignants ont le sentiment que leur travail est sous-évalué. « L'attitude est souvent, que si vous travaillez dans un foyer de soins, c'est comme si vous ne valiez rien. »

### **Moins de relations avec les bénéficiaires et moins de soutien pour un deuil après un décès**

Les relations avec les bénéficiaires sont également importantes. Les soignantes et soignants prennent souvent soin des mêmes personnes pendant des années. « Ils sont comme des membres de la famille. »

Vous vous attachez à eux. Ils sont là depuis 20 ans et vous êtes là depuis 20 ans. Ils font partie de votre famille.

Cet attachement peut être répétitif, mais il peut aussi être gratifiant. Lorsque des patients meurent, les bénéficiaires vivent souvent une période de deuil. Plusieurs participantes et participants décrivent divers processus de soutien pour les aider dans leur deuil. Par exemple

Avant, nous faisons quelque chose de gentil. Nous envoyions une carte à chaque unité et les gens pouvaient écrire différentes choses sur la personne... Si, comme employée, vous vouliez ajouter quelque chose, comme son expression favorite, n'importe quoi, quelque chose de spécial pour vous, vous le faisiez. Puis les gens viennent voir et il y a un livre des personnes qui sont décédées et beaucoup de choses écrites sur elles. Et au moins, les travailleurs ont le... sentiment d'avoir mis un point final.

Mais l'augmentation de la charge de travail a éliminé ce genre de pratique dans de nombreux lieux de travail. Les lits doivent être rapidement nettoyés, les effets personnels emballés et expédiés dès que possible pour accueillir la prochaine personne sur la liste d'attente. « La chose la plus dure, c'est de mettre les effets personnels dans le sac à ordures. » « Parfois, ils ne sont même pas sortis de la chambre, et ils font entrer [un autre bénéficiaire]. » De plus, parce que les patients sont de plus en plus malades, il en meurt plus chaque jour, et la possibilité de faire le deuil est réduite d'autant. Les participantes et participants ont dit qu'ils n'avaient pas le temps d'avoir de la peine et, souvent, les équipes de soutien dans le deuil qui avaient déjà aidé sont disparues.

Les entrevues menées dans les deux provinces ont réaffirmé l'importance de relations sociales fortes au travail, mais les personnes interviewées ont toutes laissé entendre qu'il devenait plus difficile de créer ou de maintenir de telles relations.

## **Violence**

Depuis quelques années, la violence est reconnue comme une menace pour la santé des femmes, tant à la maison qu'au travail. Dans un sondage réalisé en 1993, les membres du Syndicat canadien de la fonction publique ont indiqué que la violence avait atteint un niveau alarmant dans le milieu des services sociaux. « C'est dans une étonnante proportion de 65 % que les travailleuses de ce secteur ont eu à subir divers degrés de violence provenant de toutes sortes de gestes agressifs. »<sup>47</sup> La violence a toujours été présente dans le secteur de la santé, surtout en psychiatrie. Un préposé à la physiothérapie explique :

La violence au travail est inacceptable. Cela ne fait pas partie de mon travail de me faire mordre, de me faire cracher dessus et tout le reste. C'était déjà le cas il y a vingt ans, nous étions soumis à tout ça et nous nous disions que ça faisait partie de notre travail. Maintenant, nous savons que ce n'est pas vrai.

Toutefois, selon ces travailleuses et travailleurs, plusieurs facteurs contribuent à l'escalade de la violence dans les soins de longue durée.

### **Des bénéficiaires plus violents**

Premièrement, de nos jours, les bénéficiaires souffrent de problèmes de santé très différents. En Ontario, par exemple, les restrictions budgétaires imposées aux services psychiatriques des hôpitaux et aux maisons pour toxicomanes ont largement contribué à l'augmentation du nombre de patients violents dans les établissements.

Bien sûr, nous avons eu à composer avec toutes sortes de personnages un peu bizarres qui se soûlaient ou quelque chose du genre. Mais ils finissaient par s'endormir. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à des gens qui se soûlent et deviennent violents. Nous en avons déjà eu quatre ou cinq et, dans certains cas, nous avons dû appeler la police. Je dirais que l'augmentation est de l'ordre de 50 %.

Parallèlement, de plus en plus de personnes âgées souffrent de démence ou de la maladie d'Alzheimer. « Certains se battent entre eux et se donnent des coups de poing et des coups de pied » et, souvent, les soignantes et les soignants sont blessés en tentant de s'interposer. Les patients sont mêlés à des personnes atteintes de déficiences intellectuelles et physiques et ça finit par donner un mélange explosif. L'accroissement du nombre d'hommes et de patients plus jeunes signifie aussi que les soignantes et les soignants doivent s'occuper de patients beaucoup plus forts physiquement et souvent très stressés. Les aides, les préposées et préposés, le personnel d'entretien ménager et

les IAA signalent tous une augmentation de la violence. Ils reçoivent des coups, ils se font mordre et tirer par les cheveux, ils se font cracher dessus et se font gifler par des patients « qui se battent continuellement. » La fréquence de ces gestes de violence finit par mettre les nerfs des soignantes et des soignants à rude épreuve, comme le démontre clairement l'incident qui suit.

J'ai été frappé par [un bénéficiaire] qui m'a projeté au sol parce que je ne lui avais pas apporté le bon savon pour sa douche. Je l'avais déjà fait sortir de la douche, et il était assis sur une chaise de douche sur roulettes. Je suis sorti et je l'ai laissé là, nu sur sa chaise, j'ai fait ça, parce que sinon, j'aurais fait des choses qui ne se font pas.

C'était un homme « très, très grand et gros » et pourtant, l'aide a tout de même été réprimandé pour l'avoir laissé seul.

Les personnes interrogées avaient l'habitude de travailler auprès de personnes âgées nécessitant certains soins, mais l'arrivée de ces nouveaux patients a fait apparaître de nouveaux problèmes. « Tout le monde n'a pas ce qu'il faut pour faire face à ces comportements. Ces personnes peuvent assurer les soins physiques, mais il faut aussi s'occuper des comportements. » Souvent, l'exiguïté des lieux rend encore plus difficile la maîtrise de cette violence, surtout s'il n'y a pas de locaux verrouillés.

### **La violence due aux compressions budgétaires**

Deuxièmement, les compressions budgétaires ont contribué à augmenter le niveau de tension dans les établissements et à y instaurer un climat propice à la violence. Les patients ne peuvent pas recevoir les soins dont ils ont besoin quand ils en ont besoin ; ou encore, ils ne reçoivent pas leurs médicaments à temps et leur colère éclate. Par exemple, dans un établissement de la Colombie-Britannique, le taux de roulement élevé chez les IAA signifie que « les bénéficiaires refusent de prendre leurs médicaments, ce qui aggrave leurs problèmes de comportement ». Le matériel est souvent défectueux et les fournitures manquent, ce qui entraîne des conséquences similaires. Les diverses activités qui contribuaient à faire diminuer la tension ont presque toutes été éliminées et celles qui ont survécu ne sont pas assez diversifiées pour intéresser la nouvelle clientèle. Certains établissements n'ont pas de jardin, ni même de petite cour extérieure qui pourrait permettre aux patients d'évacuer un peu de stress. De plus, à cause des réductions de personnel, il n'y a parfois « qu'une ou un préposé par étage verrouillé », qui est alors plus vulnérable en cas de violence chez les nombreux bénéficiaires dont il a la charge.



