

Une analyse du travail de préposées à l'accueil pendant la restructuration des services de santé

Karen Messing, Ana Maria Seifert and Diane Elabidi

Volume 12, Number 2, 1999

Invisibles et visibles

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/058047ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/058047ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (print)

1705-9240 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Messing, K., Seifert, A. M. & Elabidi, D. (1999). Une analyse du travail de préposées à l'accueil pendant la restructuration des services de santé. *Recherches féministes*, 12(2), 85–108. <https://doi.org/10.7202/058047ar>

Article abstract

In Québec, the restructuring of the health care system has decreased the length of hospital stays. This has led to a rise in the number of admissions and increased responsibilities for the admissions clerks, who are responsible for making contacts with patients and for patient records. We have used collective and individual Interviews and 30 hours of observation, to record verbal exchanges, the content of telephone communications, interruptions, and other work requirements. The «invisible» demands of this Job are common to women's work in the service sector, where they must handle client relations in a context of dwindling resources, under conditions which make solidarity difficult to attain. To facilitate the communications necessary for this type of emotional work (in the terms of Hochschild) planning and changes in worksite design would be necessary. Thus far, these measures have not been taken into consideration In the management of this service.

Une analyse du travail de préposées à l'accueil pendant la restructuration des services de santé*

KAREN MESSING, ANA MARÍA SEIFERT et DIANE ELABIDI

Il n'est pas évident que les emplois qu'occupent les femmes peuvent présenter un risque pour la santé. Au nom de la faiblesse relative des femmes et de leur responsabilité première dans la reproduction biologique, elles sont habituellement écartées des emplois dans la construction et les mines ainsi que de la majorité des emplois d'usine. Elles sont admises, par contre, dans des emplois où les dangers sont moins visibles mais tout aussi réels (Messing 1998b). Par exemple, la travailleuse de bureau et la préposée à l'entretien risquent le syndrome du canal carpien à cause de leurs mouvements répétés (English *et al.* 1995), la préposée à la buanderie subit une astreinte cardiaque comparable à celle d'un mineur (Brabant, Bédard et Mergler 1989), l'enseignante peut se voir atteinte de troubles mentaux plus souvent qu'à son tour (Gervais 1993) et la coiffeuse risque de connaître des problèmes de reproduction à cause de ses multiples heures d'exposition à des produits chimiques (Kersemaekers, Roeleveld et Zielhuis 1995). De plus, 30,9 % des travailleuses comparativement à 21,8 % des travailleurs ayant occupé un emploi pendant les douze mois précédant l'enquête du ministère de la Santé et des Services sociaux en 1992-1993 affichaient un indice élevé de détresse psychologique (Guyon 1996 : 144).

Malgré ces faits, les risques que courent les travailleuses sont moins présents, en comparaison de ceux de leurs collègues masculins, à l'esprit des personnes-ressources et spécialistes de la santé et de la sécurité au travail et dans le public en général. Ils paraissent banals à côté des accidents des travailleurs, tels une explosion dans une usine ou l'effondrement d'un échafaudage. Puisque les expositions à des produits dangereux dans les emplois féminins sont moins dramatiques, et que leurs effets s'installent souvent de manière progressive, les responsables de la santé au travail ne

* La recherche exposée ici s'est effectuée dans le contexte du partenariat « l'Invisible qui fait mal » entre le Centre de recherche sur les interactions biologiques entre la santé et l'environnement (CINBIOSE) et la Confédération des syndicats nationaux (CSN), la Centrale de l'enseignement du Québec (CEO) et la Fédération des travailleurs et des travailleuses du Québec (FTQ), qui bénéficie d'une subvention d'équipe du Conseil québécois de la recherche sociale. Le partenariat est coordonné par Sylvie de Grosbois du Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal. Nous remercions les travailleuses qui ont collaboré à l'étude, ainsi que le syndicat local et la direction de l'hôpital visé. Danielle Hébert, responsable du Service de la condition féminine de la CSN, nous a conseillées pour le choix du terrain. Nous avons aussi profité, au cours de notre analyse, de discussions avec Maria de Koninck et Louise Vandelac.

se sentent pas interpellés par les problèmes de santé des travailleuses et sont plutôt portés à attribuer ces problèmes de santé à des causes relevant de l'extérieur des milieux de travail : soit à des faiblesses hormonales ou psychologiques, soit au rôle domestique des femmes.

Une technique qui a aidé à rendre visibles les contraintes et les exigences du travail des femmes est l'analyse ergonomique. Depuis 35 ans, des chercheuses et des chercheurs du Laboratoire de physiologie du travail-ergonomie du Conservatoire national des arts et métiers, à Paris, mettent au point des méthodes d'analyse du travail qui combinent l'observation détaillée des gestes, des postures et des mouvements ainsi qu'une recherche du sens par des entretiens individuels et collectifs (Wisner, Laville et Richard 1967 ; Laville *et al.* 1979 ; Teiger et Plaisantin 1984 ; Teiger et Bernier 1992). La démarche part de la prémisse que les travailleuses et les travailleurs déploient des stratégies pour surmonter les contraintes et répondre aux exigences de leur tâche tout en protégeant leur santé. Des scientifiques ont pu déceler, dans des travaux apparemment routiniers, une complexité inattendue de décisions et de savoirs, notamment chez des travailleuses à la chaîne (Wisner, Laville et Richard 1967), des couturières (Teiger et Plaisantin 1984), des téléphonistes (Dessors *et al.* 1978 ; Laville *et al.* 1979) et des préposées à la saisie de données (Teiger et Bernier 1992).

L'analyse féministe n'a pas fait partie des préoccupations des ergonomes pendant l'élaboration de ces analyses ; on considérait que les travailleurs et les travailleuses présentaient une diversité de capacités, et que c'était au milieu de travail de s'adapter à l'éventail des capacités, à celles des femmes comme à celles des hommes. Cette idéologie supposément inclusive a donné comme résultat une concentration sur le travail masculin et une image masculine de l'« opérateur » (Messing 1999). Cependant, on voit dans les analyses de Teiger (Teiger et Plaisantin 1984 ; Teiger et Bernier 1992) la mise en évidence de « compétences méconnues » des travailleuses. Elle introduit les notions de « travail prescrit » (la représentation officielle du travail) et de « travail réel » (les opérations effectuées). Le travail réel comprend les opérations méconnues ou invisibles qui sont nécessaires pour répondre aux exigences de la tâche. Pour leur part, Messing, Chatigny et Courville (1995) y ont ajouté la notion de « travail perçu » en relevant la représentation du travail des femmes dans le cas des usagers et des usagères des services. Le désir de documenter soigneusement et de rendre visibles les contraintes, les exigences et les stratégies du travail des femmes est aussi évident dans les travaux de Vézina (Vézina et Messing 1992 ; Vézina, Courville et Geoffrion 1995).

Ces analyses ont servi à démontrer la spécificité du travail des femmes et ses exigences physiques, mentales et émotives, beaucoup plus élevées que ce que l'on aurait attendu. À l'aide d'un ensemble de travaux, nous constatons que, dans un milieu de travail donné, les postes, les tâches, voire les modes opératoires peuvent différer selon le sexe, à cause de différences hommes-femmes dans les opérations assignées et dans le gabarit physique. Sans pouvoir préciser la cause ultime de cet état de fait, nous observons que, dans plusieurs postes de travail occupés par des femmes, on exige de la finesse (Courville, Dumais et Vézina 1994 ; Messing 1998a), un rôle de tampon entre les établissements et leur population cible, une continuité malgré de nombreuses interruptions, la capacité de faire de multiples opérations

simultanées (Seifert, Messing et Dumais 1997 ; Messing, Chatigny et Courville 1998 ; David *et al.* 1999) et de l'endurance physique (Ryan 1989 ; Laberge et Vézina 1998). Par ailleurs, le fait que le modèle reconnu socialement soit celui de l'homme pourvoyeur crée une organisation du travail qui oblige les femmes à des prouesses de conciliation travail-famille (Prévost et Messing 1997). Plusieurs tâches habituellement assignées aux femmes dans le secteur des services exigent aussi du travail dit « émotionnel » (Hochschild 1983).

La transformation du secteur de la santé a des répercussions sur le travail des femmes (David *et al.* 1999). Le gouvernement du Québec, comme d'autres gouvernements partout au monde, essaie d'accroître l'efficacité de son système de santé, notamment en réduisant l'importance du rôle des hôpitaux. Pendant une seule année, de 1995 à 1996, la durée moyenne du séjour à l'hôpital a diminué de 3,5 % en ce qui concerne la chirurgie et de 5 % en ce qui a trait à la médecine (Morency 1997 : indicateur 1.1.2). Afin de suivre cette évolution, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) exige la tenue de statistiques, pour assurer qu'un maximum de lits sont occupés à tout moment et que la durée de séjour est réduite au minimum compatible avec le traitement. Ce « virage ambulatoire » augmente le rythme de roulement des bénéficiaires et les oblige à arriver à l'hôpital avec tous les examens préopératoires déjà faits de façon à permettre de pratiquer les interventions dans les heures qui suivent. La responsabilité d'assurer le roulement de plus en plus rapide et d'en faire rapport appartient en grande partie aux préposées au service d'accueil et d'admission.

