

Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé

The division of labour in the health sector: Gender and ethnic factors

Marguerite Cognet et Sylvie Fortin

Numéro 49, printemps 2003

Des sociétés sans classes ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/007911ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/007911ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (imprimé)

1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Cognet, M. & Fortin, S. (2003). Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé. *Lien social et Politiques*, (49), 155–172.
<https://doi.org/10.7202/007911ar>

Résumé de l'article

À partir d'une recherche menée à Montréal auprès des prestataires de soins et services à domicile, cet article traite du métier d'auxiliaire et des modes de classement opérés en regard du travail lui-même, des origines ethniques ou nationales des auxiliaires et enfin, de la place du genre dans ce classement. Le phénomène de stratification sociale, loin de disparaître, est au cœur même de la nouvelle organisation des soins de santé, où certaines catégories d'individus, notamment les femmes, et l'origine, dans ce cas antillaise, occupent une place singulière. Dans une organisation très structurée et aussi hiérarchisée que celle de la santé, où toutes les prestations n'ont pas la même place, et où ceux qui en sont les dispensateurs ne jouissent pas de la même valeur, la division du travail par le genre et les origines ethniques ou nationales pourrait bien être le mécanisme sur lequel repose et se réalise la réforme du système de santé canadien. Un tel contexte donne à voir non pas l'effacement des enjeux de classe, mais bien plutôt leur imbrication à d'autres catégories de classement à l'ombre desquelles se perpétuent les rapports de pouvoir dans le monde du travail, et plus largement les processus de stratification sociale.

Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé

Marguerite Cognet et Sylvie Fortin

Les phénomènes de classe sociale et de genre ont été mis en exergue comme variables classiques de structuration des rapports de domination. L'ethnicité est apparue plus récemment. Dans les faits, ces trois dimensions sont le plus souvent étroitement reliées. Pour Juteau (1999) et Simon (1997), il s'agit même d'un rapport inaliénable. Néanmoins, l'ethnicité est encore trop souvent ignorée, tant elle est dissimulée (parce que dissimulable) par des discours rationnels qui déguisent des différences de traitement (dans l'accès aux emplois ou à d'autres ressources) en termes de compétence, de diplôme, de responsabilité, d'autonomie, voire de contraintes économiques «supérieures», etc. (De Rudder et al., 2000; James, 1999; Li, 1998; Simmons, 1998). Il reste que *nolens volens*, implicitement ou explicitement, les rapports

sociaux, entendus comme structures macrosociales, et les relations sociales, entendues comme modalités concrètes des interactions, en procèdent. Les dynamiques par lesquelles les dimensions s'actualisent et donnent corps à la stratification sociale, sans invalider le traditionnel schéma des rapports de pouvoir entre classes sociales, témoignent surtout de la complexité des phénomènes. Une étude récente¹, menée auprès des prestataires de services et soins à domicile exerçant à Montréal en milieux publics et privés à but lucratif, met à l'avant-plan les liens entre hiérarchie sociale, genre et ethnicité dans ce secteur d'activité.

L'examen d'une catégorie peu documentée parmi les professions de la santé, les auxiliaires familiaux qui prodiguent des soins à domicile, donne à voir le poids

relatif du genre et de l'origine ethnique dans la division du travail en santé. Aussi, dans ce texte, irons-nous au-delà de la traditionnelle hiérarchie au sein de ce secteur d'activité (médecins spécialistes, généralistes, infirmières et infirmiers, aides infirmiers et, enfin, auxiliaires familiaux), pour mettre en évidence une étroite interrelation constitutive des rapports sociaux en contexte pluriethnique, soit celle entre hiérarchie sociale, hiérarchie professionnelle, hiérarchie des lieux du travail, et hiérarchies de genre et d'origine ethnique. Pour ce faire, nous brosserons d'abord un tableau de l'organisation québécoise des soins de santé dans le cadre de la réforme des années 1990, suivi d'un aperçu de l'objet de recherche et de la méthode d'investigation. Nous discuterons les lignes de partage sur lesquelles se fonde la division du

travail, pour en venir à la situation des auxiliaires familiaux exerçant à Montréal. Nous centrerons notre analyse sur le métier d'auxiliaire et les modes de classement opérés en regard du travail lui-même, des origines ethniques ou nationales des auxiliaires et, enfin, de la place du genre dans ce classement. En nous appuyant sur les résultats de notre étude, nous montrerons que le phénomène de stratification sociale, loin de disparaître, est au cœur de la nouvelle organisation des soins de santé, où certaines catégories sociales, notamment le genre féminin et l'origine caraïbéenne (avec ses traits phénotypiques), occupent une place particulière.

Plus largement, les résultats empiriques de cette étude viennent nourrir le questionnement placé au centre de ce numéro de *Lien social et Politiques*, à savoir que l'ethnicité, avec le genre et les catégories sociales, fait partie de cette dynamique contemporaine de stratification. Les enjeux sont majeurs puisqu'ils renvoient aux processus d'inclusion et d'exclusion au sein d'une société locale. L'ethnicité, en l'occurrence celle des migrants, et plus encore les marqueurs d'appar-

tenance à un groupe deviennent des variables qu'on ne saurait nier puisqu'ils entraînent, pour certains, une non-reconnaissance des acquis et des ressources et modèlent l'accès au marché du travail. Au sein d'une même catégorie professionnelle, comme nous le verrons, les emplois les plus précaires, les moins bien rémunérés, sont apparemment plus souvent réservés à un segment qu'à l'autre.

L'organisation des soins

La réforme du système de santé entreprise au Canada comme dans les autres pays industrialisés dans les années 1980 a été présentée comme une nécessité pour endiguer un comportement inflationniste compte tenu des contraintes économiques. Elle s'est traduite par diverses mesures, regroupées en trois grands domaines d'action: 1) le rationnement des dépenses, où on retrouve la réorganisation du réseau sociosanitaire, avec fermetures de lits et fusions hospitalières, la réduction de la masse salariale, avec incitations aux retraites anticipées et gel des embauches, la désassurance de certains types de soins et de traitements, l'imposition de plafonds de remboursements, etc.; 2) le développement d'alternatives aux hospitalisations, avec les chirurgies et hospitalisations d'un jour, les programmes de maintien à domicile, etc.; 3) la réorganisation du financement, avec la restriction des financements publics aux niveaux fédéral² et provincial, l'incitation aux assurances privées.

Couramment appelée «virage ambulatoire» au Québec, la réforme du système de santé canadien

entraîne un changement radical de l'organisation des soins et des services par le rejet de la perspective hospitalocentriste au profit d'un déplacement des soins et des services vers le domicile et la communauté (Armstrong et Armstrong, 1996; Day et Brodsky, 1998), que l'on imagine moins coûteux (Armstrong et Armstrong, 1996; Contandriopoulos et al., 2000; Fast et al., 1997; Morris et al., 1999). Cette réorganisation du travail du soin contribue à renforcer la stratification sociale et professionnelle des individus, selon le genre et l'origine ethnique.

Le genre n'est pas, en soi, une source de classement discriminatoire nouveau dans le système de santé³ et la division du travail du soin. Diverses études ont observé que d'une division du travail en santé à une division sexuée de ce même travail, il n'y avait qu'un pas (Freidson, 1984; Herzlich et al., 1993). Au Québec comme ailleurs, l'accès aux emplois dans les organisations de santé se distribue différemment entre les hommes et les femmes comme entre les «locaux» et les immigrants. La part des hommes croît plus on s'élève dans la hiérarchie et, si les femmes sont bien représentées chez les médecins (38% au Québec)⁴, elles le sont moins dans les spécialités que dans la médecine familiale. À côté, dans les emplois para-médicaux, les femmes sont largement surreprésentées: elles forment 91% des effectifs infirmiers⁵, 83% de ceux des travailleurs sociaux⁶, 89% de ceux des auxiliaires familiaux et autres aides à domicile⁷.

En revanche, l'ethnicité comme facteur de différenciation est plus récente et moins connue, du moins au point de vue de l'ampleur qu'elle prend depuis les deux ou trois dernières décennies au sein d'une économie globalisée favorisant le développement de la tertiarisation dans les pays riches, où les services à domicile (entendus comme une catégorie générique regroupant les services d'entretien, de garde et de soins) apparaissent comme un secteur déqualifié, organisé selon des critères tels que le sexe et les origines (Nash et Fernandez-Kelly, 1983; Neysmith et Aronson, 1995; Neysmith, 1996; Sassen, 1996; Scrinzi, 2002.). Les résultats de notre étude, associés à ceux de travaux antérieurs (Cognet, 1999), nous conduisent à soutenir que la réorganisation du système de santé s'enracine dans un triple rapport de domination : entre les hommes et les femmes d'abord, entre les immigrés et les natifs ensuite, et enfin entre les Blancs et les Noirs.