## La violence due au fait de travailler seul

Troisièmement, quand il y a moins de soignantes et de soignants, il est plus difficile de faire appel à des collègues pour maîtriser des patients à problèmes. Il est généralement plus facile de calmer les bénéficiaires lorsque plusieurs personnes ont recours à différentes techniques et, si cette approche ne réussit pas, il est évidemment plus facile de maîtriser une personne violente à plusieurs. Les soignantes et soignants affirment qu'ils ont une autre raison de se sentir plus en sécurité lorsqu'ils travaillent en équipe. Beaucoup affirment qu'ils sont souvent blâmés lorsqu'il y a de la violence, ce qui ajoute à leur stress.



Si une patiente vous frappe à la tête, on dit : il faut comprendre, cette pauvre personne a eu une attaque. Soudainement, on agit comme si cette personne avait perdu l'esprit. Mais si la même personne se plaint d'avoir subi des mauvais traitements [la travailleuse ou le travailleur est tenu responsable].

En conséquence, la violence devient invisible.

Si quelqu'un reçoit un coup de poing au visage ou se fait étrangler, c'est sa faute, car cette personne a probablement approché le patient de la mauvaise façon. Le personnel finit par cesser de signaler les actes de violence des bénéficiaires parce que, de toute façon, c'est toujours lui qui en est tenu responsable. Ça devient une façon de ne pas avoir à faire face au problème.

Une aide de Colombie-Britannique dit : « J'ai reçu un coup de poing à la poitrine hier, mais je n'ai rien dit, parce que de toute manière, ça ne donne jamais rien ». Même les plaintes officielles n'assurent pas toujours une protection.

Si nous portons plainte contre un patient violent, le traitement de la plainte est tellement lent qu'il faut continuer de travailler avec une personne violente longtemps avant que des mesures soient prises. Dans un cas, il a fallu trois personnes pour maîtriser un bénéficiaire. Il a été transféré ailleurs, mais là, il a frappé une femme à la tête, et elle a subi un traumatisme crânien et souffre d'une invalidité permanente.

Plusieurs affirment que leur seule véritable défense est de travailler par équipe de deux, ce qui permet au moins d'avoir un témoin qui est en mesure de soutenir la version des faits de la soignante ou du soignant.

Pour les personnes interrogées, le lien entre l'accroissement de la violence et les changements survenus dans les établissements de soins de longue durée est évident. Mais la façon dont la violence est gérée peut dissimuler cette augmentation. Comme le disait l'une des personnes interrogées, la méthode utilisée pour colliger les données peut cacher les véritables dangers qui menacent la santé des travailleuses et travailleurs. « C'est une méthode pour faire dire ce que l'on veut aux statistiques. » En conséquence, la recherche basée sur ces données peut sous-estimer l'ampleur des dangers auxquels les travailleuses et les travailleurs sont exposés.

## Espace physique et exigences physiques

Depuis longtemps, les conditions et l'effort physiques sont reconnus comme un facteur qui a une incidence sur la santé. Comme l'a démontré une étude sur l'équité salariale, bon nombre des conditions de travail dangereuses pour les femmes ne sont pas prises en considération dans l'évaluation des emplois. Et, souvent, on ne tient pas compte de l'effort physique exigé. Pourtant, comme les personnes interrogées le démontrent de façon explicite, les tâches comme donner le bain, nourrir, faire la toilette, faire marcher et changer les bénéficiaires, et nettoyer les lieux sont exigeantes physiquement et les conditions de travail actuelles rendent le travail encore plus épuisant.

### Plus de surpeuplement

Des installations insuffisantes et surpeuplées sont devenues chose courante selon les personnes interrogées. Dans les deux provinces, les services de soins de longue durée sont souvent situés dans des édifices qui avaient été conçus pour remplir une toute autre vocation et c'est particulièrement vrai dans le cas des établissements à but lucratif. Mais même les bâtiments plus neufs conçus pour les soins de longue durée ne suffisent pas à répondre à l'augmentation du nombre de bénéficiaires, surtout avec les capacités physiques diminuées de ces nouveaux patients. Dans certains établissements, presque tous les patients sont en fauteuil roulant et il est difficile de les manoeuvrer dans ces espaces restreints.

Une aide-thérapeute de l'Ontario donnait l'exemple des salles d'activités.

L'une des sections de notre établissement que je trouve le plus potentiellement dangereuse... est la salle d'activités. Je parierais qu'elles sont moins larges que cette pièce ; on y retrouve une grande table comme celle-ci, peut-être une cuisinière dans un coin et quelques plantes. Ces salles n'ont manifestement pas été conçues pour accueillir des fauteuils roulants, et cent pour cent de notre clientèle est en fauteuil roulant. Nous courons donc plus de risques d'être blessés lorsque nous essayons de manoeuvrer à travers les tables. Si quelqu'un doit aller aux toilettes – ceux dont on sait qu'ils doivent toujours y aller – on essaie de les placer le plus près possible de la porte, mais alors, ils ne voient pas aussi bien. C'est un risque. Notre salon de thé est devenu l'auditorium, notre salle d'activités est devenue le pub. Souvent, des membres de la famille demandent à accompagner leurs proches, mais c'est impossible, il n'y a pas assez de place pour eux.

Une soignante de Colombie-Britannique nous dit avoir constaté des conditions semblables, mais cette fois, dans la salle à manger.

Nous serrons tout le monde comme ça. Personne ne veut écouter... Le personnel de la cuisine ne peut pas servir les bénéficiaires par-dessus leur tête, il faut qu'ils soient à côté. Faudra-t-il que quelqu'un se brûle ou se blesse pour qu'ils se rendent enfin compte que nous empilons tout le monde dans un espace fermé où personne ne peut bouger ?



Un autre membre du personnel des cuisines a aussi mentionné qu'il y avait deux tables près d'un réchaud, ce qui contrevient aux lignes directrices de la Commission des accidents du travail.

Les chambres des bénéficiaires représentent un problème tout aussi important. « Elles nous posent de vrais problèmes quand il faut manipuler un lève-patient et même lorsque le personnel d'entretien ménager veut nettoyer. Nous avons vraiment de la difficulté dans certaines chambres ». Les salles de bain sont trop petites, même pour deux personnes, alors, imaginez deux personnes, un fauteuil roulant et un lève-patient. Dans un établissement de Colombie-Britannique, certaines chambres sont tellement petites « qu'il ne peut pas y avoir plus d'une personne à la fois pour effectuer une tâche ».