En cela, la tâche de ces travailleuses ressemble à celle de plusieurs emplois occupés par des femmes dans les services où elles constituent « la ligne de front » entre un établissement et ses usagers et usagères (voir DiTecco *et al.* 1992, concernant les téléphonistes ; Seifert, Messing et Dumais 1997, dans le cas des caissières de banque ; Soares 1996 et 1998, au sujet des caissières de supermarché). À cause de cela, et parce que la profession « réceptionniste et commis à l'information » est classée comme la huitième occupation des Québécoises en 1991, avec 37 175 personnes, dont 88,1 % de femmes (Gauthier 1994), l'étude du travail des préposées à l'accueil convenait bien au cadre du programme de recherche intitulé « l'Invisible qui fait mal », qui traite de la santé des travailleuses. Ce programme, issu d'un partenariat de chercheuses et de représentantes de la condition des femmes des trois principales centrales syndicales du Québec, puise dans l'expérience et les pratiques des femmes des moyens d'agir sur un déterminant important de leur santé : leur situation sur le marché du travail.

Dans notre étude sur le travail des préposées à l'accueil, nous avons demandé aux personnes interrogées : 1) de préciser les exigences et les contraintes d'un poste de travail de bureau ; 2) d'indiquer si ces exigences et ces contraintes sont reconnues dans la planification du travail de bureau pendant une période d'intensification du travail. L'analyse nous ayant posé des problèmes techniques, nous avons aussi réfléchi sur les méthodes d'analyse du travail des femmes dans le contexte des études ergonomiques.

Les méthodes

Sur le modèle des interventions françaises (Guérin *et al.* 1991), nos recherches en ergonomie comprennent sept étapes (Messing, Seifert et Escalona 1997 ; Messing, Chatigny et Courville 1998) : 1) la réception d'une demande de recherche ; 2) la désignation des interlocutrices ou des interlocuteurs pertinents ; 3) l'exploration des sujets à traiter avec ces personnes (l'« analyse de la demande » en jargon d'ergonome) ; 4) les observations préliminaires qui permettent de préciser les hypothèses à vérifier, les moments d'échantillonnage appropriés et les éléments du contexte à documenter ; 5) les observations systématiques en vue de la vérification des hypothèses et la documentation du contexte ; 6) la « restitution » et la validation des conclusions avec les interlocutrices ou les interlocuteurs du milieu de travail ; et 7) le dégagement de pistes de solution.

La capacité de généralisation d'une telle étude repose sur le choix des moments d'observation et des indicateurs de l'activité. Dans ce cas, la représentativité n'est pas statistique, mais plutôt de contenu : on examine les situations qui se présentent souvent ou qui permettent de poser les problèmes les plus importants. Les indicateurs bien choisis permettront de suivre les variations de l'activité de travail de telle sorte que ses déterminants puissent être révélés.

Les étapes 1, 2 et 3

La demande de recherche nous a été adressée par la responsable de la condition féminine de la centrale et le syndicat local, en raison de problèmes exprimés dans des rapports concernant la surcharge de travail, de problèmes musculo-squelettiques et de problèmes de relations de travail rapportés par les préposées du Service d'accueil et des archives de l'établissement. Le projet a d'abord été accepté par le comité paritaire (syndical-patronal) de l'établissement qui a aussi approuvé le projet d'analyse ergonomique. Le centre hospitalier, lui, nous a accordé son entière collaboration. Une membre du comité de la condition des femmes du syndicat local a suivi la démarche. Une entrevue collective avec huit travailleuses venant des quatre composantes du Service nous a permis de relever les problèmes prioritaires dans le cas de ces travailleuses et nous a fourni une description générale du travail, de la chronologie des activités, de la perception du travail (« Qu'aimez-vous/Que n'aimez-vous pas dans votre travail ? ») et des difficultés vécues. Enfin, un schéma corporel rempli collectivement (Corlett et Bishop 1976) nous a permis d'obtenir un aperçu des problèmes physiques.

Les étapes 4 et 5

Des observations préliminaires totalisant six heures ont été effectuées dans les quatre divisions du Service : l'admission interne, l'urgence, les consultations externes et les archives. Nous avons alors ciblé plus particulièrement le Service d'admission interne, où seize heures d'observation additionnelles ont été réparties sur quatre

jours. Nous avons effectué huit heures d'observation supplémentaires portant sur les échanges verbaux et les postures des épaules.

Nous avons également interviewé la chef de service et la chef d'équipe sur les problèmes et les difficultés qu'elles vivaient. L'entrevue collective, les entrevues individuelles et les observations préliminaires ont donné lieu à un rapport provisoire qui a fait l'objet d'une discussion avec les huit travailleuses retenues pour l'étude. Cela nous a permis de confirmer la pertinence de notre choix, soit le service d'admission interne, où plusieurs problèmes sont comparables à ceux qu'éprouvent les autres services.

Les étapes 6 et 7

Les conclusions ont été validées séparément avec chaque travailleuse et ensuite au cours d'une entrevue de groupe. Les recommandations ont été discutées avec chacune ainsi qu'avec le comité paritaire en matière de santé et de sécurité au travail, en présence d'une membre du comité de la condition des femmes.

Les résultats

La description générale du service étudié

Le centre hospitalier retenu pour notre étude, un établissement de soins généraux et spécialisés de courte durée situé en milieu urbain, existe depuis 30 ans. Il a une capacité d'accueil de plus de 200 lits, dont, au moment de l'étude, 90 % étaient réservés aux soins de courte durée (de moins de cinq jours). La Direction des services professionnels et hospitaliers est responsable du Service d'accueil et des archives, comprenant les archives, le service d'accueil des usagers et des usagères de l'urgence et des cliniques externes, sans oublier le service d'accueil des personnes hospitalisées, communément appelé le « Service d'admission interne ». Dans cet hôpital, de 1993-1994 à 1995-1996, le nombre de chirurgies d'un jour est passé de 800 à 1 600 et le nombre d'admissions de courte durée en ce qui concerne la chirurgie et la médecine s'est accru, de 4 700 à 4 800 : l'augmentation des admissions est donc d'environ 16 % (Morency 1997). Par contre, le nombre d'employées et d'employés au Service de l'admission interne n'a pas changé au cours de cette période.

La description générale du travail

L'activité principale du Service consiste à assurer l'admission, les transferts et les départs des bénéficiaires, ce qui comprend la communication avec les bénéficiaires pour s'assurer de leur présence aux différents tests et au moment de l'admission, ainsi que l'élaboration et le suivi du dossier.

Le personnel doit aussi répondre aux personnes qui appellent de l'extérieur ou qui se présentent au guichet pour des renseignements généraux ou pour une demande d'admission en particulier.

Selon nos observations effectuées pendant deux semaines, le Service a traité 135 dossiers d'admission par semaine, dont 77 admis à partir de leur domicile, 8 admis à partir de l'urgence et 50 appelés pour des examens de préadmission. Ces chiffres ne tiennent pas compte des transferts ni des inscriptions sur la liste d'attente.

Le travail se fait principalement le jour, de 7 h à 16 h. L'équipe de jour (tableau 1) est composée de trois travailleuses à temps plein (A, B et C) et d'une chef d'équipe (D)¹. Le soir, une seule préposée assume le service de 16 h à minuit.