L'étude, en bref

Un projet pilote (Meintel, Cognet et Lenoir, 1999)⁸, réalisé en 1997 dans un centre local de services communautaires (CLSC)⁹ montréalais, avait permis de constater, chez les auxiliaires familiaux en exercice, des écarts en termes de formation au métier et de différences statutaires et d'employeurs, auxquels s'ajoutait une assez forte hétérogénéité au plan des origines ethniques et nationales. Les auxiliaires familiaux d'origine immigrante (et les Caraïbéens étaient nombreux) n'étaient pas représentés à même hauteur que les natifs du Canada dans toutes les posi-

tions et tous les statuts d'emploi (chef d'équipe, auxiliaire évaluateur, auxiliaire; permanents, temporaires).

Une nouvelle enquête (1999-2002)¹⁰ a été organisée, auprès des auxiliaires familiaux salariés du secteur public, représenté par les CLSC, et de leurs homologues salariés d'agences privées (secteur privé à but lucratif); ces derniers exercent principalement à Montréal, dans le cadre de la sous-traitance des CLSC au secteur privé, et constituent une part très importante de la main-d'œuvre. Supposant, comme hypothèse centrale, que le degré d'intégration à l'organisation de travail pondère le poids des variables ethnicité et genre, nous sommes intéressés aux dimensions de l'intégration au marché du travail, au système de santé, aux collectifs de travail (équipes multidisciplinaires, services ou programmes) et au groupe de pairs (auxiliaires familiaux et sociaux). Le contexte démographique montréalais (où plus de 27% de la population est d'origine immigrante¹¹) offrait un terrain privilégié pour l'étude de l'incidence de l'ethnicité dans les soins et service de santé. À la dimension ethnique nous avons associé celle du genre, dans la mesure où il est apparu qu'elles opèrent de concert, dans l'organisation du travail, comme variables de classements social et professionnel.

Le choix du terrain d'enquête a d'abord été conditionné par le fait qu'il n'existe aucune base de sondage permettant d'extraire un échantillon de cette catégorie professionnelle, ni de registre à partir duquel il serait possible d'en

rejoindre les membres¹². Nous avons opté pour une entrée sur le terrain par l'intermédiaire des entreprises prestataires des soins et services à domicile, en privilégiant les CLSC comme secteur public et les agences privées comme secteur privé. Les auxiliaires familiaux de ces deux types d'organismes ont un rôle étendu aux soins de base à la personne (soins d'hygiène, soins liés aux fonctions alimentation et élimination) et ils interviennent auprès des mêmes usagers, pour remplir les mêmes missions et exécuter les mêmes tâches.

Montréal compte vingt-neuf CLSC répartis sur l'ensemble de l'île. Ils sont relayés par un peu plus d'une trentaine d'agences¹³ dont la plupart offrent à la fois des services infirmiers et des services d'aide à domicile. La sélection des sites a été déterminée par le souci d'une certaine représentativité des deux types d'entreprises en termes de taille et d'organisation structurelle¹⁴; il fallait aussi s'assurer que ces établissements œuvraient dans des territoires montréalais où les taux d'immigrants étaient suffisamment élevés pour répondre aux besoins de l'étude. La présence d'auxiliaires formés (selon les niveaux distingués dans l'enquête pilote) et non formés et la présence d'employés de CLSC et d'employés d'agences privées étaient aussi au nombre des critères. Au total, six établissements (trois CLSC et trois agences privées) sont devenus partenaires de cette recherche¹⁵. Les six sites réunis nous offraient un bassin de près de 600 auxiliaires familiaux (146 pour les CLSC et environ 450 pour les agences¹⁶).

Privilégiant la complémentarité des approches qualitatives et quantitatives, nous avons procédé à des observations directes des intervenants en situation de travail¹⁷, puis nous avons utilisé un questionnaire en trois volets, afin de cerner les profils de cette catégorie d'intervenants, d'explorer les perceptions vis-à-vis des pratiques et de mesurer l'indice de satisfaction au travail¹⁸ à Montréal. Au total, pour un échantillon visé de 280 individus (140 en CLSC et 140 en agence), 181 ont rendu un questionnaire valide pour traitement statistique, soit un taux de réponse de 65%. En dépit de la qualité de ce taux, la participation respective des travailleurs de CLSC et d'agences n'a pas assuré la parité souhaitée. Le taux de réponse a été de 77% dans les CLSC (108/140), de seulement 49% dans les agences (73/150)¹⁹. De ce fait, les auxiliaires de CLSC représentent 59,7% de l'échantillon et ceux des agences 40,3%²⁰.

À partir des données obtenues²¹, nous avons extrait cinq profils types d'intervenants, en fonction de la situation d'emploi, de l'expérience professionnelle antérieure, de l'origine ethnique, du genre, de l'âge à

l'entrée dans le métier et du degré de formation au métier²². Les profils correspondent aux grappes comptant les effectifs les plus nombreux et dessinent de ce fait des sous-groupes caractéristiques de l'ensemble «auxiliaires familiaux»: 1) des femmes, entrées dans la profession avant l'âge de 25 ans; 2) des femmes, entrées dans la profession après l'âge de 25 ans et ayant exercé auparavant deux ou trois autres métiers; 3) des hommes, entrés dans la profession après l'âge de 33 ans et ayant exercé antérieurement trois métiers ou plus; 4) des Noirs (hommes et femmes) exerçant en agence; 5) des Noirs (hommes et femmes) exerçant en CLSC²³. Au total, quarante individus correspondant à chacun de ces profils ont été rencontrés dans le cadre d'entrevues semi-directives; il s'agissait d'explorer en profondeur leurs représentations concernant leurs interventions et leurs relations avec la clientèle et leurs partenaires professionnels, mais aussi de contextualiser les histoires professionnelles dans les continuums biographiques. Cet article porte principalement sur les résultats du premier volet de l'enquête par questionnaire, complétés par des extraits d'entrevues et des observations de terrain.

Division du travail et légitimité des compétences

Quel que soit le groupe statutaire qui les dispense, les pratiques soignantes se distinguent des autres pratiques professionnelles, d'abord par le fait qu'elles se réalisent sur un matériau humain qui interagit et appelle de permanentes négociations (Strauss et al., 1963), ensuite parce que, dans le champ où elles

s'exercent, l'enjeu est toujours une question de vie ou de mort, même si cela ne s'exprime pas chaque fois avec la même intensité (Fassin, 1996). Mais surtout, les pratiques soignantes s'inscrivent dans un continuum très hiérarchisé, qui, à la fois, décline les statuts et les rôles des différentes catégories professionnelles et réglemente les conditions et processus de leurs empiétements (Paicheler, 1995), dans une articulation complexe du savoir au pouvoir (Fassin, 1996). Dans ce continuum, l'usager des services de santé se voit lui-même octroyer un statut qui ne lui confère qu'une part assez faible du pouvoir et l'engage dans des relations asymétriques avec ses interlocuteurs (Goffman, 1968). Les pratiques de soin et de services comme pratiques professionnelles font l'objet de catégorisations auxquelles sont attachées des valeurs symboliques déterminées par le type et la nature du soin, les catégories professionnelles qui en détiennent la légitimité, les lieux de l'exercice et, bien sûr, les catégories d'usagers.

Autour du patient et de la maladie, du diagnostic à la guérison en passant par les soins, se dessine une série d'actes et se succèdent divers acteurs professionnels. Au sein de ce système, qui paraît d'autant mieux orchestré qu'il est structuré par une forte hiérarchisation, s'est fait et continue de se faire l'histoire des professions soignantes. Au fur et à mesure des avancées scientifiques dans le domaine médical, de nouvelles compétences sont intégrées, d'autres sont déléguées, les rôles se modifient, de nouvelles catégories de professionnels ou de nouveaux segments des catégories

préexistantes sont créés (Bucher et Strauss, 1961; Freidson, 1984; Dubar et Tripier, 1998). L'évolution de chacune de ces catégories est aussi le produit du rapport qu'elles entretiennent entre elles (Herzlich et al., 1993; Dubar et Tripier, 1998; Paicheler, 1995). Il suffit de quelques exemples pour voir que, si les actes et les compétences demeurent, ils ne sont pas toujours dans les mêmes mains et ne relèvent pas *ad vitam aeternam* de la responsabilité des mêmes groupes. La nomenclature des actes pour chacune des catégories professionnelles fait l'objet de mises à jour sous des formes telles que les décrets d'exercice professionnel, les règlements, le Code des professions et autres lois connexes. Les compétences des uns sont revues à l'aune des compétences des autres, et l'on voit apparaître, aux frontières, des zones de partage plus ou moins floues, sous des vocables divers : actes « sur délégation », « sous surveillance »²⁴, « en collaboration », « sur protocole »; on parle encore d'actes « confiés » ou « autorisés ». En fait, sur l'axe des compétences des professions soignantes, chaque catégorie professionnelle, mais aussi chacun de ses segments, empiète sur les frontières du champ des compétences du groupe qui la précède et de celui qui la suit. Dans un système de santé très hiérarchisé, ces zones de partage deviennent aussi des zones de pouvoir et d'enjeux, où se négocient les limites des compétences de l'autre, la préservation de son propre espace et l'augmentation de celui-ci (Cognet, 1999). Dans ces luttes ou, plus exactement, ce partage du travail du soin, la légitimité de l'ap-