### **Des bénéficiaires qui exigent plus d'efforts physiques**

Non seulement les foyers sont surpeuplés, mais la clientèle est de plus en plus composée d'hommes lourds et de patients plus handicapés, ce qui rend nécessaire le recours à un lève-patient pour les mettre au lit et les en sortir, pour leur permettre d'aller aux toilettes et pour leur donner un bain. Bien que les lève-patients et les chaises de douche soient efficaces dans certains cas, il arrive souvent qu'on ne puisse pas utiliser les lève-patients là où on en aurait besoin, parce que l'espace est trop restreint. Mais, surtout, les soignantes et soignants disent qu'ils sont tellement pressés qu'ils n'ont souvent pas le temps de se servir des lève-patients. De plus, il n'y a pas suffisamment de lève-patients et, souvent, ils ne sont pas assez puissants pour soulever certains patients ou encore ils sont défectueux.

Prenez l'exemple d'un homme de 300 livres qu'on a tenté de déplacer avec un lève-patient.

Il commençait à paniquer et avait brisé le harnais. Il a frappé le mur et la chaise a volé dans un coin. L'appareil s'est incliné et l'homme a été plongé dans le bain. La soignante a alors dû rapidement évacuer l'eau du bain.

### **Manque de soutien et de fournitures**

Il arrive aussi fréquemment que le personnel ne porte pas de gants pour travailler, en partie parce qu'il n'y en a pas suffisamment et en partie parce que la charge de travail est telle qu'on ne prend pas le temps de les chercher. Les aides trouvent aussi que beaucoup des tâches qu'elles doivent accomplir sont plus difficiles à effectuer avec des gants. Autrefois, l'usage des gants était moins nécessaire, tant parce que les soignantes et les soignants avaient plus de temps pour se laver les mains, que parce que les bénéficiaires étaient âgés, mais pas nécessairement malades. Aujourd'hui, l'usage des gants est de plus en plus essentiel, mais la charge de travail et la pénurie de fournitures en rendent l'utilisation plus difficile pour les travailleuses et travailleurs.

## **Ventilation et réparations insuffisantes**

La plupart des participantes et participants ont aussi soulevé le problème de la chaleur. Peu d'établissements sont climatisés et la chaleur peut devenir d'autant plus oppressante que le rythme de travail y est effréné, que l'effort physique y est beaucoup plus soutenu et que le temps manque pour prendre une pause. Certaines personnes ont dit avoir vomi sous l'effet de la chaleur et d'autres affirment que cette situation ajoute à leur épuisement.

De plus en plus d'établissements sont mal entretenus : toit qui coule, escaliers brisés, plafonds fendillés et lits qui ne fonctionnent pas, ce ne sont que quelques-uns des problèmes signalés par les travailleuses et les travailleurs. Ces problèmes ne sont peut-être pas nouveaux, mais ils sont plus souvent ignorés, selon les participantes et participants, parce qu'il faut réduire les coûts.

## **Des établissements qui ne répondent pas aux besoins**

On se plaint également de la contradiction entre ce qui devrait être fait et ce qui est fait en réalité. D'après les personnes interrogées, beaucoup d'établissements ont été construits sans tenir compte des normes suggérées par les études et les avis en matière d'orientation. Un aide l'a expliqué de façon succincte : « D'après le cours que j'ai suivi, tout ce que nous avons, nous ne devrions pas l'avoir. » L'âge des bâtiments n'est pas le seul problème.

Notre établissement a été construit il y a treize ans seulement et nous avons tout ce que nous ne devrions pas avoir. Nous avons des tapis, nous avons des tuiles à motifs, nous avons un type de baignoire dont on dit qu'il ne devrait jamais être utilisé, surtout pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et pourtant, nous y baignons les patients.

Une partie du problème est que la clientèle a changé plus rapidement que les établissements. Et d'autre part, il y a un manque de volonté des employeurs de mettre en application les règles et les ordres émanant des organismes chargés d'assurer la sécurité, du moins selon les soignantes et les soignants à qui nous avons parlé.

De façon générale, les participantes et les participants considèrent que leur travail est devenu plus exigeant physiquement et plus stressant.

N1 : Nous devons soulever des choses plus lourdes, comme les chaises qui sont plus lourdes et plus difficiles à pousser. De plus, le manque de temps est une source importante de stress.

N2 : Et il faut travailler deux fois plus vite.

Ils ont « mal aux bras, aux jambes, aux hanches et aux genoux ». Ils souffrent de micro-traumatismes répétés à force de refaire toujours les mêmes gestes, et de maux de dos à force de soulever de lourdes charges. Tous ces maux ne sont pas nouveaux, mais la charge de travail accrue les rend plus fréquents et plus constants.

Les personnes interrogées disent que les conditions physiques se détériorent et que les exigences physiques augmentent. Et tous ces changements se produisent au moment où « nous-mêmes nous vieillissons. »

## **Parce que vous êtes une femme**

Le fait que l'écrasante majorité du personnel qui travaille en soins de longue durée soit des femmes fait-il une différence ? Selon bon nombre de ces femmes, la réponse est oui et, à cause de cette différence, on ignore ou on camoufle la plupart des risques pour la santé que courent ces femmes.

Plusieurs femmes soutenaient que les dirigeants de ces établissements présumant de certains faits concernant les femmes. Parce que ce sont des femmes, « la direction sait bien que vous ne laisserez personne sans soin quelque part ». Ils savent « qu'une femme ne laisserait jamais son propre enfant » et ils présumant que les femmes accepteront toutes les exigences supplémentaires sans se plaindre et sans s'en prendre aux bénéficiaires. Les femmes compenseront le manque de temps et de fournitures. La direction ayant aussi tendance à présumer que les femmes savent d'instinct comment faire le travail, elle ne sentira pas la nécessité d'assurer leur formation. « Je pense qu'ils savent que nous serons plus attentives », disait une femme dans l'un des groupes. Une autre utilisait presque les mêmes mots : « On dirait qu'ils pensent qu'une femme sera nécessairement plus attentive aux besoins des gens ». Cette présomption se traduit généralement par une augmentation de la charge de travail, sans soutien particulier pour les travailleuses.

Plus d'une femme affirme aussi que certaines de leurs inquiétudes sont balayées du revers de la main parce qu'on les considère comme des plaintes de femmes, des problèmes qui sont dus à la biologie des femmes plutôt qu'à leurs conditions de travail. Par exemple, dans un cas, les préoccupations des soignantes au sujet de l'odeur des tapis ont été ignorées à maintes reprises. Celle qui a manifesté le plus d'insistance s'est vu répondre qu'elle sentait ces odeurs « à cause de son âge », une façon claire d'insinuer que ce ne sont pas les tapis qui sont en cause ici, mais bien la ménopause. Les femmes affirment qu'elles peuvent s'attendre à des réactions semblables lorsqu'elles se plaignent de violence ou de blessures. Il est intéressant de constater que la direction ne tient pas compte de la vie privée des travailleuses quand il faut augmenter la charge de travail, mais elle ne se gêne pas pour le faire pour expliquer les maux des femmes.

Les participantes croient effectivement que les femmes se sentent plus responsables des patients que les hommes, que les femmes sont plus susceptibles d'accepter une augmentation de leur charge de travail sans se plaindre, que « peu importe la pénurie de personnel, [vous] ferez en sorte que les bénéficiaires se sentent en sécurité. » « Je pense que c'est parce que les femmes ont... la fibre maternelle. » Les femmes sont aussi plus susceptibles d'apporter du savon ou d'autres articles de toilette lorsque les établissements en manquent, de friser les cheveux ou de laver le visage des bénéficiaires pour qu'elles se sentent mieux, et d'accepter les reproches des gens de leur communauté lorsque la qualité des soins laisse à désirer.