Tableau 1
Description des quatre travailleuses observées

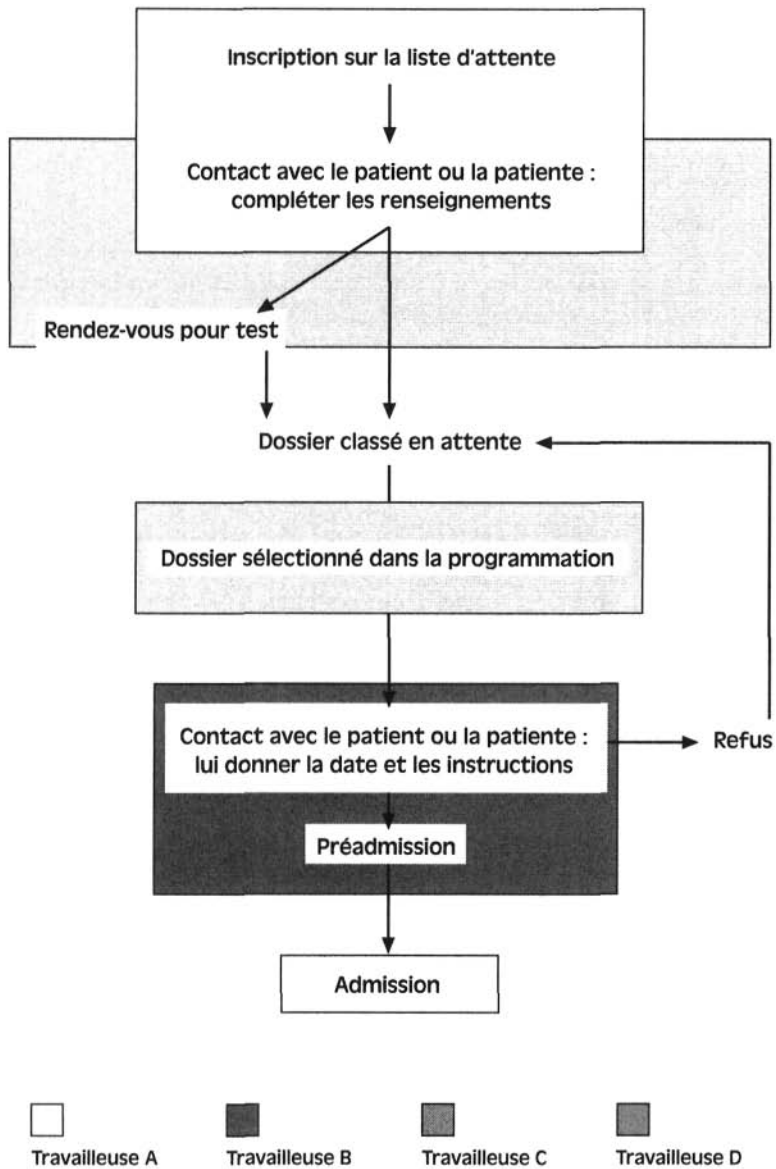
Âge	Moyenne : 46 ans (de 38 à 54 ans)
Scolarité	Diplôme d'études secondaires (2), d'études collégiales (1), d'études universitaires (1)
Ancienneté dans l'hôpital	Moyenne : 17 ans (de 9 à 23 ans)
Ancienneté dans le service	Moyenne : 11 ans (de 8 à 17 ans)

Les opérations des travailleuses de jour se complètent. La chef d'équipe est responsable des contacts avec les médecins ainsi qu'avec les infirmières et les infirmiers et de la programmation des admissions. Une fois par semaine, elle fournit aux travailleuses A et B la liste des bénéficiaires qui doivent être appelés chaque journée de la semaine. Tous les bénéficiaires doivent accepter de venir pour leur intervention cinq jours plus tard, sinon la chef d'équipe (D) est obligée de chercher des remplaçantes ou des remplaçants, un effort d'autant plus grand que le délai restant sera de plus en plus court. La travailleuse A répond à tous les appels de l'extérieur et donne les renseignements ou achemine les appels. Elle inscrit les bénéficiaires sur la liste d'attente et prépare des formulaires d'admission. La travailleuse B a la responsabilité de prendre contact avec les bénéficiaires qui doivent entrer prochainement à l'hôpital. Elle prépare des formulaires de préadmission, des cartes et des bracelets. Quant à la travailleuse C, elle fixe et organise les rendez-vous pour des examens de préadmission (figure 1).

Ces travailleuses ont développé une expertise qui leur permet de garantir la qualité de l'information inscrite dans le dossier. Cela concerne notamment : 1) les termes du diagnostic médical afin de pouvoir décoder l'écriture des médecins ; 2) les tests nécessaires, lorsqu'ils ne sont pas indiqués au bon endroit sur le formulaire ; 3) la façon de s'adresser au ou à la bénéficiaire, pour s'assurer d'une information fiable ;

1. Le travail d'une préposée à temps partiel n'a pas été observé.

Figure 1
Cheminement d'une demande d'admission



4) l'expertise des travailleuses et des travailleurs d'autres services, à qui elles pourraient devoir recourir pour obtenir de l'information.

Les exigences de communication dans la tâche des préposées

La tâche des préposées consiste principalement à communiquer avec les bénéficiaires et avec leurs collègues de même qu'à entrer des données dans les formulaires. Nous avons analysé ces aspects de la tâche.

I L'importance de la communication

Les échanges verbaux occupent en moyenne 45 % du temps des quatre travailleuses. Du temps d'échanges verbaux, 27 % est dédié aux échanges entre collègues de travail et 56 % avec les bénéficiaires au téléphone, le reste étant occupé par les contacts directs avec les bénéficiaires. La fréquence des échanges verbaux des travailleuses est aussi très impressionnante : elles établissent ou reçoivent une communication verbale à une fréquence moyenne d'environ une par minute. Les données échangées sont toutes d'ordre professionnel : les travailleuses ne discutent pas de sujets personnels.

Les quatre travailleuses doivent parler avec les bénéficiaires pour arranger les différentes visites et l'admission. Les communications avec les bénéficiaires peuvent parfois être longues et ardues, puisque ces personnes qui doivent entrer à l'hôpital dans des délais très courts se sentent dès lors anxieuses et bousculées. Toutes les travailleuses doivent donc faire usage de diplomatie, malgré les contraintes temporelles. Pendant un appel qui a duré 8 min 45 s, la travailleuse D a dû répéter ses explications plusieurs fois. Peu après avoir raccroché, elle s'exclame : « J'vas-tu finir ces appels-là ? » Lors de l'appel suivant, la travailleuse D a quand même fait preuve de patience et de sympathie. Par exemple, elle a expliqué à la patiente quoi apporter : sa carte et surtout pas de bijoux. À l'aide du dossier qu'elle avait sous les yeux, elle a mentionné les membres de la famille : « Votre fille pourra le faire si elle vient avec vous ! Oui Madame, on va vous donner à souper, mais je vous conseille de manger avant de venir, ce sera plus agréable... Vous n'avez rien chez vous ?... Demandez à votre fille de vous emmener manger quelque part avant... »

On doit souvent répéter les renseignements. Lors d'un autre appel, la travailleuse D insiste : « Vous sortez le samedi matin. Non, vous ne pouvez pas rester jusqu'à samedi midi, l'étage ferme ! Non Madame ! Mais non, personne ne travaille le samedi ! »

Ces exemples montrent que l'activité de communication exige un grand effort de la part des travailleuses pour s'assurer que toutes les données sont transmises, comprises et enregistrées correctement.

I Le contenu des appels téléphoniques

Pour comprendre les exigences de l'activité des appels téléphoniques, ainsi que les stratégies mises en œuvre par les travailleuses afin d'en assurer la compréhension,

nous avons compilé les appels faits par la travailleuse B pour douze personnes qui devaient être hospitalisées (tableau 2). Il fallait appeler les bénéficiaires pour les aviser que leur dossier avait été sélectionné, leur demander leur accord pour venir cinq jours plus tard, vérifier et compléter les renseignements inscrits sur la demande du ou de la médecin et à l'ordinateur (dans le cas où la personne avait un dossier à l'hôpital).

Notons qu'un seul des douze cas a été réglé de façon « simple », le bénéficiaire ayant noté les renseignements sans problème au premier appel. Tous les autres cas ont nécessité plus d'un appel, parfois à la parenté, ou des explications longues ou difficiles dans certains cas. Ces difficultés apparaissent aussi dans les appels que font les autres travailleuses.

Dans six cas sur douze, la travailleuse B a répété au moins deux fois la date et l'heure d'entrée à l'hôpital. Lorsqu'elle sent que la personne n'a pas compris, elle l'enjoint de répéter les instructions et peut aller jusqu'à demander à la personne d'aller chercher papier et crayon pour noter l'information. À un autre moment, la travailleuse prenait de l'information de la part d'une bénéficiaire allophone. Tous les renseignements devaient être épelés et répétés. Le processus était long et, après l'appel, la travailleuse était découragée. Elle a dit : « Elle était italienne, j'aurais dû utiliser des termes qu'elle connaît. Pas F comme François mais F comme France. Elle est européenne... »

Quand une travailleuse est obligée de téléphoner à un parent ou ami, par exemple, de la personne visée, elle se présente et nomme le degré de parenté de la personne jointe, probablement pour vérifier si elle a le bon numéro et établir un lien de confiance. Elle se sent aussi obligée de justifier pourquoi elle utilise ce numéro. Elle se présente souvent en disant : « Monsieur Untel ? Bonjour, c'est Mme A de l'hôpital Y, je vous appelle pour votre frère, vous savez qu'il doit rentrer à l'hôpital. J'ai essayé de le rejoindre et ça ne répond pas chez lui. Pouvez-vous lui faire le message ? [Elle lui donne alors les instructions.] Allez-vous lui faire le message ? Je vous remercie ! »

Parfois, malgré les efforts de la travailleuse, la communication devient impossible. Dans un cas en particulier, la travailleuse a passé plus de 15 minutes à essayer de vérifier la compréhension et, par la suite, à tenter de se faire donner un autre numéro de téléphone pour communiquer avec la parenté. Dans ce cas, il a même fallu appeler le médecin traitant pour qu'il prenne contact avec le fils de la patiente et s'assure de son entrée à l'hôpital.