propriation ou de la délégation d'une compétence s'appuie sur tout un système de références qui met en scène diverses lignes de partage ou de catégorisation (professionnelles, disciplinaires, organisationnelles), mais aussi le genre et l'appartenance ethnique. Les variables mises en jeu le sont parfois explicitement, parfois implicitement, mais toujours de façon croisée. Nous soutenons que la division du travail du soin est à analyser dans un système où les hiérarchies se reproduisent à divers niveaux (hiérarchie des professions, hiérarchie des problèmes de santé, hiérarchie des actes de soin, hiérarchie des lieux d'exercice, etc.) et où la plus ou moins grande valorisation qui les accompagne rend en réalité compte d'une hiérarchisation sous-jacente des individus par le genre et l'ethnicité, qui inscrit les hommes et les femmes, les natifs et les immigrants et, plus encore, les immigrants de certains groupes ethniques dans des positions sociales différenciées et inégalitaires.

Les travaux des sociologues et des professionnels de la santé, à commencer par Hughes (1967), Freidson (1984) et Strauss et ses collaborateurs (1963), ont fait ressortir la corrélation entre une hiérarchie des soins à prodiguer et une hiérarchie des professions. Herzlich et al. (1993), Paicheler (1995) et Saillant (1994) ont associé cette hiérarchie des soins et des professions au genre. Ces études et d'autres plus récentes (Aïach et Fassin, 1994; Fassin, 1996) ont également fait état d'un lien entre carrières professionnelles et trajectoires sociales, croisant le genre, l'origine sociale et géographique,

l'appartenance ethnique. Nos analyses viennent conforter cette homologie entre tâche, profession et genre et ajoutent l'ethnicité comme un des autres éléments structurants des professions de la santé et de l'organisation du système.

Comme le soulignait Hughes (1967), il y a une discussion constante pour définir ce qui relève du travail de la santé et, au sein de celui-ci, la part qui revient aux médecins. Et parce que certaines tâches sont considérées comme ennuyeuses et contraignantes, voire sales physiquement ou socialement, ou encore moralement indignes de la profession médicale, elles font l'objet d'une redistribution parmi plusieurs catégories au sein de la profession, ou sont confiées à des catégories professionnelles connexes, ou à des groupes hors même des professions de la santé (Arborio, 1993, 2001; Dallaire et al., 1994; Hughes, 1967; Montgomery et al., 2001; Saillant, 1994). Ce sont donc des actes dévalués, moins prestigieux, touchant la matière moins noble qui sont délégués, plus ou moins explicitement d'ailleurs, aux catégories professionnelles subalternes des organisations de santé telles que les auxiliaires familiaux. Ce sont aussi des groupes de patients de moindre « attrait » (personnes âgées, handicapés, personnes en fin de vie, personnes atteintes d'une maladie chronique et malades mentaux chroniques) qui leur sont confiés. L'état de santé de ces groupes ayant peu de chances de s'améliorer, ils ne posent pas ou plus de défi majeur à la médecine; l'objectif maximal pour la plupart d'entre eux relève de l'entretien et du palliatif.

Le développement massif des services à domicile pour les personnes âgées ou dépendantes au Canada contribue aussi au développement de lieux d'exercice moins «prestigieux» que des services hospitaliers réservés désormais à des cas plus «importants». Les activités de soins à domicile sont celles qui bénéficient de la plus faible reconnaissance dans les milieux tant professionnels ou politiques que de la recherche. Un des meilleurs indicateurs de cette hiérarchisation est sans doute le fait qu'au Canada les infirmières sont moins rémunérées quand elles exercent dans le secteur des soins à domicile que dans un autre secteur de la santé (MacAdam, 1999; Dumont-Lemasson et al., 1999; Morris et al., 1999). Pour la Loi canadienne sur la santé (1991)²⁵, les soins et services à domicile sont un *service complémentaire de santé* que les provinces peuvent décider ou non d'offrir et de financer. La prise en charge des patients en est elle-même déqualifiée, et des actes de plus en plus nombreux sont «confiés» à des catégories professionnelles considérées comme subalternes, voire aux patients eux-mêmes ou à leur

entourage (Cognet et Raigneau, 2002; Saillant et Gagnon, 2001). Or nous allons voir que la catégorie professionnelle à laquelle sont délégués ces patients et ces actes compte une très grande majorité de femmes, un taux très élevé d'immigrants et, parmi eux, une proportion non aléatoire de personnes originaires de pays à majorité noire, dont les pays de la Caraïbe.

Les auxiliaires familiaux et sociaux

Officiellement, le travail des auxiliaires familiaux est défini par des tâches concrètes destinées à pallier les difficultés des patients dans l'exécution des activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD)²⁶. Dans les faits, ce travail fait l'objet de différentes définitions selon les paliers auxquels on l'appréhende. Ainsi, la convention collective stipule que l'auxiliaire familial et social est une «personne qui, à domicile, et en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire s'il y a lieu, supplée à l'absence et/ou à l'incapacité temporaire du ou des responsables du foyer. Elle participe à l'entretien quotidien de la maison ainsi qu'à la préparation et au service des repas. Elle accomplit au besoin des tâches familiales et des travaux domestiques légers et peut occasionnellement contribuer au maintien du bien-être des bénéficiaires. Elle peut participer à l'identification des besoins en ce qui regarde l'organisation matérielle et financière du foyer, l'éducation des enfants le cas échéant, l'alimentation, l'hygiène, et conseiller le responsable du foyer sur ces matières. Elle fait référence, le cas échéant, aux programmes

existants dans l'établissement. Occasionnellement et pour des périodes de courte durée, elle peut accompagner les bénéficiaires à l'extérieur du foyer pour les raisons ci-haut mentionnées»²⁷. Les précautions prises dans les termes mêmes par les syndicats et les décideurs soulignent combien on souhaite que le travail des auxiliaires familiaux et sociaux soit limité: si l'auxiliaire *participe* au travail domestique (entretien quotidien de la maison, préparation et service des repas) et en *accomplit* les tâches, en revanche, elle *peut contribuer occasionnellement* et *peut seulement participer* à ce qui a directement trait à l'usager. Pourtant, la description de tâches élaborée dans les CLSC pour le recrutement contient quatre pages de tâches classées sous cinq rôles principaux, éducation, suppléance, écoute et support, observation, liaison et socialisation, auxquels s'ajoute une rubrique «autres fonctions» qui est suffisamment ambiguë pour que le nombre de tâches exigibles d'un auxiliaire soit à peu près illimité. Par exemple, nous avons observé que ces autres fonctions pouvaient recouvrir le nettoyage du réfrigérateur des infirmières ou le rangement d'une salle de réunion après une séance à laquelle l'auxiliaire n'a pas participé.

Formellement et concrètement donc, la définition du travail des auxiliaires familiaux couvre une liste de tâches matérielles et quantifiables accomplies pour aider les personnes en situation de dépendance et semi-dépendance dans leurs activités de la vie quotidienne et domestique. En d'autres termes,

Tableau 1. Tâches réalisées par les auxiliaires familiaux observés en situation de travail

Soins et services directs à la personne	Soins et services à l'environnement de la personne	Tâches administratives et responsabilités collectives
<p>Soins d'hygiène (toilette, pédiluve, capiluve, etc.)</p> <p>Soins somatiques (aide à l'alimentation, distribution des traitements, pansements secs, collyres, glucométrie, constantes, aide à l'élimination dont lavements, curages rectaux, poches à stomies, etc.)</p> <p>Soins psychologiques et sociaux (relation d'aide thérapeutique, accompagnement aux mourants, soutien dans les démarches, etc.)</p>	<p>Services domestiques (entretien ménager; préparation des repas, etc.)</p> <p>Soutien socio-psychologique et matériel aux aidants naturels (répit, écoute empathique, conseils, transmission de leurs questions et d'informations, etc.)</p>	<p>Gestion de la charge de travail (organisation des suivis de leur tournée auprès de la clientèle, coordination, etc.)</p> <p>Observation-transmission des informations (état de santé physique, mental, émotionnel de l'utilisateur ou de ses proches; état des lieux, etc.)</p> <p>Encadrement des stagiaires</p> <p>Tâches domestiques au service de la collectivité de travail (entretien : matériel, locaux, etc.)</p>

il s'agit de l'ensemble des soins d'hygiène de la personne et des tâches d'entretien de son environnement. En réalité, l'étendue des tâches et les conditions de leur exécution sont plus complexes. À partir des tâches exécutées qu'il nous a été donné d'observer, nous avons dressé une typologie des actes (tableau 1).