Mais ce que nous disons, c'est que c'est une question de compassion, c'est pour cela que nous travaillons ici. Et ça, c'est extraordinaire, mais je crois que ça peut aussi jouer contre nous.

Les efforts supplémentaires fournis par ces femmes et leur réticence à se plaindre cachent l'augmentation de la charge de travail et le manque de temps pour prodiguer les soins. « Mais... si c'était des hommes qui travaillaient en majorité dans ces centres et qu'on leur disait, 'dorénavant vous allez faire ceci ou cela', ils diraient 'Ouais, c'est ça. Pas question.' »

Ces femmes trouvaient aussi qu'il est plus probable que les femmes laissent déborder le stress de leur vie professionnelle dans leur vie familiale et qu'elles fassent les heures supplémentaires nécessaires pour faire le travail.

A. Les hommes, s'il faut qu'ils soient partis à 15 h, ils partent à 15 h.

B. Ils peuvent tout laisser tomber et rentrer à la maison.

C. Les hommes dissocient totalement tout cela. Quand c'est l'heure de rentrer, ils ont la conscience tranquille. Je trouve que la plupart des hommes font ça de toute façon.

Pourtant, ces femmes commencent à sentir un changement. Elles commencent à manifester une certaine réticence à accepter l'augmentation des demandes.

Je pense que nous sommes devenus plus endurcies. Nous exigeons de la formation maintenant. Nous avons appris que nous ne réussissons qu'à nous faire du mal.

Elles trouvent aussi que les jeunes femmes sont « un peu plus agressives » dans leurs revendications pour obtenir des changements.

## Intérêts conflictuels

Tous les groupes ont dit être préoccupés par le conflit entre les droits des patients ou leurs soi-disant intérêts et les droits des soignantes et des soignants. Les droits des patients sont devenus de plus en plus importants. Les travailleuses et travailleurs ne s'opposent pas à ce que les patients aient des droits. Mais ils trouvent que ces droits sont protégés au détriment de ceux des soignantes et soignants.

En Ontario, on peut donner l'exemple de la cigarette. Les bénéficiaires ont le droit de fumer « parce qu'ils sont chez eux et... puisqu'il arrive qu'ils ne puissent pas le faire seuls, ils doivent être surveillés. » Bien que les soignantes et les soignants soient autorisés à exercer cette supervision derrière une vitre, « il faut tout de même aller dans la pièce pour y allumer huit ou dix cigarettes à la fois. » Le droit des patients « élimine donc complètement les nôtres ». Avec leur syndicat, ces travailleuses et travailleurs ont réussi à trouver une stratégie de compromis. Ils peuvent échanger cette tâche avec une ou un collègue fumeur, lorsqu'il y en a dans la même équipe de travail. Mais avec les compressions de personnel, la plupart du temps, il n'y a pas de collègue fumeur sur la même équipe de travail.

On peut aussi donner l'exemple de la température. Les membres de ces groupes se plaignaient qu'il faisait trop chaud au travail, même dans les endroits climatisés parce que les systèmes y avaient été fermés. La direction justifiait cette pratique en invoquant les droits des patients et soutenait que « les ventilateurs rendent les lieux trop froids pour les bénéficiaires ». Les travailleuses et travailleurs ont contesté et ont fait valoir qu'en fait, il s'agissait simplement d'un prétexte pour justifier leur stratégie de réduction des coûts.

Un troisième exemple a trait aux nouveaux horaires de travail. La direction disait affecter les soignantes et soignants aux mêmes patients et aux mêmes étages parce que les patients avaient besoin « de voir les mêmes visages ». Mais la répétition des demandes et leur nombre accru, comme nous l'avons vu précédemment, peuvent accroître le stress des soignantes et des soignants qui doivent y répondre, jour après jour. Ce n'est pas la même chose que pour les soins intensifs, où les patients ne restent que peu de temps. Les bénéficiaires peuvent demeurer dans ces établissements plusieurs années et, si les soignantes et les soignants s'attachent souvent à certaines de ces personnes, ils ne veulent pas nécessairement les voir à chaque équipe de travail.

Même si le sujet ne faisait pas partie des questions originales dans les entrevues, les participantes et participants considèrent ces conflits comme des questions de santé. Selon eux, les droits des bénéficiaires sont devenus, pour la direction, un moyen de limiter le droit des soignantes et des soignants à un environnement de travail sain.

## Similitudes et différences

Bien que de nombreuses préoccupations similaires aient été soulevées dans les deux provinces, l'analyse des entrevues des soignantes et soignants de la Colombie-Britannique suggère que les conditions de travail y sont non seulement meilleures, mais aussi qu'un plus grand nombre de stratégies y sont élaborées pour trouver des solutions aux problèmes de santé qui y ont été trouvés. Dans les deux provinces, les personnes interrogées voient des différences marquées entre les établissements sans but lucratif et les établissements à but lucratif. Selon ces personnes, la charge de travail est beaucoup moins lourde dans les établissements sans but lucratif et le travail en équipe y est beaucoup plus fréquent. Que ces différences soient communes à l'ensemble des provinces, des régions et des établissements, et qu'elles soient plus ou moins prononcées selon les endroits, elles devront, comme d'autres questions abordées dans la présente étude, faire l'objet d'une recherche plus approfondie.



# Conclusions



L'examen de la documentation a révélé très peu de recherches portant sur la santé de celles et ceux qui travaillent dans les soins de longue durée, et encore moins de recherches sexospécifiques qui tenaient compte des répercussions des changements sur la santé des femmes. Néanmoins, certaines constantes évidentes apparaissent. Tant la recherche générale et les quelques études qui examinent les soins de longue durée insistent sur l'importance pour la santé du contrôle sur le travail et indiquent que la réorganisation du travail réduit ce sentiment de contrôle pour les femmes.

L'augmentation de la charge de travail, due à divers processus visibles et invisibles, surtout lorsqu'elle est combinée au manque de contrôle et aux responsabilités familiales des femmes, ajoute au stress malsain, tout comme l'insécurité d'emploi. Le soutien social d'autres travailleuses et travailleurs, de la direction, des syndicats et des familles des bénéficiaires peut aider à soulager ce stress. Par contre, les tensions qui croissent dans le sillage de la réorganisation peuvent réduire le soutien social de façon significative. Ces tensions peuvent ajouter au stress de différentes façons invisibles ou exploser dans une violence plus évidente. La recherche la plus récente suggère également que ce stress devient évident dans la santé des femmes en matière de reproduction, les blessures au dos et les blessures musculo-squelettiques, les allergies, l'épuisement et l'abus d'alcool et d'autres drogues.