■ La communication entre les préposées

La communication entre les préposées est critique pour l'avancement du travail. Un dossier commencé avec une préposée aboutit presque toujours chez une autre, à cause de l'organisation du travail qui fait que chacune accomplit une étape du processus, mais aussi à cause des pauses et des absences. Il ne semble pas toujours possible de suivre l'évolution des dossiers et des imprévus à l'ordinateur, et les dossiers peuvent être dans les mains de plusieurs personnes. Demander aux autres devient alors la façon la plus efficace d'avoir rapidement l'information.

Tableau 2

Appels aux patients et aux patientes pour leur préciser une date d'admission (50 minutes)

DOSSIER	RÉSULTAT	DESCRIPTION DE L'APPEL
Dossiers qui ont fait l'objet d'un seul appel pendant la période		
Dossier 1	Non réglé	Laisse un message.
Dossier 2	Non réglé	Obtient une réponse ; l'appel est transféré ; n'obtient pas de réponse.
Dossier 3	Réglé	<i>Demande le patient ; donne des instructions ; répond aux questions ; répète la date et l'heure.</i>
Dossier 4	Réglé	Demande la patiente ; demande si elle peut lui laisser le message ; laisse le message avec les instructions pour l'admission ; demande à la personne de noter les détails ; demande si la personne a un crayon et du papier ; attend ; répète le nom de la patiente, la date et l'heure.
Dossier 5	Réglé	Demande le patient ; donne la date ; attend ; donne la date et les instructions ; répond aux questions en disant qu'elle n'est pas au courant, qu'il faut se référer au livret donné aux patients et aux patientes.
Dossier 6	Non réglé (Ce cas a duré plusieurs jours, nécessitant l'intervention du médecin pour joindre la parenté de la patiente.)	Demande la patiente ; donne les instructions ; demande si la patiente va se rappeler les instructions ; lui demande d'aller chercher du papier et un crayon ; lui demande si elle peut fournir un second numéro de téléphone ; lui répète la demande de chercher du papier et un crayon ; lui demande si elle est capable d'écrire, si elle comprend ; lui demande <i>si elle peut répéter l'information</i> ; la corrige en disant <i>qu'elle ne rentre pas à 3 heures du matin mais le 3 octobre</i> ; lui demande le numéro de téléphone de son fils ; lui demande de répéter sa date d'hospitalisation ; la corrige : « Ce n'est pas vendredi mais mardi » ; la patiente raccroche.
Dossiers qui ont fait l'objet de deux appels consécutifs		
Dossier 7	Réglé	<i>Demande le patient ; attend ; la communication est coupée ; fait un second appel ; donne les explications ; écoute la réponse ; redonne les explications.</i>
Dossier 8	Réglé	Demande la patiente ; laisse le message ; note qu'elle a laissé le message ; fait un appel à un autre numéro ; demande la patiente ; lui donne les instructions ; avertit qu'elle a laissé le message à l'autre numéro.
Dossiers 9 et 10	Non réglés	N'obtient pas de réponse ; fait un second appel ; n'obtient pas de réponse.
Dossiers qui ont fait l'objet de trois appels consécutifs		
Dossier 11	Réglé	Fait un premier appel sans réponse ; fait un deuxième appel : laisse le message sur le répondeur ; fait un troisième appel ; laisse le message à un parent ; explique pourquoi elle laisse le message chez le parent plutôt qu'au patient (difficultés à le joindre) ; demande si le parent va transmettre le message ; lui demande de répéter les instructions et de rappeler en cas de doute ou de problème.
Dossier 12	Réglé	Laisse le message sur le répondeur ; fait un deuxième appel au frère du patient ; demande la relation de la personne qui répond par rapport au patient ; s'excuse de s'être trompée de numéro ; fait un troisième appel ; joint le frère du patient ; lui demande de prendre note de la date par écrit ; répond aux questions ; répète la date.

Une proportion non négligeable des échanges verbaux (24 % pour la travailleuse D) n'était pas dirigée vers une collègue en particulier. Ces réflexions à haute voix traitent toujours des situations de travail, soit de l'état d'avancement du travail dans la journée ou des problèmes éprouvés. Le « monologue » le plus long était associé à un problème avec l'ordinateur. Il s'agit donc d'une stratégie ayant pour objet d'informer les autres travailleuses des problèmes, des solutions trouvées et de l'état d'avancement des dossiers. Parfois, c'est une manière d'exprimer sa frustration ou d'appeler à l'aide.

Nous avons aussi observé plusieurs fois une travailleuse en train de parler à une autre sans que cette dernière réponde. Pourtant, par l'action entreprise par la suite, on peut affirmer que la personne a entendu le message qui lui était adressé. Ces événements pourraient être considérés comme des indicateurs de la charge de travail des employées qui, accaparées par leur tâche, ne prennent pas le temps de se répondre entre elles ni d'échanger des idées sur des sujets personnels.

I L'entrée de données

Les préposées doivent suivre plusieurs dossiers à la fois, et la procédure peut être interrompue en tout temps par une personne qui se présente au guichet ou par un appel téléphonique. De plus, le Service est utilisé comme raccourci par des médecins et d'autres membres du personnel, qui en profitent souvent pour faire des remarques aux préposées (Seifert, Messing et Elabidi 1996). Le nombre d'opérations simultanées et l'exigence de précision obligent la préposée à un effort de suivi considérable pour faire face aux interruptions. La travailleuse B a deux piles de dossiers, dont une regroupe ceux des bénéficiaires qui ont accepté de venir. Pour ces personnes, elle prépare les éléments du dossier qui doivent être envoyés à l'infirmière ou à l'infirmier du département de séjour : formulaire, bracelet, carte, etc. En même temps, elle fait les appels qui restent. Toute interruption (une par 1,72 minute pendant des périodes achalandées) accroît le risque d'erreurs dans l'entrée de données dans le formulaire ou dans la transcription des renseignements fournis par les personnes appelées. À cause du travail d'équipe, toute erreur peut impliquer, pour d'autres préposées, du travail supplémentaire pour lequel il y a peu de tolérance. Pendant les rencontres de « restitution » et de validation, nous avons entendu des plaintes portant sur des erreurs commises par d'autres préposées, qui sont interprétées comme un signe de manque de soin dans leur travail.

Les obstacles au travail des préposées

Notons, parmi les obstacles rencontrés, le système informatique qui est assez rigide et ne permet pas d'entrer tous les renseignements nécessaires. Les seules données pour lesquelles un espace est prévu sont celles qui sont exigées par le travail des médecins, des infirmières ou des infirmiers ou encore des fonctionnaires responsables des soins. Il n'y a aucun espace disponible pour la communication de l'information relevant du travail des préposées. Par exemple, l'information sur le degré de parenté des personnes à qui on laisse un message est indispensable pour contourner leur

méfiance et légitimer le fait que les préposées connaissent leur numéro de téléphone personnel. Cependant, les espaces alloués à cet égard sont souvent insuffisants et les préposées doivent inscrire les renseignements à la machine à écrire, débordant ainsi l'espace permis. Elles utilisent aussi des papiers de couleur collés au dossier et un emplacement « codé » des dossiers selon l'étape du processus. Ces moyens ne suffisent pas : les préposées doivent se transmettre verbalement beaucoup d'information, comme nous l'avons mentionné plus haut.

Plusieurs aspects des aménagements physiques entravent le travail de communications avec les bénéficiaires et les collègues. La travailleuse A, qui répond au public, doit le faire en principe à l'aide d'une fente dans la fenêtre qui la sépare de celui-ci. En pratique, la fente est située à un niveau qui rend la communication très difficile : trop haut pour l'oreille de la préposée qui est assise, mais trop bas pour la bouche des personnes debout. Elle est donc souvent obligée de se lever et d'ouvrir la porte du local pour répondre à une question. De son côté, la travailleuse C fait face à des difficultés analogues quand elle doit discuter avec les bénéficiaires qui se présentent pour leur rendez-vous préopératoire.

Les aménagements sont souvent inappropriés pour la communication par téléphone. Quand on la compare aux dimensions recommandées (Agence canadienne de normalisation 1989), la surface de travail est trop haute pour trois des quatre travailleuses. Cela conditionne la posture des membres supérieurs, augmentant le nombre de postures inconfortables et leur temps de maintien à l'épaule (Seifert, Messing et Elabidi 1996 : 58). En effet, les travailleuses passent de 40 à 80 % du temps de travail avec les bras en abduction modérée ou prononcée, une posture pouvant amener certaines douleurs.

Enfin, le Service est bruyant, à cause de la sonnerie du téléphone, des conversations, de l'imprimante, du monte-charge qui transporte les dossiers et de sa sonnerie, de la machine à écrire, du passage des collègues, etc. Bien que nous n'ayons pu mesurer le niveau de bruit, nous avons observé qu'il est souvent assez élevé pour rendre difficile la communication entre les préposées sur place ou lorsqu'elles sont au téléphone.