La nomenclature des tâches, si elle peut paraître claire, est pourtant abstraite des situations concrètes. Les auxiliaires familiaux ont la charge d'un «matériau humain» qui réagit et interagit avec eux. C'est en effet le propre du travail du soin que de s'exercer sur des individus aptes à intervenir durant le processus et à en influencer le déroulement²⁸. La négociation est indispensable à l'instauration de la relation entre les acteurs, qui est elle-même un préalable à l'administration optimum du soin ou du service (Corbin et Strauss, 1988; Davies, 1995). Autrement dit, le travail matériel des auxiliaires familiaux se réalise au travers et même au moyen d'un travail relationnel qui,

pour être invisible, n'en est pas moins capital (Armstrong, 1994; Neysmith, 1996). En l'absence de formation théorique à la relation d'aide, ces négociations relationnelles prennent appui sur un savoir pratique acquis lors des expériences personnelles et professionnelles.

En dépit de leur charge de travail assez impressionnante, de leurs responsabilités ou encore de leur utilité dans l'organisation des soins et des services à domicile (dont leur travail est la pierre angulaire), les auxiliaires familiaux ne bénéficient que d'une faible reconnaissance sociale et professionnelle. Placés au plus bas de la hiérarchie des métiers de la santé, ils sont en général considérés comme des exécuteurs de la basse besogne. Les représentations tant de leur rôle que de leur travail renvoient à un enchevêtrement de systèmes hiérarchisés qui classent les objets (individus, actes ou lieux) sur une échelle de valeurs sociales. Ces extraits de l'enquête par entrevue en donnent une idée: «Il y en a qui nous prennent pour des servantes»; «Je l'entendais dire au téléphone:

j'ai ma femme de ménage qui est là»; «Il y en a qui te demandent de faire un peu de ménage. Même, il y en a un qui m'a dit l'autre jour: "Est-ce que tu veux passer l'aspirateur?" J'ai dit: "Non, c'est pas ça que je viens faire. Je viens pour vous donner une douche". Il a dit: "Bien juste le balai". J'ai dit: "Je viens pour vous donner une douche. Il faut dealer avec ça"»; «C'est un dur travail. Imaginez-vous, imaginez-vous, il faut changer les couches, faut aller laver les gens. Parfois les gens pètent dans votre visage. C'est vrai! Vous comprenez».

Chez les auxiliaires, cette sensation de non-reconnaissance de leur statut, de leurs missions et de leurs tâches est également engendrée par leurs expériences avec les autres catégories professionnelles qu'ils côtoient, tant lors d'interactions de travail au sujet d'un usager («Y a toujours une espèce de petite *game* de pouvoir à l'intérieur de ça, tu comprends? "Moi je suis infirmière tu sais, je suis pas auxiliaire"») que pour certaines tâches qu'on leur demande d'exécuter.

C'est par exemple le sentiment de cette auxiliaire à qui son chef de service demande de «nettoyer le réfrigérateur» utilisé par les infirmières au moment où elle se retrouve momentanément sans affectation (un client ayant annulé le service prévu à l'horaire cette même journée), ou d'auxiliaires familiaux appelés à ranger les salles de réunion utilisées par d'autres groupes d'intervenants. Outre ce renvoi à des tâches subalternes, les auxiliaires ont souvent l'impression que leur travail et leurs interventions au sein des collectifs de travail ne sont pas reconnus à leur juste valeur par leur supérieur. Commentant une initiative qu'elle a prise pour un usager, une auxiliaire déclare :

Moi je dirais que ce que j'ai fait est un bon travail, sauf que quand je suis arrivée au mérite si vous voulez, ben là j'ai compris que je n'avais pas une part égale là-dedans par rapport à la travailleuse sociale, et comme je vous ai dit tout à l'heure, ce qui s'est passé, ça développe chez moi, par cette expérience, j'imagine là, du ressentiment.

De la part des clients, ils perçoivent aussi faire l'objet d'une

moindre reconnaissance que d'autres catégories d'intervenants :

L'infirmière, c'est Madame Ghyslaine, les auxiliaires, c'est Louise, Lyne ou Suzanne, et les auxiliaires, il faut qu'elles enlèvent leurs bottes dans le portique. Madame Ghyslaine, l'infirmière, pourrait rentrer avec deux tas de neige dans les pieds, c'est pas grave, c'est Madame l'infirmière.

À la valeur sociale et professionnelle des tâches de soin semble liée la valeur sociale et professionnelle de ceux qui les exécutent.

Entre le privé et le public : le jeu des employeurs

La réorientation du système de santé vers les soins à domicile a fait naître de nouveaux besoins; depuis lors, la demande de soins et services d'aide à domicile n'a cessé de croître. Devant cette inflation de la demande, pour remplir leur mission tout en respectant les contraintes économiques qui leur sont imposées, les CLSC ont favorisé l'embauche d'auxiliaires familiaux et sociaux, moins formés et moins rémunérés que les infirmières auxiliaires²⁹. Avec l'accord du gouvernement, ils ont aussi engagé une importante sous-traitance auprès du privé. Au moment de notre enquête, les CLSC impliqués sous-traitaient jusqu'à 60% des soins et services à domicile auprès des agences privées, qui disposent d'une réserve très flexible d'auxiliaires familiaux. Or, CLSC et agences offrent des conditions de travail bien différentes. La précarité, pour commencer, sévit dans les secondes (emploi à la demande)³⁰, et les différences entre les échelles salariales offertes par les deux types d'employeurs vont

du simple au double. Les auxiliaires familiaux des CLSC gagnent en moyenne 15 dollars de l'heure³¹ alors que ceux des agences ont un revenu horaire moyen de 7,10 dollars. Dans certaines agences, le taux horaire est inférieur à 7 dollars, et les femmes y sont encore plus mal payées que les hommes (plus difficiles à recruter). Plusieurs auxiliaires sont contraints de s'inscrire dans trois ou quatre agences pour multiplier leurs heures de travail et assurer leur revenu.

Quand on travaille pour plusieurs agences, ça nous permet quand même [...] de faire un petit peu plus d'argent. Parce qu'on ne fait pas d'argent, vraiment. [...] les gens qui travaillent comme préposés aux bénéficiaires sont des gens, vraiment, qui refusent d'aller sur le bien-être social, et qui préfèrent faire ce genre de travail pour, pour survivre. Mais on ne gagne pas vraiment; moi, j'ai le salaire minimum, 6,90 dollars de l'heure! Il y a des cas graves dans ce genre de boulot.

Et, bien entendu, l'avancement est absolument inexistant³². Les conditions de travail en agence sont également marquées par l'absence de support professionnel. Les auxiliaires familiaux de ce type d'organisation ne reçoivent bien souvent qu'une information minimale, n'accèdent guère voire pas du tout à la formation continue et travaillent de façon isolée. Leurs contacts avec leur employeur peuvent se résumer à un simple appel téléphonique leur annonçant un nouveau client ou l'arrêt d'un service. Si certains peuvent trouver là une plus grande liberté d'action, la majorité espère travailler un jour en CLSC. À l'inverse, les auxiliaires des CLSC sont intégrés à des

équipes dites pluridisciplinaires et collaborent avec des infirmières, des travailleuses sociales, des ergothérapeutes et des diététistes. Ils ont accès au dossier du patient (même de façon limitée). Comme tous les intervenants des CLSC, ils sont supervisés cliniquement et sont encadrés administrativement.

Type d'employeur, genre et origine ethnique : portrait du groupe étudié

La catégorie professionnelle «auxiliaire familial» est largement *féminine* (tableau 2). En effet, 80,1% (145/181) des auxiliaires touchés par notre étude sont des femmes, et le pourcentage de femmes est presque identique dans les CLSC (80,6%) et dans les agences (79,5%)³³.

L'âge moyen des auxiliaires est assez élevé: près de 43 ans. Si les âges vont de 18 à 65 ans, le plus gros des effectifs se situe entre 46 et 55 ans, et près de la moitié de la distribution a plus de 45 ans. Fait intéressant, un nombre important d'individus entre tardivement dans le métier: 60% entreprennent ce travail à plus de 30 ans, 45% à plus de 36 ans. À l'opposé, certains sont alors très jeunes (il s'agit en fait d'une partie des femmes), puisqu'un individu sur six (16%) n'a pas atteint son 26^e anniversaire. Les analyses attestent que l'âge à l'entrée est significativement corrélé au fait d'avoir ou non exercé d'autres métiers auparavant.