La présente recherche a été conçue pour explorer la plupart de ces problèmes dans le contexte particulier des conditions changeantes dans le secteur des soins de longue durée et sous un angle sexospécifique, dans le but de proposer une orientation pour d'autres recherches et pour l'élaboration de mesures gouvernementales. Nos entrevues ne comportaient pas de questions directes sur la santé des femmes en matière de reproduction et sur des blessures spécifiques aux femmes, en partie parce qu'il existe déjà des recherches plus complètes sur ces questions. Les participantes avaient la possibilité d'aborder ces sujets, mais ils n'ont pas été soulevés dans nos discussions, peut-être parce que nous n'avons pas posé de questions.

En général, les entrevues reflétaient celles des autres recherches. Ce qui est nouveau dans la présente recherche, toutefois, c'est l'émergence de façons multiples, variées et souvent invisibles dont la charge de travail augmente, non pas tant par un changement explicite au sein des établissements, mais surtout par des changements extérieurs à l'institution qui ont un impact cumulatif sur la santé. À cause de ces changements, il faut maintenant créer de nouvelles formes de formation et de nouvelles approches pour l'établissement des horaires afin de protéger la santé des travailleuses et travailleurs. De même, les entrevues dévoilent quelques-uns des facteurs cachés et variés qui font perdre aux employées et employés le contrôle sur leur travail, surtout lorsqu'il est question de prodiguer des soins que les femmes, en particulier, jugent nécessaires et dont elles se sentent responsables.

Les entrevues révèlent aussi les multiples aspects et l'évolution de la violence, entre autres avec les nouveaux types de bénéficiaires. Cette violence entraîne une augmentation



de l'attention accordée à la protection des bénéficiaires, mais sans préoccupation équivalente pour la protection et le soutien des travailleuses et travailleurs du secteur de soins de longue durée.

Enfin, les recherches ont beaucoup porté sur l'incidence des responsabilités familiales des femmes sur leur travail rémunéré, souvent comme façon d'expliquer leur douleur. Mais la présente recherche suggère qu'il est temps d'examiner l'impact des exigences au travail sur la vie familiale, tant pour les femmes que pour les hommes. Tant les femmes que les hommes ont dit que les changements dans les soins de longue durée avaient des répercussions négatives sur leurs relations familiales, mais ce sont les femmes qui vivent la plus grande tension parce que leurs responsabilités sont plus grandes dans les tâches et dans les relations familiales. En outre, les femmes ont parlé de répercussions qui débordent du cadre familial dans la communauté, une communauté qui les juge responsables, et envers laquelle elles se sentent responsables, de la baisse de la qualité des soins.

Bien que la recherche dégage un consensus croissant, les changements n'ont eu qu'un impact limité sur l'indemnisation des travailleuses et travailleurs malades ou blessés. En effet, l'Ontario a explicitement rejeté comme maladie du travail indemnisable le stress mental, qui est beaucoup plus fréquent dans le travail des femmes en général, et dans le secteur des soins de santé en particulier. Bien que la Colombie-Britannique explore la possibilité d'élargir l'indemnisation de façon à tenir compte du stress au travail, la recommandation qui restreindrait cette reconnaissance au stress non relié aux processus de travail génériques en limiterait sérieusement la portée, parce qu'une grande partie de ce qui est décrit dans la présente recherche a trait justement à ce genre de processus. Dans les deux provinces, l'accent mis sur les circonstances inhabituelles rendrait une bonne partie de ce stress non indemnisable, puisque toutes les femmes interrogées ont décrit des conditions similaires. En outre, les deux provinces ont tendance à privilégier des faits qui sont basés sur la science conventionnelle, une science qui révèle rarement ces facteurs de stress.

Ce qui mène à la préoccupation finale de la présente étude, c'est-à-dire les questions qu'elle soulève pour la recherche actuelle. Depuis quelques années, les recherches sur la santé de la population se sont multipliées. L'Enquête nationale sur la santé de la population, par exemple, suit des personnes pendant un certain temps et permet ainsi d'évaluer les changements.<sup>49</sup> La recherche peut par conséquent fournir un aperçu des changements qui sont survenus dans la santé ainsi que des données comparatives pour chaque sexe. Toutefois, elle est limitée tant par la structure des questions, qui ne permet que des types spécifiques de réponses basées sur les définitions du problème élaborées par les chercheurs, que par l'importance accordée aux individus plutôt qu'aux dangers auxquels ils sont soumis dans certains types de lieux de travail. Cette étude, comme d'autres qui portent sur les préoccupations des femmes, indique la nécessité d'une recherche participative qui permette aux travailleuses et travailleurs de cerner les problèmes et d'élaborer, et qui cherche à dévoiler des processus et des pratiques qui ont jusqu'à maintenant été occultés dans les lieux de travail à prédominance féminine. De plus, elle indique la nécessité d'une recherche qui tient compte du contexte législatif et réglementaire et des formes de propriété. La nouvelle recherche doit explorer les répercussions qui sont différentes pour les femmes, une question que nous n'avons pas pu étudier en profondeur mais qui est néanmoins ressortie dans la discussion. Bien peu de la recherche actuelle tient compte de ce contexte et de ces différences.

---

# Incidence sur les politiques et la recherche

---

À bien des égards, la présente recherche confirme ce qui a déjà été écrit sur les risques pour la santé auxquels sont confrontées les femmes dans leur travail rémunéré. Là où elle diffère, c'est dans l'importance accordée au contexte, qui a une incidence plus spécifique sur le secteur des soins de longue durée :

## **Politiques gouvernementales relatives aux soins de longue durée**

Toutes les politiques doivent être examinées en fonction de leur incidence sur les employées et employés sur les lieux de travail. En matière de soins de longue durée, les gouvernements provinciaux devraient :

- Élaborer et mettre en application des normes de soins minimales pour alléger le stress de la charge de travail.
- Élaborer et mettre en application des normes de formation minimales et offrir une nouvelle formation pour soulager le stress de la charge de travail.
- Inclure les droits des travailleuses et travailleurs dans les lois relatives aux soins de longue durée.
- Élaborer et mettre en application des exigences en matière d'installations qui répondent aux nouveaux profils des bénéficiaires.
- Affecter les bénéficiaires à des établissements, ou du moins à certaines sections des établissements, d'une façon qui réponde à leurs besoins et à ceux des employées et employés.
- Financer les soins de longue durée en tenant compte des compétences et des exigences actuelles en matière de soins.
- Consulter les travailleuses et travailleurs sur les structures physiques des établissements et sur les exigences en matière de fournitures.

## **Indemnisation des travailleuses et travailleurs blessés ou malades**

L'indemnisation doit être liée à la recherche sur les risques pour la santé afin de tenir compte de conditions qui sont indépendantes de la volonté des travailleuses et travailleurs et d'inciter les employeurs à instaurer de meilleures conditions sur les lieux de travail.

- Examiner les règlements en matière d'indemnisation en ce qui a trait à leur incidence sur chaque sexe et sur les lieux de travail.
- Tenir compte des répercussions de l'organisation du travail dans l'élaboration de règlements, en accordant une attention particulière aux conséquences pour la santé de facteurs communs de stress et aux questions soulevées par les femmes, qui prodiguent la majeure partie des soins.
- Étendre l'indemnisation à celles et ceux dont la charge de travail augmente de façon significative, peu importe la cause.
- Inclure la violence exercée par les bénéficiaires, des membres de leur famille ou les patients contre les travailleuses et travailleurs dans les facteurs indemnifiables.