Analyse des résultats

Les préposées à l'accueil sont appelées à s'occuper d'une partie du « virage ambulatoire », sans que leur apport soit reconnu, ni explicitement ni par l'ajout de moyens. À partir d'observations de l'activité de travail de quatre préposées, nous avons trouvé que plusieurs éléments de leur environnement nuisent au travail réel, et ce, à plusieurs niveaux : le physique, le cognitif, l'émotionnel et le relationnel. Nous attribuons ces problèmes en partie à l'invisibilité de leur travail et au fait que l'on sous-estime son importance.

Les travailleuses ont une lourde responsabilité, parce que toute incompréhension ou erreur peut causer une perte du temps de travail, une utilisation sous-optimale de la salle d'opération, un problème dans le remboursement du coût par la province ou

des préjudices à la patiente ou au patient. Les préposées doivent donc déterminer où et comment joindre les bénéficiaires, et s'il est mieux de passer par un ou une membre de la famille. Pour cela, il leur faut établir aussi rapidement que possible une relation de sympathie et de compréhension mutuelle avec chaque personne appelée, ce qui facilitera le transfert de l'information et assurera sa collaboration (Falzon et Lapeyrière 1998). Dans le cas fréquent de bénéficiaires allophones ou atteints de difficultés d'audition ou d'autres incapacités, elles doivent mettre au point des façons de faire passer leur message et de s'assurer qu'elles se sont fait comprendre.

En vue d'établir une relation de collaboration, la préposée fait usage de stratégies pour installer un climat de confiance, pour fixer les limites de la relation et pour donner un soutien émotif à la personne bénéficiaire tout en l'amenant sans délai à la tâche à accomplir. Par exemple, quand elle parle avec un parent, elle lui donne confiance en expliquant comment elle a eu son numéro de téléphone. Elle établit aussi les limites de la relation en se référant à des questions posées à l'infirmière ou à l'infirmier ou à un livret donné aux bénéficiaires. Elle rassure le ou la bénéficiaire qui exprime des craintes (« N'ayez pas peur, vous serez entre bonnes mains ! ») tout en exerçant une certaine pression pour que cette personne suive l'horaire prévu (« Si vous manquez votre opération, il va falloir attendre encore longtemps »).

Il s'agit d'une activité de communication et de soutien émotif aux bénéficiaires, mais aucun des deux aspects n'est soutenu par l'organisation matérielle et sociale du travail.

Un soutien inapproprié quant aux exigences de communication

Pour faire leur travail de communication, les préposées ont besoin d'un aménagement physique approprié et d'un accès suffisant à l'information. Elles doivent pouvoir utiliser convenablement le téléphone et parler directement aux personnes qui se présentent sur place. Elles doivent également pouvoir profiter d'une information complète sur les meilleures façons de communiquer avec les bénéficiaires et sur les problèmes qui leur sont arrivés.

Le coût par trop élevé de ces stratégies dans le cas de la santé des préposées résulte de l'effort excessif imposé par l'inadéquation entre ce travail de communication et les moyens mis à leur disposition. Le temps disponible est limité par l'exigence de prévoir l'admission d'une quinzaine de bénéficiaires par jour dans un délai très court. Pour ce travail, qui exige à la fois l'utilisation du téléphone et de l'ordinateur, seul un téléphone ordinaire est disponible, obligeant la préposée à des postures inconfortables des épaules (Ferguson 1976). Pour assurer une partie de leurs communications, les préposées s'appuient sur les moyens du bord : les notes manuscrites, un emplacement « codé » des dossiers, les connaissances des unes et des autres transmises par des discussions ou des communications à la cantonnade. Nous avons observé un comportement similaire chez des caissières de banque, aux prises avec un système informatique conçu aux seules fins de la comptabilité. Ces dernières aussi comptaient sur un système d'aide-mémoire et de partage de responsabilités pour de l'information (Seifert, Messing et Dumais 1996). Le système mis en place par les préposées a ses

inconvenients. Il y a un très grand nombre d'interruptions, dont plusieurs sont attribuables au fait que chacune a de l'information dont les autres ont besoin et qui doit se transmettre verbalement. D'autres interruptions découlent du fait que l'importance et la charge du travail sont sous-estimées, par exemple, lorsque d'autres membres du personnel utilisent le Service d'accueil comme un passage.

Une bonne partie de l'information dont les préposées ont besoin pourrait être consignée dans les dossiers informatisés ou sur un autre support informatique. Un réaménagement du système informatique était en cours lors de notre passage, mais les préposées n'avaient pas été consultées pendant ce processus. La gestion du dossier, dans l'esprit des concepteurs, devait répondre surtout aux besoins de l'équipe soignante et de l'État. Cette situation nous rappelle le peu de cas fait des contraintes des préposées au nettoyage lors des achats de meubles et de conception de locaux, éléments critiques de leur travail (Messing, Chatigny et Courville 1998). Sans consulter les préposées, les responsables achetaient des meubles noirs ayant une surface rugueuse difficile à épousseter, des chaises dont le nettoyage des pattes exige une posture inconfortable, des miroirs placés trop haut pour un polissage sécuritaire.

Pour diminuer les communications, et pour limiter les efforts de mémoire, ne serait-il pas possible de mettre en place un autre fonctionnement, moins taylorisé, où chaque personne bénéficiaire serait assignée à l'une des quatre travailleuses qui la suivrait à toutes les étapes ? Hélas, nous ne pensons pas que les délais du système permettent un tel luxe : comme tout se planifie en quelques jours et parfois en quelques heures, on ne peut pas permettre que la pause, le repas ou l'absence en raison de la maladie compromette les possibilités de parler à une personne qui rappelle et retarde le contact avec les bénéficiaires. De plus, les bénéficiaires devant être suivis individuellement pendant un certain nombre de semaines, l'effort de mémorisation serait probablement supérieur à ce qui est nécessaire maintenant. Enfin, il faudrait sans doute dupliquer certains éléments de l'équipement, une impossibilité compte tenu des budgets restreints alloués au Service.

Ainsi, le nouveau mode de gestion appelé « flux tendu » (juste-à-temps), choisi pour sa prétendue efficacité, fait problème quand il est appliqué aux emplois occupés par des femmes appelées à négocier avec le public. Il implique un morcellement des interactions et une pression du temps qui sont non seulement désagréables pour les usagers et les usagères mais difficiles à maîtriser pour les travailleuses.

Un soutien inapproprié quant aux exigences du travail émotionnel

Sans pouvoir mettre en évidence les éléments précis et objectivables de la tâche des femmes qui en accroissent la charge émotive, nous pouvons affirmer que les travailleuses que nous avons observées souffrent de la transformation du secteur des services. La psychologue Gutek (1995) décrit comment des entreprises de plus en plus rationalisées transforment des relations de service (*relationships*) en rencontres (*encounters*). Les « relations » s'établissent, en général, à long terme, alors que les « rencontres » sont caractérisées par l'efficacité et le manque d'adhésion émotive. Elle mentionne (1995 : 284) que les entreprises privilégient ce dernier type de relation

quand le travail est perçu comme non qualifié. On accorde effectivement peu de temps aux préposées à l'accueil pour créer une relation de confiance et de communication, s'assurer que le ou la bénéficiaire a bien compris ce que l'on attend de sa part, obtenir des renseignements fiables et pallier ses frustrations devant les attentes et les ratés du système.

De plus en plus d'entreprises mettent sur la ligne de front des gens qui doivent, en quelques secondes, pallier les inconvénients inhérents aux efforts de « rationalisation » des entreprises. On alloue traditionnellement aux femmes ce type de service direct à la clientèle, aux bénéficiaires de même qu'aux étudiantes et aux étudiants². Le sociologue Angelo Soares (1998 : 30) décrit ainsi le travail des caissières de supermarché québécoises et brésiliennes : « Dans les supermarchés, les caissières sont celles qui passent le plus de temps avec les clients et peuvent être considérées comme les « pare-chocs » entre les clients et l'organisation. » Nos études chez les préposées à l'entretien sanitaire (Messing, Seifert et Escalona 1997 ; Messing, Chatigny et Courville 1998), les caissières de banque (Seifert, Messing et Dumais 1997) ainsi que les préposées et préposés aux bénéficiaires (Messing et Elabidi 1998), outre les études sur les téléphonistes (Dessors *et al.* 1978 ; DiTecco *et al.* 1992), nous ont montré que ces emplois mettent souvent les travailleuses en position de devoir faire la médiation entre les besoins des bénéficiaires et les exigences de l'entreprise ou de l'organisme.

La caissière de banque, qui reçoit surtout les cas ne pouvant se régler à l'aide du guichet automatique, a maintenant son quota de cartes de crédit et d'hypothèques à vendre sans que le flux d'usagers et d'usagères ralentisse. Il s'agit encore de personnes qui n'ont qu'un contrôle, un temps et un répertoire de gestes tronqués pour répondre à une population de moins en moins satisfaite. Donc, que ce soit devant un jeune qui a épuisé son compte, une assistée sociale qui veut encaisser immédiatement le chèque de son oncle sur lequel il y a une retenue ou encore le voleur armé nerveux et excité, la caissière doit maintenir un contrôle parfait sur ses émotions tout en permettant un fonctionnement efficace des règles de la banque.