En ce qui concerne le *niveau d'instruction*, la majorité des enquêtés (57%) se classe dans la catégorie «secondaire ou moins», ce qui concorde avec le niveau tra-

Tableau 2. Répartition des auxiliaires par sexe et type d'employeur

	CLSC	Agences	Total
Féminin			
N	87	58	145
%	80,6	79,5	80,1
Masculin			
N	21	15	36
%	19,4	20,5	19,9
Total (N)	108	73	181

Tableau 3. Répartition des auxiliaires selon leur lieu de naissance et celui de leur parents

	N	%	% cumulés
Auxiliaires nés au Canada			
De parents canadiens	89	49,2	49,2
De parents immigrants	6	3,3	52,5
Auxiliaires immigrants nés			
De parents canadiens	2	1,1	53,6
De parents nés hors du Canada	84	46,4	100,0
Total	181	100,0	

Tableau 4. Aire géographique de naissance (natifs de l'Amérique du Nord exceptés)

Afrique	9%
Caraïbes	64%
Amérique Latine	16%
Europe	11%

Tableau 5. Répartition des auxiliaires nés au Canada et hors du Canada selon la couleur de la peau

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Immigrants				
Noirs	53	29,3	29,3	29,3
Blancs	33	18,2	18,2	47,5
Nés au Canada				
Noirs	3	1,7	1,7	49,2
Blancs	92	50,8	50,8	100,0

ditionnellement exigé pour suivre la formation d'auxiliaire familial. On s'étonne davantage de la proportion de ceux qui ont un niveau plus élevé que le secondaire (43%); 9% d'entre eux ont même complété un niveau universitaire. Les niveaux de formation fluctuent selon les sexes³⁴. Globalement, ce sont surtout des hommes qui ont un niveau de scolarité plus élevé que le secondaire. Presque 26% ont complété un niveau universitaire (les femmes ne sont que 5% dans ce cas).

Près de la moitié des auxiliaires (47,5%) sont des immigrants (tableau 3). Parmi eux, un tout petit pourcentage (1,1%) est né aux États-Unis de parents canadiens; 98% (84/86) viennent de régions du monde plus lointaines. Précisons que Montréal compte 27% d'immigrants et que la proportion diminue à 18% pour l'ensemble de la région métropolitaine³⁵. La proportion d'immigrants dans ce groupe professionnel paraît donc à première vue assez élevée.

Les auxiliaires nés au Canada sont à 94% (89/95) des blancs issus de parents canadiens; les 6% (6/95)

restants sont des enfants d'immigrants venus pour moitié d'un pays d'Europe de l'Ouest et pour moitié d'un pays de la Caraïbe. Il est intéressant de constater que l'échantillon compte 3,3% d'auxiliaires nés au Canada de parents immigrants mais 46,4% d'immigrants nés de parents étrangers: les immigrants de la première génération ont ici une probabilité plus de 10 fois plus forte de se retrouver dans ce métier que «leurs» enfants. On peut penser que si nombre d'immigrants trouvent à s'insérer dans le marché du travail canadien en passant par ce secteur et par ce type d'emploi, leurs enfants sont peu nombreux à les imiter; ce modèle a déjà été observé dans d'autres secteurs d'activité, comme la confection du vêtement (Bernèche, 1983; Lamotte, 1992).

Les auxiliaires immigrants proviennent d'une vingtaine de pays différents, mais les Caraïbes dominent largement comme pays source (tableau 4), avec 64% de l'ensemble. Suivent, loin derrière, l'Amérique latine (16%), l'Europe et l'Afrique (respectivement 11% et 9%).

Eu égard au pays de naissance des auxiliaires et de leurs parents, à l'origine ethnique déclarée lors de l'enquête et à la langue maternelle (tableau 5), nous avons une population à près de 70% blanche (125/181)³⁶, largement composée de natifs du Canada (50,8%); presque tous les Noirs (à trois individus près) sont nés hors du Canada.

Les immigrants de notre échantillon ne présentent pas le même

profil (tableau 4) que les immigrants des territoires montréalais touchés par notre étude, où les natifs de l'étranger forment 39% de la population³⁷: nos auxiliaires comptent une proportion sensiblement plus forte de personnes originaires de la Caraïbe (64% contre 8%), et comprennent moins de personnes originaires d'Europe (11% contre 33%).

On observe une relation très nette entre le type d'employeur et l'origine ethnique (tableau 6): 62% des effectifs des CLSC sont des personnes nées au Canada, 38% sont des immigrants. C'est l'inverse dans les agences: 38,4% de Canadiens, 61,6% d'immigrants. Ce croisement très significatif ($p = 0,002$) revient à dire que la probabilité de travailler dans une agence privée est une fois et demie plus élevée pour un immigré que pour un Canadien de naissance.

On obtient la même répartition non aléatoire pour le lieu de naissance (tableau 7). Parmi les immigrants, les personnes originaires de pays à majorité noire sont plus nombreux à travailler en agence (64%) que les autres catégories, y compris les immigrants blancs. Cependant, si l'accès à un emploi en CLSC est plus fréquent chez les immigrants blancs (un peu plus de 6 sur 10) que chez les immigrants noirs, il l'est encore plus chez les Canadiens blancs nés de parents canadiens (près de 72%)³⁸.

Les immigrants de pays à majorité blanche qui ont le plus de chances de travailler dans un CLSC sont, en particulier, les personnes originaires d'Europe, dont les pro-

babilités d'accès rejoignent celles des Canadiens (tableau 8). Les auxiliaires originaires des Caraïbes sont très largement surreprésentés dans les agences (plus de 6 sur 10).

Plus que le statut d'immigrant, la couleur semble liée à l'accès à l'emploi. Les Noirs³⁹ comptent pour 37,5% des effectifs des auxiliaires de CLSC, et pour 62,5% des effectifs des agences (tableau 9). Autrement dit, un Blanc a deux fois plus de chances (69,6%) de travailler pour un CLSC qu'un immigrant noir (30,4%) et, à l'inverse, un Noir a deux fois plus de chances de se retrouver dans une agence (62,5%).

Quand le genre et l'ethnicité s'associent

Face à l'accès à un emploi en CLSC, les femmes originaires des Caraïbes sont plus handicapées par la couleur de leur peau que les hommes (tableau 10). Pour les hommes seuls, l'écart entre Noirs et Blancs est un peu moins marqué que pour l'ensemble (près de 42% des hommes noirs travaillent en CLSC, comparativement à 66,7% des Blancs). Pour les femmes, il l'est un peu plus (moins de 4 femmes à la peau noire sur 10 en CLSC, 70,3% des Blanches).

Dans le cas des hommes noirs, le métier d'auxiliaire familial est une reconversion contrainte liée à la migration. Plusieurs ont déjà exercé un autre métier, souvent dans une position socioprofessionnelle supérieure à celle des auxiliaires familiaux. Pour la plupart, cette reconversion s'accompagne d'un certain malaise. Ils évoquent la déqualification professionnelle

Tableau 6. Répartition des auxiliaires par statut migratoire et type d'employeur

	CLSC	Agences	Total
Né au Canada			
N	67	28	95
%	62,0	38,4	52,5
Né ailleurs			
N	41	45	86
%	38,0	61,6	47,5
Total			
N	108	73	181
%	100,0	100,0	100,0

165

Tableau 7. Répartition par origine et type d'employeur

	CLSC	Agences	Total
Migrants noirs			
N	19	34	53
%	36,0	64,0	100,0
Migrants blancs			
N	21	10	31
%	68,7	32,3	100,0
Blancs nés au Canada de parents nés au Canada ^a			
N	64	25	89
%	71,9	28,1	100,0

a. Les enfants d'immigrants nés au Canada ne sont pas comptés.

Tableau 8. Répartition des auxiliaires immigrants par continent de naissance et type d'employeur

	CLSC	Agences	Total
Afrique ^a			
N	3	4	7
%	42,9	57,1	100,0
Caraïbe			
N	18	33	51
%	35,3	64,7	100,0
Amérique latine			
N	9	4	13
%	69,2	30,8	100,0
Europe			
N	8	3	11
%	72,7	27,3	100,0

a. Pays du Maghreb ou d'Afrique Noire.