## **Les comités de santé et sécurité au travail**

La création des commissions des accidents du travail, les comités de santé et sécurité au travail devraient élaborer des programmes basés sur la recherche et avoir le pouvoir de mettre en œuvre des changements dans l'organisation et les structures des lieux de travail, changements dont la recherche en organisation du travail a démontré qu'ils ont une influence sur la santé. Comme pour les commissions des accidents du travail, ces comités devraient non seulement représenter la distribution selon le sexe dans les lieux de travail, mais devraient aussi pouvoir effectuer des analyses sexospécifiques.

- Évaluer l'incidence de la réorganisation du travail et élaborer des stratégies pour alléger le stress que cause cette réorganisation.
- Tenir compte de l'impact des différences de sexe dans la réorganisation du travail, surtout en matière de droit de se préoccuper du bien-être des patients, de contrôle sur le travail de prestation des soins et de violence envers les travailleuses et travailleurs.
- Élaborer des programmes de prévention pour tenir compte de la façon dont les tensions au travail influencent les relations familiales et communautaires, de même que le soutien social, et le faire de façon à évaluer les différentes répercussions pour les femmes et les hommes.
- Faire de la sécurité d'emploi une priorité en matière de santé et sécurité au travail.
- Faire de l'organisation physique et sociale une question de santé et sécurité.

---

## Recherche

La recherche, pour être sexospécifique, ne doit pas se borner à compter les femmes ou à analyser les données par sexe.

- Mener des entrevues de groupe et utiliser d'autres stratégies de recherche participatives sur les composantes essentielles et inciter les commissions des accidents de travail et d'autres organismes de décision à en reconnaître la valeur.
- Ne pas se fier uniquement à des questions directes sur les risques associés au travail. Il faut explorer les problèmes de façon à dévoiler l'invisible pour les chercheurs et celles et ceux qui font le travail.
- Poser des questions sur les conséquences pour les familles et les relations avec les autres.
- Élaborer des bases de données comparatives qui examinent différentes stratégies pour les lieux de travail, différentes sortes de propriété et différentes politiques gouvernementales en matière de formules de soins et de formation.
- Tenir compte du contexte.
- Recueillir et analyser des données de façon à reconnaître l'incidence cumulative des changements et leur interaction.

# Annexe I



## Cadre de l'entrevue

- Quel est le titre de votre emploi ?
- Que faites-vous exactement ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le secteur des soins de longue durée ?
- Travaillez-vous à plein temps, à temps partiel, ou sur une base occasionnelle ?
- Occupez-vous un deuxième emploi ?

## Données sur le travail/contexte

- Depuis combien de temps travaillez-vous pour votre employeur (emploi principal) ?
- Quelles sont vos équipes de travail ?
- Combien d'heures supplémentaires faites-vous par semaine ? (payer pour les heures supplémentaires ?)
- Votre emploi est-il sûr ? (Autrement dit, les personnes qui occupent des emplois comme le vôtre sont-elles licenciées ou mises au chômage ?)

## Intensification du travail

- À votre avis, comment le travail a-t-il changé au fil du temps ? REMARQUE : QUESTION À POSER SUR CHAQUE SUJET PLUTÔT QUE COMME QUESTION DISTINCTE (interruptions, perturbations au travail)
- Travaillez-vous plus vite ? (commettez-vous des erreurs ?)
- Travaillez-vous plus longtemps ? (par exemple, plus de 6 jours consécutifs, ou commencer plus tôt ou finir plus tard)
- Travaillez-vous plus tard ? (subissez-vous des pressions ou exige-t-on que vous fassiez des heures supplémentaires – choix ?)
- Arrivez-vous à finir votre travail ?
- Les bénéficiaires ont-ils besoin de plus de soins ou de soins différents ? (éliminer de la norme minimale de 2,5 heures)
- Devez-vous prendre soin d'un plus grand nombre de bénéficiaires ?

- Y a-t-il différentes personnes pour en prendre soin ?
  - Les tâches que vous effectuez sont-elles exigeantes physiquement ? Lesquelles ? (levage)
- 

### **Compétences et formation**

- Utilisez-vous toutes les compétences que vous avez acquises ? (utilisez-vous votre instruction et votre formation ?)
  - Quelles sont vos compétences et comment sont-elles utilisées, ou non utilisées ?
  - Faites-vous du travail pour lequel vous n'avez pas reçu de formation ?
  - Des sessions d'enseignement ou de formation sont-elles prévues pour la nouvelle charge de travail ? (nouveau matériel, nouvelle technologie, protocoles, compétences)
  - Obtenez-vous des explications sur ce que l'on vous demande de faire ?
  - Avez-vous des occasions de discuter de problèmes liés à l'organisation ?
  - Celles et ceux avec qui vous travaillez ont-ils suffisamment d'expérience, de compétence ou de préparation pour faire le travail ?
- 

### **Organisation du travail**

- Travaillez-vous en équipe ? (distribution des tâches ; responsable d'autres personnes, de matériel ; coopération ; exigences d'autres personnes)
  - Y a-t-il des problèmes entre collègues de travail à cause des différents niveaux d'expérience, de formation et d'âge ?
  - Vos tâches ont-elles changé ?
  - Avez-vous un fonctionnement multitâche ? (variation dans les tâches ; travail d'équipe)
  - Est-ce que cela rend le travail plus difficile ou plus facile ? Comment ? (défi des tâches ; réorganisation du programme de travail pendant la journée ; interruptions ; exigences conflictuelles ; trop de travail ; accomplir des tâches qui ne font pas partie de votre travail)
- 

### **Contrôle**

- Avez-vous un certain contrôle sur les tâches que vous effectuez ? (autonomie ; politique de l'établissement : formation, valeurs qui entrent en conflit avec l'établissement ; politique de bureau et bureaucratie ; manque de pouvoir, de consultation, de communication ; problèmes liés à la compréhension (ou au manque de compréhension) de la direction ; clarté du travail ; conflit ; faire des choses qui vont à l'encontre de votre jugement)

- Avez-vous un certain contrôle sur la durée de vos tâches ? (établissement de l'horaire de travail ; autorité de prendre des décisions de votre propre chef)
- Avez-vous un certain contrôle quant aux personnes avec lesquelles vous effectuez les tâches ? (capacité de finir le travail ; manque de compétence du superviseur)