Ces emplois respectent, selon nous, la définition du travail émotionnel de Hochschild (1983 : 7). Elle parle des exigences faites aux agentes de bord : « This [emotional] labor requires one to induce or suppress feeling to sustain the outward countenance that produces the proper state of mind in others³ ». Soares (1996, 1997), pour sa part, décrit le travail émotionnel comme un ensemble d'exigences de qualification et souligne le fait que le genre détermine ce travail à cause des attentes différentes du public par rapport aux femmes et aux hommes.

2. Pour une réflexion sur la transformation des emplois occupés par les femmes, incitée par la « vente » récente des téléphonistes de Bell Canada à un sous-traitant américain, voir Messing *et al.* (1999).

3. Ce travail exige d'induire ou de supprimer ses propres sentiments afin de pouvoir maintenir un visage qui produit l'état d'esprit voulu chez les autres.

Le soutien émotionnel des travailleuses

Outre qu'il exige la gestion des émotions des clientes et des clients, le travail émotionnel demande à la travailleuse de maîtriser ses propres émotions. Un soutien important provient en ce cas de l'équipe de travail. Devant la non-reconnaissance des exigences physiques, cognitives et émotionnelles de leur travail, les travailleuses auraient normalement besoin de se soutenir. Nous avons constaté que, à la suite de certains appels présentant des difficultés particulières, les travailleuses racontent l'épisode à une ou plusieurs collègues et il y a alors échange d'idées sur les stratégies à adopter pour résoudre ces incidents. En plus du fait d'être une façon de chercher la solidarité, les échanges d'idées sont des stratégies de collaboration qui contribuent à la construction d'un savoir collectif. En effet, quand les autres travailleuses auront affaire à une patiente ou à un patient posant des problèmes similaires, elles seront mieux outillées.

Dans l'établissement à l'étude, ce partage de savoirs n'était pas reconnu par les gestionnaires du Service, qui trouvaient que les travailleuses parlaient trop entre elles et que cela nuisait au travail. Un consultant appelé pour régler un problème de bruit avait même proposé d'installer des barrières insonorisées entre les postes des quatre travailleuses (nous l'avons sensibilisé aux difficultés qui auraient résulté d'un tel aménagement). Par ailleurs, nos observations nous ont révélé que l'ensemble des communications était de nature professionnelle.

Dans nos études portant sur les caissières de banque, les préposées aux bénéficiaires et les enseignantes du primaire, nous avons aussi constaté l'importance du milieu de travail dans le soutien émotionnel des travailleuses et la création d'un savoir collectif. Dans chaque cas, l'organisation du travail et l'encadrement posaient certains obstacles au fonctionnement du groupe, attribuables au fait que les gestionnaires n'étaient pas conscients des exigences réelles du travail.

Un autre obstacle au soutien de l'équipe de travail était la « chasse aux erreurs », déjà observée dans le travail des caissières de banque (Seifert, Messing et Dumais 1996) et commune dans les emplois subalternes de cols blancs. Le rythme et la complexité du travail et le nombre d'interruptions combinés exigent une concentration totale. À cause du peu de marge de manœuvre dans l'horaire des interventions, toute erreur implique des opérations supplémentaires et devient presque impardonnable.

Dans le présent cas, un obstacle additionnel au soutien collectif était le contexte de suppressions de postes. Les travailleuses et les travailleurs de l'hôpital vivaient depuis plusieurs années la menace de fermeture de l'établissement ou de la fusion avec d'autres, ainsi que des remarques fréquentes sur la nécessité de diminuer les effectifs. (L'hôpital a fusionné avec un autre deux ans plus tard.) Pendant la période étudiée, l'un des postes était en jeu. Les travailleuses étaient tendues, non seulement à cause de la concurrence pour conserver leur emploi, mais parce qu'elles voyaient que leur capacité de travail avait déjà atteint une certaine limite et que la disparition de l'une d'entre elles entraînerait un débordement additionnel. Il est possible que cette tension entre travailleuses explique notre observation, plutôt étonnante, selon laquelle les conversations observées pendant plusieurs semaines portaient uniquement sur le travail.

Au Québec, l'organisme qui est censé représenter les valeurs d'un collectif est le syndicat. Les travailleuses des services publics et parapublics sont syndiquées aussi souvent que leurs collègues masculins (Motard et Desrochers 1995 : 113), mais elles font face à des objections des décideurs et des décideuses ainsi que du public quand elles abandonnent leur rôle de soutien et revendiquent un traitement équitable (Kergoat *et al.* 1992). Au moment de l'étude, le syndicat était affaibli par un contexte de peur et de concurrence, et débordé par les appels fréquents lui demandant de traiter les conséquences techniques et émotionnelles des suppressions de postes. Donc, paradoxalement, au moment où les travailleuses en avaient peut-être le plus besoin, elles se sentaient moins soutenues par la solidarité syndicale.

L'analyse ergonomique du travail avec le public

Pour l'instant, ce sont des psychologues et des sociologues, avec ou sans collaboration des ergonomes, qui ont réfléchi sur les émotions (Hochschild 1983 ; Dejours 1993 ; Brun 1995 ; David *et al.* 1999). Les experts en psychodynamique du travail en parlent abondamment, dans des études qui portent surtout sur le danger physique que l'on trouve dans les emplois traditionnellement masculins (Cru et Dejours 1983 ; Brun 1995), mais aussi de plus en plus sur les difficultés émotives de collectifs de femmes dans les services (Carpentier-Roy 1991 ; Guiho-Bailly et Dessors 1997 ; Molinier 1996).

En ergonomie, un domaine où l'on se restreint à un examen des « observables », il est plus difficile de rendre compte du subjectif. L'ergonome doit se contenter de ce qui peut être vu et entendu. Cette approche a toutefois l'avantage d'assurer une certaine mesure d'objectivité à ses jugements et d'apporter des données à l'appui des hypothèses, avantage non négligeable si l'on veut transformer la perception du travail des femmes. Cependant, comment peut-on « objectiver » le travail émotionnel ?

Falzon (1997) ainsi que Falzon et Lapeyrière (1998) suggèrent d'analyser les « dialogues de service » en fonction de l'efficacité de la communication. Dans une analyse des rapports entre les malades et ceux et celles qui les soignent (Falzon et Lapeyrière 1998), ils suggèrent d'intégrer l'usager ou l'usagère du service (la personne malade) comme « partenaire d'une situation de travail coopératif », une expression qui décrit bien certaines interactions que nous avons observées. La préposée doit repérer rapidement les compétences et les faiblesses des bénéficiaires et de leur parenté, pour pouvoir faire appel aux unes et contourner les autres. Songeons par exemple à la conversation avec la bénéficiaire italienne (« J'aurais dû dire F comme France »), où la travailleuse se reproche de ne pas avoir su adapter la question aux compétences particulières de la bénéficiaire.

Les aspects émotifs de ces relations sont explicitement laissés de côté dans l'analyse de Falzon et Lapeyrière (1998 : 88), qui se concentrent sur les tentatives de construction d'une représentation commune de la tâche à accomplir. Cependant, leur conclusion est que « l'ergonomie, dans son approche de la « réalité » de l'activité, ne peut faire l'impasse sur ces facteurs liés à la relation avec l'autre [...] Il est clair que leur intégration et leur compréhension figurent désormais sur l'agenda de recherche de la discipline. »

En ce qui concerne le soutien émotionnel des travailleuses, il existe plusieurs études ergonomiques du travail collectif (entre autres, celles qui ont été recueillies par Six et Vaxevanoglou (1993)), mais les aspects émotionnels n'y figurent pas directement. Bien que le sexe des personnes à l'étude ne soit pas spécifié dans ces rapports, le fonctionnement décrit est celui que l'on trouve habituellement dans des emplois traditionnellement masculins. Le travail est caractérisé par sa concentration sur une opération physique (creusage de tunnel (Berger *et al.* 1993), manutention (Andro et Leroy 1993), transport par voie ferrée (Cuny 1993)) ou sur la production de biens (Davillerd et Grusenmeyer 1993). Il y a souvent un élément de danger physique (travail sur le chantier (Vaxevanoglou *et al.* 1993)) qui fait que l'équipe de travail doit avoir confiance en chaque individu. L'objet de la communication est opérationnel et cognitif, et le but de l'ergonome est de pouvoir aider à assurer un travail sans erreurs.

Dans la présente étude, l'objet de la communication avec les bénéficiaires, et de celle entre les collègues, est non seulement opérationnel et cognitif (se procurer de l'information fiable, transmettre de l'information claire) mais aussi émotionnel. Ainsi, il faut juger rapidement de l'état de chaque bénéficiaire et le ou la rassurer. Par ailleurs, lorsqu'une collègue sort d'une conversation difficile, elle doit être soutenue. Ces contraintes émotives doivent donc être prises en considération dans les analyses du travail.