Tableau 9. Répartition des auxiliaires immigrants selon la couleur de la peau et le type d'employeur

	CLSC	Agences	Total
Blancs			
N	87	38	125
%	69,6	30,4	100
Noirs			
N	21	35	56
%	37,5	62,5	100

Tableau 10. Répartition des auxiliaires selon le sexe, la couleur de la peau et le type d'employeur

	CLSC	Agences	Total
<i>Féminin</i>			
Blancs			
N	71	30	101
%	70,3	29,7	100,0
Noirs			
N	16	28	44
%	36,4	63,6	100,0
<i>Masculin</i>			
Blancs			
N	16	8	24
%	66,7	33,3	100,0
Noirs			
N	5	7	12
%	41,7	58,3	100,0

qu'ils ont subie et paraissent composer moins bien, vis-à-vis de leurs proches, avec l'image du métier véhiculée dans leur groupe d'origine. Les femmes noires, quant à elles, constituent une part importante des femmes qui s'orientent tôt vers ce métier. Ayant immigré à l'âge adulte, dans un peu plus de la moitié des cas (54%), elles décrochent leur premier emploi en obtenant le travail d'auxiliaire; 17% seulement des femmes blanches sont dans le même cas⁴⁰. Les Noires présentent leur rapport au métier de façon positive et voient dans ce dernier une ascension en regard des emplois auxquels elles auraient pu prétendre dans leur pays d'origine. Néanmoins, elles souhaitent accéder au secteur public et travailler en CLSC. Mais c'est difficile: plusieurs ont déjà fait quelques tentatives, sans succès.

Cet accès inégal aux emplois en CLSC soulève des questionnements que laissent sans réponse les analyses faites pour tenter de relier cette discrimination au niveau de scolarité ou à des critères d'embauche comme la formation au métier et la connaissance des langues française et anglaise. Si la

connaissance des deux langues officielles a quelque influence, aucune autre variable ne s'est révélée significative. On aurait pu croire que la présence plus marquée des femmes originaires des Caraïbes dans les agences est due à un effet de réseau. Or, il est apparu que les auxiliaires d'agence ne se connaissent pas et n'ont pas de proches dans le métier. Pour ce qui est de la présence plus marquée de Blanches dans les CLSC, la structure organisationnelle, les procédures formelles de recrutement

sous l'égide des services des ressources humaines et le statut institutionnel des auxiliaires rendent difficile, voire impossible, à l'une d'entre elles d'influer sur l'embauche d'une consœur. En conséquence, nous supposons que l'écart observé relève principalement d'une discrimination systémique: soit les migrants originaires de pays à majorité noire se présentent moins à l'embauche dans les CLSC, soit ils essuient davantage d'échecs. Peut-être font-ils moins bonne impression lors des entrevues d'embauche en regard de ce

qui peut être attendu d'un auxiliaire familial (façon d'être, de se représenter et de se projeter), dans la mesure où le prototype de cette catégorie d'intervenants, pensé et produit dans un système de santé et d'organisation de la santé québécois, est sans doute plus conforme à des modèles occidentaux de professionnels et de pratiques soignantes. Cette discrimination teinte également la reconnaissance des acquis en termes de diplômes et d'expériences professionnelles (Helly et Ledoyen, 1994). Plus largement, cette hypothèse renvoie aux ressources sociales et culturelles disponibles, à leur manieement et à leur reconnaissance. Ces ressources évoquent à leur tour la capacité d'action, les retombées positives de la participation à des réseaux ou à d'autres structures sociales (Portes, 1998). Enfin, cette «marge de manœuvre» n'est pas étrangère à la présence de ressources symboliques (Bourdieu, 1994, 1980; Taboada-Leonetti, 1994) qui traduisent la reconnaissance sociale d'un individu, de la place qu'il occupe et de la valeur de cette place au sein d'un milieu donné. Pour exister, ces ressources nécessitent d'autres formes de prestige, prestige culturel, économique ou social. Les jeux d'inclusion et d'exclusion trouvent ici un sens (Fortin, 2002, 2000) et placent l'interrelation entre genre, origine ethnique et hiérarchie sociale au cœur de la dynamique même.

Conclusion

Le recours aux immigrants pour combler les besoins éprouvés dans le secteur sanitaire n'est pas nouveau. Les politiques d'immigration

du Canada ont régulièrement été liées à son marché interne du travail et à ses besoins de main-d'œuvre (GRES, 1992; Miles, 1982). Dans le secteur de la santé, outre le recours à l'immigration spontanée, on a compté sur d'ex-colonies pour répondre aux besoins de main-d'œuvre, qui allaient croissant dans les années 1950 et 1960, période de grande expansion économique dans les pays industrialisés. Ainsi des infirmières des ex-colonies anglaises de la Caraïbe sont-elles venues occuper des emplois d'auxiliaires infirmières au Canada (Calliste, 1993). Nous ne sommes plus à cette époque, où les gouvernants pouvaient, par exemple, se poser ouvertement la question de l'opportunité de faire entrer des infirmières noires sur le territoire canadien pour qu'elles s'occupent des populations «laborieuses» noires des grandes agglomérations ou travaillent dans les services psychiatriques ou les sanatoriums, secteurs peu prisés par les infirmières canadiennes blanches. La rectitude politique en ce début de nouveau millénaire n'autoriserait plus une politique si ostensiblement néo-colonialiste et teintée de discrimination et de racisme (Miles, 1982; Burawoy, 1976; Castles et Kosack, 1973). Pourtant, il serait difficile de dire que la gestion du travail en santé ne continue pas de s'appuyer sur des pratiques qui font la part belle aux hommes, un peu moins aux femmes, et encore bien moins aux immigrés, surtout quand il s'agit de femmes, noires de surcroît. À Montréal comme dans d'autres grandes agglomérations du Canada, les soins primaires et les services à

domicile sont en grande partie délégués aux femmes immigrantes noires (Neysmith, 1996; MacAdam, 1999). Sur fond de réduction des coûts, la division du travail en santé n'a fait qu'accroître les lignes de partage entre statuts, compétences valorisées, genre et ethnicité. La formalisation de la délégation des actes, loin de résoudre cet aspect de la répartition des tâches, établit ces lignes de partage. La main-d'œuvre féminine immigrée, en particulier celle qui provient des pays économiquement dominés par l'Occident, constitue l'un des enjeux de la transformation du système de santé canadien (Cognet, 2003). Au carrefour de l'économie et de la santé surgit un lien étroit entre soins, genre et ethnicité. Dans une organisation aussi structurée et hiérarchisée que celle de la santé, où toutes les prestations n'ont pas la même place, ceux qui en sont les dispensateurs ne jouissant pas de la même valeur, de la même reconnaissance et du même prestige, la division du travail en fonction du genre, de l'origine ethnique et du lieu de naissance pourrait bien s'accroître sous l'égide du système public de santé canadien, compte tenu du rapport de l'offre et de la demande de soins et services à domicile (Burbridge, 1993).

Ce contexte donne à voir non pas l'effacement des enjeux de classe mais bien la complexité des processus à l'œuvre, où les rapports de genre et les rapports ethniques exercent une influence. Les diverses formes d'inclusion et d'exclusion traduisent des rapports de pouvoir qui dépassent le seul accès aux ressources matérielles

sans y être étrangers. Les ressources sociales, culturelles et symboliques, leur production, leur maniement et leur reconnaissance font aussi partie de cette dynamique, comme on le constate dans les champs de pratique des auxiliaires familiaux.

Marguerite Cognet
Centre de recherche et de formation,
CLSC Côte-des-Neiges,
Centre affilié universitaire McGill

Sylvie Fortin
Groupe de recherche ethnicité et
société,
Université de Montréal

Notes

- ¹ Étude financée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), «Les auxiliaires familiaux en CLSC: ethnicité, formation et insertion institutionnelle» (D. Meintel, M. Cognet et L. Raigneau, R. Antonius, S. Fortin, J. Renaud et R. Sévigny, collaborateurs).
- ² En 1995, le gouvernement fédéral annonce des mesures de restriction des dépenses publiques, dont la diminution majeure des paiements de transferts qui soutiennent le financement de la santé, de l'aide sociale et de l'éducation dans les provinces et territoires. La question de la diminution du transfert fait l'objet

d'un débat entre le gouvernement fédéral et les provinces. Le transfert fédéral comprend une part en espèces et une part en points d'impôt. Les provinces estiment avoir perdu beaucoup sur le transfert en espèces et l'augmentation en points d'impôt ne leur apparaît pas comme une compensation suffisante (voir Auger et al., 2001 : 29). L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estime que les dépenses de santé ont dépassé la barre des 95 milliards de dollars en 2000, ce qui représente 6,9 % de plus que l'année précédente; il s'agit de plus de 3000 dollars par Canadien.

- ³ Voir notamment Herzlich et al., 1993; Saillant, 1994; Paicheler, 1995; Arborio, 1993.
- ⁴ Statistique Canada (2003). *Profession. Classification nationale des professions pour statistiques de 2001 (720), catégorie de travailleurs (6) et sexe (3) pour la population active de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2001. Données-échantillon (20%) (Population active du Canada: travail rémunéré)*, 97F0012XIF2001017, <http://www.statcan.ca/francais/IPS/Data/97F0012XIF2001017.htm>.
- ⁵ Sources OIIQ: www.oiiq.org.
- ⁶ Comité directeur de l'étude sectorielle sur le travail social, Développement des ressources humaines Canada, *Le travail social au Canada: une profession essentielle*, Rapport final, volume 1, janvier 2001.
- ⁷ Pour la seule catégorie G811 enregistrée par Statistique Canada (2003), *op. cit.*
- ⁸ La recherche pour l'étude pilote, réalisée par D. Meintel, M. Cognet et A. Lenoir, a bénéficié de l'appui du Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges et du Centre d'excellence Immigration et métropoles (Université de Montréal).
- ⁹ Les CLSC sont aujourd'hui la charnière essentielle entre le système public de santé et la population du Québec. Ils sont régis par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1991), selon laquelle chacun a pour mission

« d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion » (titre I, art. 80 de la loi).