---

### **Incidence sociale**

- Ces changements ont-ils une influence sur votre état d'esprit au travail chaque jour ?
- Réagissez-vous différemment aux bénéficiaires et aux collègues de travail ? (réactions, interactions)
- Ces changements influencent-ils votre état d'esprit à la maison ? (humeur)
- Ces changements influencent-ils la façon dont vous vous entendez avec d'autres personnes au travail ? (climat, atmosphère ; relations sociales ; capacité de travailler en équipe ; soutien ; bonne entente avec le superviseur)
- Ces changements influencent-ils la façon dont vous vous entendez avec d'autres personnes à la maison ? (relations familiales parce que vous êtes une femme)
- Ces changements influencent-ils votre sommeil ou votre appétit ? (épuisée)
- Ces changements vous rendent-ils plus souvent en colère, perturbée, irritable ?
- Ces changements influencent-ils votre satisfaction quant aux soins que vous prodiguez ? (mesurée selon : le temps de parler avec les patients, de répondre à leurs questions, de faire le travail que vous jugez important, d'être utile aux autres ; réalisations, compétence ; influence sur d'autres personnes ; aider ; comment est-ce différent ?)
- Êtes-vous victime de discrimination ou de harcèlement (parce que vous êtes une femme) ? (salaire, promotions ; discrimination fondée sur le sexe, l'origine ethnique, la race ; atmosphère glaciale ; harcèlement sexuel)

---

### **Incidence sur la santé**

- Comment votre emploi vous touche-t-il émotionnellement, physiquement ?
- Est-ce que votre superviseur vous soutient, a-t-il des attentes réalistes ou irréalistes par rapport à votre travail ?
- Qu'en est-il des parents, de la famille ? (jongler avec des tâches et des devoirs conflictuels ; travail ménager à la maison ; y a-t-il de nouvelles responsabilités à la maison ?)
- Votre travail a-t-il une incidence sur vos relations à la maison ; sur le travail que vous y faites et sur la façon dont vous le faites ? Votre famille a-t-elle une incidence sur votre travail rémunéré ?

- Les changements dans le secteur de la santé ont-ils eu une influence sur votre vie à la maison, votre famille ?
- Ces changements ont-ils une influence sur votre santé ou votre sécurité ? (effort physique ; travail exigeant physiquement, stressant ; exposition à la maladie ; conditions physiques au travail ; indemnisation des accidents du travail.; espace physique : est-ce nuisible ou bénéfique pour votre santé)
- Qu'est-ce qui aiderait à améliorer votre santé et votre bien-être ? (un revenu plus sûr, un changement d'emploi, plus de temps avec la famille et les amis, apprendre à mieux relaxer, moins de préoccupations)
- Avez-vous plus mal au dos, aux jambes, aux bras, à la tête?
- Qu'en est-il de vos yeux, de vos mains ?
- Qu'en est-il des infections, des virus ?
- Y a-t-il plus d'incidents violents impliquant des patients ou du personnel ? (hostilité)
- Y a-t-il des allergies liées au travail ?
- Qu'en est-il du stress ? (définissez le stress ; ses manifestations ; composer avec des situations difficiles d'un point de vue émotif, avec des délais déraisonnables, des tâches qui ne sont pas claires, pas d'autonomie, pas de contrôle, pas de rétroaction ; conflits)
- Avez-vous dû limiter vos activités à cause de votre santé ? (incidence sur les activités sociales ; journées de maladie, blessures, invalidités ; incidence sur le travail à la maison, exercice ; vous mène à en faire moins ; problèmes émotifs)

---

## **Syndicats**

- Le syndicat aide-t-il en matière de santé et sécurité ?
- Comment ? (programmes offerts, griefs)
- Que pourrait-il faire de plus ?
- Le comité de santé et sécurité vous offre-t-il une aide efficace ?

---

## **Avantages matériels**

- Votre revenu est-il suffisant ? (en tenant compte des efforts, des réalisations, des avantages sociaux, des congés de maladie)
- Vous sentez-vous appréciée, respectée ? (superviseurs, soutien, préoccupation pour votre bien-être, attention accordée à ce que vous avez à dire, reconnaissance, motivation,



- Votre travail est-il monotone ? (ennuyant, manque de variété, manque d'appréciation ; défis, stimulation)
  - Comment votre travail influence-t-il vos responsabilités familiales ? (trop de travail à la maison, manque de souplesse au travail, relations sociales)
- 

### **Questions sur l'avenir**

- Comment voyez-vous l'avenir ? (J'ai vécu, ou je m'attends à vivre, un changement non souhaitable dans ma situation de travail ; restructuration : petite, importante, à but lucratif, sans but lucratif)

---

## Endnotes

---

1. E. B. Akyeampong, "Missing Work in 1998 - Industry Differences", *Perspectives on Labour and Income*, automne 1999:30-36.
2. Commission des accidents du travail de Colombie-Britannique, *WorkSafe Focus Report on the Health Care Industry*, décembre 1996. Auteur : Richmond, BC, 1996, p.5.
3. Calculé selon des données de Statistique Canada, *Population active de 15 ans et plus selon la branche d'activité et selon le sexe, pour le Canada, Recensement de 1996* <http://www.statcan.ca/english/census96/mar7/occupa/table3/00p.htm>
4. voir Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs, *Your Guide to Independent Living*, Toronto: Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs, juillet 1999.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *La santé au Canada en 2000: Un premier rapport annuel*, Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2000, p.1.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *La santé au Canada en 2000: Un premier rapport annuel*, Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2000, p.5.
7. Groupe de travail sur l'utilisation des services de santé, *When Less Is Better: Using Canada's Hospitals Efficiently* Ottawa: Groupe de travail sur l'utilisation des services de santé, 1994, p.52.
8. K. Bezanson et L. Noce, *Costs, Closures and Confusion: People in Ontario Talk About Health Care*, Toronto: Caledon Institute of Social Policy, 1999, p.6.
9. Ministère de la Santé de l'Ontario, *Le Quotidien, Recensement*, 21 juillet 2000.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *La santé au Canada en 2000: Un premier rapport annuel*, Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2000, p.5.
11. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, Cycle 2-résidents des établissements de santé, 1996-1997*, Ottawa: Statistique Canada, 1999
12. Statistique Canada, Cansim, <http://statcan.ca:80/English/Pdbd/People/health/health23.htm>, 22/07/00.
13. Selon Statistique Canada, le nombre de personnes vivant dans des établissements de soins de santé en 1996-1997 n'a presque pas changé depuis 1994-1995. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, Cycle 2-résidents des établissements de santé, 1996-1997*, Ottawa: Statistique Canada, 1999.
14. Pour une discussion plus approfondie sur les soins de longue durée en Ontario, voir Pat Armstrong et Hugh Armstrong, *Women, Privatization and Health Care Reform*, Toronto : Réseaux nationaux sur les environnements et la santé des femmes, 1999.