Nous pensons que l'activité de « gestion » des usagères ou des usagers ou encore des bénéficiaires par les préposées afin d'exprimer les émotions convenables comporte des « observables » qui peuvent se prêter à l'analyse ergonomique. Bien qu'elle se situe en psychodynamique du travail, une observation de Carpentier-Roy (1990 : 27) sur le travail des infirmières avec des patients sidéens aurait pu se prêter à l'étude systématique en ergonomie. Elle a remarqué : « je constatais que plus les malades s'approchaient de la phase terminale, moins les infirmières respectaient le protocole [de prévention] [...] par exemple, elles laissaient tomber gants et masque. » Les infirmières ont expliqué : « On ne peut pas refuser à un être humain qui va mourir un dernier contact humain... » Ce phénomène semble respecter la démarcation par Cru (1992 : 257) du « territoire » des ergonomes : « la verbalisation issue de l'entretien doit être rapportée aux observables, et de manière générale au déroulement connu de la tâche dans ses contraintes chronologiques, causales, logiques ».

Quelques études ergonomiques ont amorcé des observations du travail émotionnel. Bigaouette (1996) a fait ressortir quelques stratégies déployées par les préposées aux bénéficiaires expérimentées pour prévenir les actes violents de patientes ou de patients déments. Parmi ces stratégies figurait la communication sans interruption avec les bénéficiaires, stratégie souvent inaccessible aux préposées à l'accueil.

Pendant la présente recherche, nous avons pu repérer un certain nombre de stratégies relevant de la « gestion » des émotions des usagères et des usagers. Nous n'en avons pas tenu un relevé systématique, mais nous avons constaté que, pour amener les bénéficiaires à accepter la date proposée, les travailleuses s'excusent (même si elles n'ont habituellement aucun contrôle sur le délai) ; elles rappellent aux bénéficiaires que leur refus peut les amener à attendre longtemps pour une autre date ; elles les rassurent sur plusieurs aspects de leur séjour ; elles leur rappellent que

la santé est importante, etc. Il serait intéressant de pouvoir analyser plus à fond la composante émotionnelle de leur travail, ce que nous n'avons pas fait dans l'étude actuelle. On pourrait examiner les déterminants du travail émotionnel de façon plus systématique, notamment par le traitement des appels concernant des bénéficiaires qui s'impatientent pour avoir une date d'hospitalisation, le traitement selon le sexe des bénéficiaires ou selon la durée anticipée d'hospitalisation (durée, timbre de la voix, durée de l'écoute sans interruption par la préposée).

Nous pensons que, tout comme dans le cas du travail émotionnel consistant à *produire* des émotions, il est possible d'appuyer des hypothèses touchant la subjectivité des travailleuses par des « observables ». Nous aurions pu, par exemple, analyser le traitement des appels selon les difficultés de communication du ou de la bénéficiaire (hypothèse d'impatience) ou selon l'heure de la journée (hypothèse de fatigue). Cependant, pour l'essentiel de notre connaissance de la subjectivité des travailleuses, il faudrait s'appuyer sur leur propre verbalisation. Cette mise en contexte devient de plus en plus importante, quand on analyse le travail des femmes. Malheureusement, les stratégies de « rationalisation » des entreprises laisse de moins en moins de temps disponible pour les entrevues avec les travailleuses, surtout dans un contexte de demande syndicale.

Conclusion

Les préposées sont non seulement les premiers points de contact avec l'hôpital, mais aussi la clé du bon cheminement des bénéficiaires. Cet aspect a été soulevé par un responsable syndical après avoir écouté notre rapport : « Mais c'est un poste clé ! Si elles faisaient la grève, elles pourraient tout bloquer », disait-il avec enthousiasme. Cependant, deux ans plus tard, peu de changements ont été effectués et les salariées paraissent désabusées. Comment pourraient-elles en arriver à utiliser ce pouvoir potentiel pour améliorer leurs conditions de travail ? Est-ce vrai, comme l'affirme Carpentier-Roy (1991 : 123-124) à partir de son analyse du travail des infirmières, que « le pouvoir des femmes n'a jamais dépassé le *pouvoir de* [représenter] et n'a jamais atteint le *pouvoir sur*, le seul pouvoir réel qui débouche sur l'espace public et politique » ?

Nous ne pouvons pas prétendre à une analyse fine des rapports de pouvoir dans les hôpitaux à partir d'une analyse du travail. La tâche de l'ergonome est de mettre en évidence les facteurs qui nuisent à la santé des travailleuses et à la qualité de leur travail. À partir des données de notre étude, nous avons pu relever comme déterminants de la charge physique, mentale et émotionnelle non seulement des éléments des aménagements et des outils, mais aussi un manque de reconnaissance publique de l'importance et de la complexité du travail. Cette invisibilité pourrait être contrée par des actions menées par le collectif des femmes, mais les mêmes facteurs organisationnels qui minent leur santé s'attaquent aussi à la solidarité.

Nous pensons que la « rationalisation » en cours dans les entreprises québécoises est particulièrement menaçante pour le travail des femmes, à cause de ses composantes

invisibles (Messing 1998b). Si les exigences du travail des femmes ne sont pas connues, les achats d'équipement nécessaires pour ce travail ne seront pas prioritaires. Si des aspects de l'activité du travail ne sont pas visibles pour les personnes qui font la planification, le temps alloué ne sera pas suffisant et les postes occupés par des femmes seront plus souvent supprimés.

Les caissières, les commis et les réceptionnistes sont considérées par certaines personnes comme des employées sans qualification exerçant des activités de routine, non essentielles à la mission « réelle » de l'entreprise. Cependant, ces types d'emplois sont souvent ceux qui protègent le caractère humain des interactions avec le public. Ils fournissent l'« huile » qui permet de faire fonctionner la machinerie des services. En la réduisant, on risque d'enrayer les roues. Il est donc particulièrement important à l'heure actuelle de détailler les opérations exigeantes et nécessaires du travail des femmes dans le secteur des services et de mener des actions pour les faire reconnaître.

— RÉFÉRENCES

AGENCE CANADIENNE DE NORMALISATION (ACNOR)

1989 *Norme nationale du Canada CAN/CSA 2412-M.89. Guide sur l'ergonomie au bureau.* Rexdale, ACNOR.

ANDRO, M., et Y. LEROY

1993 « Travail collectif et nouvelles techniques de conditionnement des captures à bord des chalutiers hauturiers de pêche fraîche », in F. Six et X. Vaxevanoglou (dir.), *Les aspects collectifs du travail.* Toulouse, Octarès : 67-72.

BERGER, M., et al.

1993 « Communication, collaboration et coordination sur postes de travail de groupe pour la supervision de la télécommunication et des équipements de tunnels », in F. Six et X. Vaxevanoglou (dir.), *Les aspects collectifs du travail.* Toulouse, Octarès : 73-80.

BIGAUQUETTE, Michel

1996 « L'harmonie ne règne pas toujours entre les préposées aux bénéficiaires et leurs clients », *Objectif prévention*, 19 : 30-32.

BRABANT, Carole, Sylvie BÉDARD et Donna MERGLER

1989 « Cardiac Strain among Women Workers in an Industrial Laundry », *Ergonomics*, 32, 6 : 615-628.

BRUN, J.-P.

1995 « Work Activity and Subjectivity: A Behind the Scenes Look at the Work of Linemen », *Relations industrielles/Industrial Relations*, 50, 4 : 811-824.

CARPENTIER-ROY, M.

1991 *Corps et âme.* Ville Saint-Laurent, Liber.

CARPENTIER-ROY, M.

1990 « Plaisir et souffrance des infirmières au travail : l'empreinte de l'imaginaire féminin », *Prévenir*, 20, 1^{er} semestre : 23-30.

CORLETT, E.N., et R.P. BISHOP

1976 « A Technique for Assessing Postural Discomfort », *Ergonomics*, 19 : 175-182.

COURVILLE, Julie, Lucie DUMAIS et Nicole VÉZINA

1994 « Conditions de travail de femmes et d'hommes sur une chaîne de découpe de volaille et développement d'atteintes musculo-squelettiques », *Travail et santé*, 10, 3 : S17-S23.

CRU, Damien

1992 « Le statut de la parole en ergonomie et en psychopathologie du travail », *Revue de médecine du travail*, XIX, 5 : 255-259.

CRU, Damien, et Christophe DEJOURS

1983 « Savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment », *Cahiers médicaux-sociaux*, 27 : 239-247.

CUNY, Xavier

1993 « La circulation de l'information dans un système élémentaire d'un service de transport », in J. Leplat (dir.), *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Toulouse, Octarès, t. 2 : 315-340.

DAVID, Hélène, *et al.*

1999 « Pratiques infirmières, maintien à domicile et virage ambulatoire au Québec », *Recherches féministes*, 12, 1 : 43-62.

DAVILLERD, C., et C. GRUSENMEYER

1993 « La relève de poste : une période spécifique du travail collectif », in F. Six et X. Vaxevanoglou (dir.), *Les aspects collectifs du travail*. Toulouse. Octarès : 81-90.