- ¹⁰ Voir la première note.
- ¹¹ Données du recensement canadien de 2001. Source: www12.statcan.ca/Profil01/Details/details1pop2.
- ¹² Certains estiment à environ 8000 le nombre des auxiliaires familiaux en exercice au Québec*, mais ces évaluations sont sujettes à caution, ne serait-ce qu'en raison de la coexistence des titres d'emploi (variables selon les provinces et les régions; citons: aide de soutien à domicile, aide familiale, auxiliaire familial), de l'importance du roulement de personnel et des modalités d'exercice de la fonction. *J. Boileau, « 8000 salariées de l'État presque sans droits », *Le Devoir* (Montréal), 1^{er} mai 2002 : 1, 10.
- ¹³ Nous en avons dénombré trente-cinq, mais certaines peuvent avoir plusieurs officines. Quelques-unes ont des succursales en banlieue sud ou nord (à Laval et à Longueuil principalement).
- ¹⁴ Les CLSC sont de taille variable; le plus petit emploie à peine une centaine d'employés, alors que le plus important en compte cinq fois plus. Près du tiers (9/29) dessert une population de moins de 50 000 habitants; un autre tiers (10/29) une population comprise entre 50 000 et 70 000 habitants; et encore un tiers (10/29) une population de 70 000 à 130 000 habitants. Leur organisation interne présente aussi quelques variations même si tous offrent l'ensemble des prestations de soins et de services subventionnés. Les variations tiennent surtout à la façon dont ils organisent les services et aux compléments qu'ils proposent, généralement en partenariat avec des organismes communautaires de leur quartier. Dans le cas des agences, la principale différence a trait à la taille de l'entreprise (grosse, moyenne ou petite). Les plus importantes sont en fait des succursales d'entreprises d'envergure internationale implantées dans la majorité des provinces du Canada, où le secteur santé est plus ou

- moins développé, dans la mesure où bien souvent le groupe se déploie dans d'autres secteurs d'activité. Les moyennes entreprises de soins et services à domicile sont d'envergure nationale ou provinciale. Elles sont spécialisées dans le champ de la santé, avec un fort développement dans les soins et services à domicile. Elles travaillent avec un *pool* d'employés permanents (environ 500) et recourent à du personnel temporaire. Les plus petites sont locales, ont une structure de direction simple et comptent 200 employés ou moins.
- ¹⁵ Huit avaient été invités; six ont accepté de travailler avec nous à ce projet.
- ¹⁶ Notons cependant que les agences, étant donné la nature des contrats de travail, peuvent assez difficilement contrôler leurs effectifs. Ceux qui nous avaient été annoncés alors s'appuyaient sur le nombre moyen de feuilles de paie sorties pour les deux ou trois dernières quinzaines. En dépit du nombre, nous n'avons pu réaliser autant de contacts que nous l'aurions souhaité étant donné la mobilité de ces personnels et surtout la distance qui caractérise les liens entre employés et employeurs.
- ¹⁷ Au total, nous avons observé 32 intervenants dans 172 situations d'interaction avec un usager, deux journées complètes dans deux centres de jour et 67 situations d'interaction entre ces intervenants et d'autres partenaires professionnels (interactions en face à face et en groupe).
- ¹⁸ L'indice de satisfaction au travail était établi à l'aide d'une échelle de type Likert (1 à 4) mesurant cinq dimensions (réalisation de soi au travail; cohésion entre auxiliaires; implication dans le travail collectif multidisciplinaire; soutien des intervenants professionnels; soutien du supérieur).
- ¹⁹ Ce moindre succès est imputable à la difficulté de rencontrer les employés: beaucoup ne viennent pas souvent à l'agence, et ils sont dans l'ensemble très mobiles. Vu la prédominance des personnes originaires des Antilles dans le personnel employé par les agences (et la forte probabilité que ces personnes travaillent plutôt dans le privé que dans le public, selon le calcul établi sur notre échantillon), nous pouvons estimer que nos résultats sont, sur les points qui les concernent, en dessous de la réalité.
- ²⁰ Les résultats traités, en particulier ceux qui sont repris ici, tiennent compte de cet écart.
- ²¹ Les données recueillies par questionnaire ont été traitées sous le logiciel SPSS donnant lieu à des analyses simples, croisées et multivariées. Les données qualitatives (observations et entrevues) ont été traitées avec Atlas-ti selon la méthode de codage de la théorie ancrée (Strauss et Corbin, 1990).
- ²² Ces profils sont ressortis de l'analyse des variables du questionnaire qui permettaient de retracer les trajectoires biographiques et professionnelles (situation d'emploi au moment de l'enquête, expérience professionnelle antérieure, sexe, origine ethnique et lieu de naissance du répondant, de son père et de sa mère, âge à l'entrée dans le métier et degré de formation au métier).
- ²³ Ces profils ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils résultent du traitement statistique des différentes variables, qui les a fait apparaître comme autant de trajectoires pertinentes.
- ²⁴ Cette énumération correspond à des paliers de délégation qui renvoient à un degré plus ou moins élevé de contrôle et de surveillance de l'acte par le déléguant.
- ²⁵ Elle est pour l'instant toujours en application. Nous verrons jusqu'où seront appliquées les recommandations de la commission Romanow.
- ²⁶ Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1994. *Les services à domicile de première ligne, cadre de référence*.
- ²⁷ Section Nomenclature des titres d'emploi, libellés et échelles de salaires, page 1.3.14, Convention collective CSN-FSSS 2000-2002.
- ²⁸ Anselm Strauss et Juliet Corbin ont abondamment insisté sur l'importance de cet aspect de négociation et d'articulation entre les professionnels du soin et les patients au décours des pathologies. Voir notamment Strauss et al. (1985), Corbin et Strauss (1988), Corbin (1991).
- ²⁹ Cette stratégie a largement contribué à l'apparition du groupe des auxiliaires familiaux comme nouvelle catégorie des professions de santé, mais au prix d'un recul des avantages socioprofessionnels acquis par le groupe des auxiliaires infirmières; et ces dernières ont perdu là un terrain d'exercice (les soins et services à domicile) qui, dans d'autres circonstances politico-économiques, leur aurait sans doute été octroyé.
- ³⁰ Les agences du secteur privé fonctionnent sur le principe de l'emploi à la demande, alors que 60% des auxiliaires en CLSC sont des employés permanents.
- ³¹ Les données sont fournies par les services de ressources humaines des CLSC et les agences. En début de carrière, une auxiliaire de CLSC gagne entre 13,95 et 15,31 dollars l'heure.
- ³² Par comparaison, dans les CLSC, le salaire horaire moyen d'une infirmière est de 17,54 dollars (formation technique) ou de 18,21 dollars (pour une bachelière) en début de carrière, et de 26,13 dollars ou de 33,54 dollars l'heure en fin de carrière.
- ³³ Même s'il est assez difficile de contrôler la représentativité de l'échantillon pour les raisons déjà évoquées, nos résultats sont assez proches des données de Statistique Canada, selon lesquelles, au sein des catégories D312 et G811, qui comprennent les préposés aux bénéficiaires et les aides familiaux et les aides de maintien à domicile, les femmes représentent 81% des effectifs québécois (80% pour le territoire montréalais).
- ³⁴ $P = 0,04$ au test du chi carré.
- ³⁵ Statistique Canada, données du recensement de 1996.
- ³⁶ Toutes nos estimations sur la couleur probable de la peau basées sur ces variables se sont vérifiées pour les individus rencontrés en entrevue.
- ³⁷ Données calculées pour les arrondissements où sont implantés les CLSC qui ont participé à l'étude. Sources statistiques de la ville de Montréal: <http://www2.ville.montreal.qc.ca/diversite/>.
- ³⁸ Les enfants d'immigrants nés au Canada sont absents dans ce tableau (en raison

des impossibilités d'inférence statistique sur un nombre aussi restreint, nous les avons extraits de ce type d'analyse).

³⁹ Y compris, cette fois, les noirs nés au Canada de notre échantillon.

⁴⁰ Les auxiliaires d'origine étrangère ont généralement quitté leur pays d'origine à l'âge adulte et ont accédé au marché de l'emploi canadien par le biais d'offres des agences privées du secteur des soins à domicile.