15. V.I.Tarman, *Privatization and Health Care: The Case of Ontario Nursing Homes*, Toronto: Garamond, 1990.
16. R. Pear, "U.S. Recommending Strict New Rules At Nursing Homes", *New York Times*, 23 juillet 2000, p.1.
17. Gouvernement de Colombie-Britannique, *Community Care Facility Act. Adult Care Regulations, 1998*; gouvernement de l'Ontario, *Loi sur les maisons de soins infirmiers, Loi sur les établissements de bienfaisance, Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos et Manuel du programme des établissements de soins de longue durée, 1998*.
18. Gouvernement de Colombie-Britannique, *Community Care Facility Act. Adult Care Regulations, 1998*, article 6.7(i).
19. Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé, Demande de qualification pour exploiter des lits de soins intermédiaires, RFQ 98-013, juillet 1998, p.20.
20. Robert Pear, "U.S. Recommending Strict New Rules At Nursing Homes", *New York Times*, 23 juillet 2000, p.1.
21. K. Lippel, "Watching the Watchers: How Expert Witnesses and Decision-makers Perceive Men's and Women's Workplace Stressors", pp.265-291 in K. Messing, B. Neis et L. Dumais (ed.), *Invisible. Issues in Women's Occupational Health*, Charlottetown: Gynergy, 1995.
22. Gouvernement de l'Ontario, *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, chapitre 16, annexe A, 13.(4).
23. Gouvernement de l'Ontario, *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, chapitre 16, annexe A, 13.(5).
24. Commission royale sur l'indemnisation des travailleurs accidentés en Colombie-Britannique, *For the Common Good*, Victoria: Commission royale sur l'indemnisation des travailleurs accidentés en Colombie-Britannique, 1999, recommandation 195, b).
25. Commission royale sur l'indemnisation des travailleurs accidentés en Colombie-Britannique, *For the Common Good*, Victoria: Commission royale sur l'indemnisation des travailleurs accidentés en Colombie-Britannique, 1999, recommandation 195, c).
26. K. Messing, *One-Eyed Science. Occupational health and Women Workers*. Philadelphia : Temple University Press, 1998.
27. Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs d'Ontario, *Rapport annuel. Supplément statistique*, 1998. Toronto: Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs, 1999, tableau 2; Commission des accidents du travail de Colombie-Britannique, *Worksafe Focus Report. Health Care Industry*, 1998, p.8.
28. M.G. Marmot "Social Inequalities in Mortality: The Social Environment", Pp. 21-33 in R. G. Wilkinson (ed.) , *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, London: Tavistock, 1986.
29. Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport statistique sur la santé des Canadiens*, Préparé pour le Comité consultatif fédéral, provincial et des territoires sur la santé de la population, Ottawa: Santé Canada, 1999, p. 52.

30. K. Wilkins et M.P. Beaudet, "Work Stress and Health", *Health Reports*, Winter Vol. I (3):47-62: 1998.
31. Pour un résumé de ces publications, voir Pat Armstrong, Un salaire égal pour un travail d'égale valeur. Document rédigé pour la Commission canadienne des droits de la personne, Ottawa, mars 2000.
32. Calculé à partir de données de Statistique Canada, *Population active de 15 ans et plus selon la branche d'activité et selon le sexe, pour le Canada, Recensement de 1996*.
33. R. Daly, "Cancer Workers Face Burnout", *Toronto Star*, 25 juillet 2000, p. A3.
34. voir P. Armstrong et al., *Managing Reform: Managing Care: Perspectives from B.C. Nurses*. Ottawa: Fédération nationale des syndicats d'infirmières/infirmiers, 1999.
35. M. Estry-Behar et al. "Stress at Work and Mental Health Status Among Female Hospital Workers", *British Journal of Industrial Medicine* janvier, 47(1):20-28, 1990.
36. K. Wilkins et M.P. Beaudet, "Work Stress and Health", *Health Reports*, Winter Vol. I (3):47-62: 1998, p.52.
37. Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport statistique sur la santé des Canadiens*, Préparé pour le Comité consultatif fédéral, provincial et des territoires sur la santé de la population, Ottawa: Santé Canada, 1999, p.53.
38. La recherche effectuée à CINBIOSE montre clairement que les menstruations, la ménopause et les capacités de reproduction des femmes sont influencées par les conditions de travail, même si des chercheuses féministes ont souvent hésité à faire ce lien par crainte qu'une telle recherche ne soit utilisée pour limiter les possibilités d'emploi des femmes. Voir K. Messing, *One-Eyed Science*. Philadelphia: Temple University Press, 1998.
39. J. Auman et B. Draheim. "The downside to downsizing." *Benefits Canada*, mai, 31-3, 1997.
- J.A. Schaefer et R.H. Moos. "Relationship, task and system stressors in the health care workplace. Special Issue: Work stressors in health care and social service settings." *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3(4):285-298, nov. 1993.
- J.A. Engels et al. "Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey." *Occupational and Environmental Medicine*, 53:636-41, 1996.
40. R. Bourbonnais et al. "Job strain, psychological distress, and burnout in nurses." *American Journal of Industrial Medicine*, 34(1):20-8, juillet 1998.
41. Voir A Yassi et al. "The epidemiology of back injuries in nurses at a large Canadian tertiary care hospital: implications for prevention." *Occupational Medicine*, 45(4):215-220, 1995.
- M. Estry-Behar et al. "Stress at work and mental health status among female hospital workers." *British Journal of Industrial Medicine*, 47(1)20-8, jan. 1990.

42. Patricia A Kaufert. "The Vanishing Woman: Gender and Population Health," Pp. 118-136 in Tessa M Pollard et Susan Brin Hyatt (eds). Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
43. Patricia M. Marchak. "The Canadian Labour Farce: Jobs For Women," pp. 202-212 in Marylee Stephenson (ed), *Women in Canada*. Toronto: New Press, 1973.
44. M.L. Ferguson-Pare. "Registered nurses' perception of their autonomy and the factors that influence their autonomy in rehabilitation and long-term care settings." *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(2):95-108, mai-juin 1996.
- R. Bourbonnais et al. "Job strain, psychological distress, and burnout in nurses." *American Journal of Industrial Medicine*, 34(1):20-8, juillet 1998.
- J.A. Schaefer et R.H. Moos. "Relationship, task and system stressors in the health care workplace. Special Issue: Work stressors in health care and social service settings." *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3(4):285-298, 1993 Nov.
45. N.G. Swanson et al. "Occupational stress and women's health." In Sheryle J. Gallant et al (eds), *Health Care for Women: Psychological, Social and Behavioral Influences*. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety & Health, 1997.
- D.Tierney et al. "She ate not the bread of idleness: Exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Quebec hospital workers." *Women and Health*, 16(1): 21-42, 1990.
46. Syndicat des employées et employés d'hôpitaux. *The Workplace Anti-Stress Guide*. Colombie-Britannique : Syndicat des employées et employés d'hôpitaux [Marcy Cohen, coordonnatrice du projet], Syndicat canadien de la fonction publique, 2000.
- G.K.Ahlberg-Hulten et al. "Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel." *Scandinavian Journal of Work Environ Health*, 21:435-9, 1995.
- B. Bearwood et al. "Complaints against nurses: A reflection of the 'new managerialism' and consumerism in health care?" *Social Science and Medicine*, 48:363-74, 1999.
- C. Cott. "'We decide, you carry it out': A social network analysis of multidisciplinary long-term care teams." *Social Science and Medicine*, 45 (9):1411-21, nov.1997.
47. Syndicat canadien de la fonction publique. *Overloaded and Under Fire. Report of the Ontario Social Services Work Environment Survey. Executive Summary*. Ottawa: SCFP, 2000, p. 3.
48. A.M.Trinkoff et C.L.Storr. "Work schedule characteristics and substance use in nurses." *American Journal of Industrial Medicine*, 34(3):266-71, 1998 Sep.
49. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997, contenu pour la principale enquête, Ottawa, sans date.