DEJOURS, Christophe

1993 *Travail : usure mentale*. Paris, Bayard.

DESSORS, Dominique, *et al.*

1978 « Conditions de travail des opératrices des renseignements téléphoniques et conséquences sur leur vie personnelle et sociale », *Archives des maladies professionnelles*, 40, 3-4 : 469-500.

DITECCO, D., *et al.*

1992 « Operator Stress and Monitoring Practices », *Applied Ergonomics*, 23, 1 : 29-34.

ENGLISH, C.J., *et al.*

1995 « Relations Between Upper Limb Soft Tissue Disorders and Repetitive Movements at Work », *American Journal of Industrial Medicine*, 27, 1 : 75-90.

FALZON, Pierre

1997 « L'ergonomie des services », *Performances humaines et techniques*, 89 : 6-7.

FALZON, Pierre, et Solange LAPEYRIÈRE

1998 « L'usager et l'opérateur : ergonomie et relations de service », *Le travail humain*, 61 : 69-90.

FERGUSON, D.

1976 « Posture, Aching and Body Build in Telephonists », *Journal of Human Ergology*, 5 : 183-186.

GAUTHIER, H.

1994 « La profession », in S. Asselin *et al.* (dir.), *Les hommes et les femmes : une comparaison de leurs conditions de vie*. Québec, Bureau de la statistique du Québec : 163-182.

GERVAIS, Michèle

1993 *Bilan de santé des travailleurs québécois*. Montréal, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.

GUÉRIN, François, *et al.*

1991 *Comprendre le travail pour le transformer : la pratique de l'ergonomie*. Montrouge, Éditions de l'ANACT, chapitre 6.

GUIHO-BAILLY, Marie-P., et Dominique DESSORS

1997 « Questionnement de la stratégie défensive d'un collectif de femmes dans le travail social : ruse de la bêtise et reconnaissance par la plainte », *Actes du Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail*. Paris, 30 et 31 janvier, t. II : 281-298.

GUTEK, Barbara

1995 *The Dynamics of Service*. San Francisco, Jossey-Bass.

GUYON, Louise

1996 *Derrière les apparences : santé et conditions de vie des femmes*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

HOCHSCHILD, Arlene R.

1983 *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*. Berkeley, University of California Press.

KERGOAT, Danièle, *et al.*

1992 *Les infirmières et leur coordination. 1988-1989*. Paris, Éditions Lamarre.

KERSEMAEKERS, W.M., N. ROELEVELD et G.A. ZIELHUIS

1996 « Reproductive Disorders Among Hairdressers », *Epidemiology*, 8, 4 : 396-401.

LABERGE, Marie, et Nicole VÉZINA

1998 « Un banc assis-debout pour les caissières », *Travail et santé*, 14, 2 : 42-48.

LAVILLE, Antoine, *et al.*

1979 « Quelques caractéristiques de la fatigue visuelle provoquée par le travail de détection sur microfiches », *Le Travail humain*, 42, 2 : 261-273.

MESSING, Karen

1999 « La pertinence de tenir compte du sexe des « opérateurs » dans les études ergonomiques : bilan de recherches », *Pistes* [www.unite.uqam.ca/pistes/]. Montréal, Université du Québec à Montréal.

1998a « Hospital Trash : Cleaners Speak of their Role in Disease Prevention », *Medical Anthropology Quarterly*, 12, 2 : 168-187.

1998b *One-eyed Science : Occupational Health and Women Workers*. Philadelphia, Temple University Press. (À paraître en 1999 en version française sous le titre : *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle ?* Montréal, Les Éditions du remue-ménage.)

- 1997 « Le genre des « opérateurs » : est-ce un paramètre pertinent pour l'analyse du travail ? », *Égalité, équité, discrimination : hommes et femmes sur le marché du travail. Les Cahiers du MAGE*, 4, 96 : 45-60.
- MESSING, Karen, Céline CHATIGNY et Julie COURVILLE
- 1998 « « Light » and « Heavy » Work : An Analysis of Housekeeping in a Hospital », *Applied Ergonomics*, 29, 6 : 451-459.
- 1995 « Travail prescrit, travail réel, travail perçu : l'entretien sanitaire « lourd » et « léger » en milieu hospitalier ». Biarritz, Actes du Congrès de la Société d'ergonomie de langue française, 27 septembre : 578-585.
- MESSING, Karen, Ana María SEIFERT et Evelin ESCALONA
- 1997 « The 120-Second Minute : Using Analysis of Work Activity to Prevent Psychological Distress Among Elementary School Teachers », *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 1 : 45-62.
- MESSING, Karen, et Diane ELABIDI
- 1998 « La collaboration entre préposés et préposées aux bénéficiaires dans les tâches impliquant de la force physique », *Objectif Prévention*, 21, 5 : 24-26.
- MESSING, Karen, *et al.*
- 1999 « Dégraisser jusqu'à enrayer les engrenages », *Le Devoir*, 10 février : A6.
- MOLINIER, Pascale
- 1996 « Autonomie morale subjective et construction de l'identité sexuelle : l'apport de la psychodynamique du travail », *Revue internationale de psychosociologie*, 5 : 53-62.
- MORENCY, S. (dir.)
- 1997 *Rapport du comité MSSS-Régies régionales sur le suivi de la transformation du réseau*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MOTARD, Louise, et Lucie DESROCHERS
- 1995 *Les Québécoises déchiffrées : portrait statistique*. Québec, Les Publications du Québec.
- PRÉVOST, Johane, et Karen MESSING
- 1997 « Quel horaire, *What Schedule* ? L'horaire de travail irrégulier des téléphonistes », in A. Soares (dir.), *Stratégies de résistance et travail des femmes*. Montréal, Harmattan : 251-270.
- RYAN, G.A.
- 1989 « The Prevalence of Musculo-skeletal Symptoms in Supermarket Workers », *Ergonomics*, 32, 4 : 359-371.
- SEIFERT, Ana María, Karen MESSING et Lucie DUMAIS
- 1997 « Star Wars and Strategic Defense Initiatives : Work Activity and Health Symptoms of Unionized Bank Tellers During Work Reorganization », *International Journal of Health Services*, 27, 3 : 455-477.
- 1996 *Les caissières dans l'œil du cyclone : analyse de l'activité de travail des caissières de banque*. Montréal, CINBIOSE.
- SEIFERT, Ana María, Karen MESSING et Diane ELABIDI
- 1996 *Analyse du travail des préposées à l'accueil de l'Hôpital X*. Montréal, CINBIOSE.
- SIX, F., et X. VAXEVANOGLOU
- 1993 *Les aspects collectifs du travail*. Toulouse, Octarès.

SOARES, Angelo (dir.)

- 1998 « Sur la ligne de feu : la rencontre entre la caissière et les clients des supermarchés », in C. Lamoureux et E. Morin (dir.), *Travail et carrière en quête de sens*. Cap-Rouge, Presses Inter Universitaires : 29-35.
- 1997 « Si loin, si proche : le travail dans le secteur des services », *Psychologie du travail et des organisations*, 3, 3-4 : 55-59.
- 1996 « La solidarité comme stratégie de résistance : les caissières des supermarchés au Québec et au Brésil », in A. Soares (dir.), *Stratégies de résistance et travail des femmes*. Montréal, Harmattan : 185-216.

TEIGER, Catherine, et Colette BERNIER

- 1992 « Ergonomic Analysis of Work Activity of Data Entry Clerks in the Computerized Service Sector can Reveal Unrecognized Skills », *Women and Health*, 18, 3 : 67-78.

TEIGER, Catherine, et Marie-C. PLAISANTIN

- 1984 « Les contraintes du travail dans les travaux répétitifs de masse et leurs conséquences sur les travailleuses », in J.-A. Bouchard (dir.), *Les effets des conditions de travail sur la santé des travailleuses*. Montréal, Confédération des syndicats nationaux : 33-68.

VAXEVANOGLOU, Xavier, *et al.*

- 1992 « À propos du travail collectif sur les chantiers du BTP », in F. Six et X. Vaxevanoglou (dir.), *Les aspects collectifs du travail*. Toulouse, Octarès : 119-126.

VÉZINA, N., J. COURVILLE et L. GEOFFRION

- 1995 « Problèmes musculosquelettiques, caractéristiques des postes de travailleurs et des postes de travailleuses sur une chaîne de découpe de dinde », in K. Messing, B. Neis et L. Dumais (dir.), *Invisible : la santé des travailleuses*. Charlottetown (Canada), Gynergy books : 29-61.

VÉZINA, N., et K. MESSING

- 1992 « L'examen du poste d'opératrice de machine à coudre amène un questionnement sur le travail industriel des femmes », *Médecine et travail*, 153 : 41-47.

WISNER, Alain, Antoine LAVILLE et E. RICHARD

- 1967 *Conditions de travail des femmes O.S. dans la construction électronique*. Paris, Laboratoire de physiologie du travail et ergonomie du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM). Rapport n° 2.