Bibliographie

- AÏACH, Pierre, et D. FASSIN, dir. 1994. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Anthropos.
- ARBORIO, Anne-Marie. 2001. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Anthropos.
- ARBORIO, Anne-Marie. 1993. «Quand le "sale boulot" fait le métier: les aides soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital», *Sciences sociales et santé*, 13, 3: 11-25.
- ARMSTRONG, Patricia, et Hughes ARMSTRONG. 1996. *Wasting Away. The Undermining of Canadian Health Care*. Toronto, Oxford University Press.
- AUGER, Christophe, J.-B. TRUDEAU, A. ARCHAMBAULT et P. LAMARCHE. 2001. *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*. Rapport au ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, Conseil de la santé et du bien-être.
- BERNÈCHE, Francine. 1983. «Les caractéristiques sociodémographiques de l'immigration caraïbéenne au Québec au recensement de 1981», dans V. PICHÉ, S. LAROSE et M. LABELLE, éd. *L'immigration caraïbéenne au Canada et au Québec: aspects statistiques*. Montréal, Université de Montréal, Centre de recherches caraïbes.
- BOURDIEU, Pierre. 1980. *Le sens pratique*. Paris, Éditions de Minuit, collection Le sens commun.
- BOURDIEU, Pierre. 1994. *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris, Éditions du Seuil, Collections Points.
- BUCHER, R., et A. STRAUSS. 1961. «Professions in process», *The American Journal of Sociology*, 66, 4, janvier: 325-334.
- BURAWOY, Richard. 1976. «The functions and the reproduction of migrant labor», *American Journal of Sociology*, 81, 5: 1050-1087.
- BURBRIDGE, Lynn C. 1993. «The labor market for home care workers: Demand, supply, and institutional barriers», *The Gerontologist*, 33, 41: 41-46.
- CALLISTE, Agnes. 1993. «Women of "exceptional merit": Immigration of Caribbean nurses of Canada», *Canadian Journal of Women and Law*, 6: 85-102.
- CASTLES, Stephen, et G. KOSACK. 1973. *Immigrant Workers and Class Structure in Western Europe*. Oxford, Oxford University Press.
- COGNET, Marguerite. Sous presse. «Les effets de la transformation du système de santé canadien sur les emplois de soins et de services chez les femmes immigrantes» dans F. SAILLANT, M. BOULIANNE et S. KANDJIAN. *La transformation des systèmes de santé et de services sociaux et le mouvement pour la santé des femmes: enjeux contemporains, résistances et pratiques novatrices*. Québec, Recherches féministes.
- COGNET, Marguerite. 1999. *Migrations, groupes d'origines et trajectoires: vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels?* Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- COGNET, Marguerite, et Laurent RAIGNEAU. 2002. «Le genre et l'éthnicité: les critères voilés de la délégation des actes en santé», *Cahiers du GRES*, Centre d'études ethniques des universités montréalaises, 3, 1: 25-38.
- CONTANDRIOPOULOS, Jean-Pierre, J. P. DENIS et C. A. DUBOIS. 2000. *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*. Rapport présenté au Conseil de la santé et du bien-être. Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).
- CORBIN, J. 1991. *Trajectory as an Analytic Tool*. Communication présentée au Stone Symposium for the Study of Symbolic Interaction, San Francisco, University of California.
- CORBIN, J., et A. STRAUSS. 1988. *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco, Jossey-Bass.
- DALLAIRE, Clémence, M. O'NEIL et C. LESSARD. 1994. «Les enjeux majeurs pour la profession infirmière», dans V. LEMIEUX, P. BERGERON, C. BÉGIN et G. BÉLANGER, dir. *Le système de santé au Québec*. Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval: 245-272.
- DAY, Shelagh, et G. BRODSKY. 1998. *Les femmes et le déficit en matière d'égalité. L'incidence de la restructuration des programmes sociaux du Canada*. Ottawa, Condition féminine Canada.
- DE RUDDER, Véronique, C. POIRET et F. VOURC'H. 2000. *L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*. Paris, PUF.
- DUBAR, Claude, et P. TRIPIER. 1998. *La sociologie des professions*. Paris, Armand Colin, Collection U.
- DUMONT-LEMASSON, Mireille, C. DONOVAN ET M. WYLIE. 1999. *Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile. Une synthèse pour le Canada*. Santé Canada avec la colla-

- boration du Groupe de travail sur les soins continus du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services de santé. <http://www.hc-sc.gc.ca/homecare/francais/pro.html>.
- FASSIN, Didier. 1996. *L'espace politique de la santé*. Paris, PUF.
- FAST, J. 1997. *Conceptualizing and Operationalizing the Costs of Informal Elder Care*. Rapport technique final au Programme national de recherche et développement en matière de santé, mars.
- FORTIN, Sylvie. 2000. *Destins et défis: la migration libanaise à Montréal*. Montréal, Éditions Saint-Martin, collection Pluri-ethnicité/Santé/Problèmes sociaux.
- FORTIN, Sylvie. 2002. *Trajectoires migratoires et espaces de sociabilité: stratégies de migrants de France à Montréal*. Université de Montréal, Département d'anthropologie, thèse de doctorat.
- FREIDSON, Eliot. 1984. *La profession médicale*. Paris, Payot [trad. de: 1970. *Profession of Medicine*. New York, Harper and Row].
- GOFFMAN, Erwing. 1968. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, Éditions de Minuit, Coll. Le sens commun.
- GRES (Groupe de recherche Ethnicité et société). 1992. «Immigration et relations ethniques au Québec: un pluralisme en devenir», dans Gérard DAIGLE, dir. *Le Québec en jeu*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal: 451-481.
- HELLY, Denise, et A. LEDOYEN. 1994. *Immigrés et création d'entreprises, Montréal, 1990*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
- HERZLICH, Claudine, M. BUNGENER, G. PAICHELER et M.-C. ZUBER. 1993. *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français (1930-1980)*. Paris, CERMES, INSERM-Doin.
- HUGHES, Everett, C. 1967 [1958]. *Men and their Work*. Glencoe, The Free Press.
- JAMES, Carl E. 1999. *Seeing Ourselves. Exploring Race, Ethnicity and Culture*. Toronto, Thompson Educational Publishing.
- JUTEAU, Danielle. 1999. *L'ethnicité et ses frontières*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, collection Trajectoires sociales.
- LAMOTTE, Aleyda. 1992. *Situation socio-économique des femmes immigrées au Québec*. Québec, Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration.
- LI, Peter S. 1998. «The market value and social value of race», dans V. SATZEWICH, éd. *Racism and Social Inequality in Canada. Concepts, Controversies and Strategies of Resistance*. Toronto, Thompson Educational Publishing, Inc.: 115-130.
- MACADAM, Margareth. 1999. *Les questions relatives aux ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada. Point de vue stratégique*. Santé Canada, Groupe chargé des politiques au Développement des soins à domicile, <http://www.hc-sc.gc.ca/homecare/francais/pro.html>.
- MEINTEL, Deirdre, M. COGNET et A. LENOIR-ACHDJIAN. 1999. *Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux*. Montréal, Les Publications du Centre de recherche et formation du CLSC Côte-des-Neiges, 4.
- MILES, Robert. 1982. *Racism and Migrant Labour*. Londres, Routledge and Kegan.
- MONTGOMERY, Catherine, M. COGNET, L. TREMBLAY et S. XENOCOSTAS. 2001. «Les faces cachées du système de santé», dans H. MORAIS et M. VENNE, dir. *Santé: pour une thérapie de choc*. Québec, Les Presses de l'Université Laval: 47-52.
- MORRIS, Marika, J. ROBINSON, J. SIMPSON, S. GALEY, S. KIRBY, L. MARTIN et M. MUYCHKA. 1999. *L'évolution des soins à domicile et la fragilité financière des femmes*. Ottawa, Condition féminine Canada.
- NASH, June, et P. FERNANDEZ-KELLY. 1983. *Women, Men and the International Division of Labor*. Albany, State University of New York Press.
- NEYSMITH, Sheila. 1996. «Les soins à domicile et le travail des femmes: la force de l'habitude», *Lien social et Politiques-RIAC*, 36: 72-80.
- NEYSMITH, Sheila, et J. ARONSON. 1995. *Working Conditions in Home Care: Negotiating Race and Class Boundaries in Gendered Work*. Paper presented at the Meetings of the Canadian Association on Gerontology. Vancouver, Canada, octobre.
- PAICHELER, Genevieve. 1995. «Les professions de soins: territoires et empiètements», *Sciences sociales et santé*, 13, 3, septembre: 5-10.
- PORTES, Alejandro. 1998. «Social capital: Its origins and applications in modern sociology», *Annual Reviews in Sociology*, 24: 1-24.
- SAILLANT, Francine. 1994. «La part des femmes dans les soins de santé», *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, 28, 68: 95-106.
- SAILLANT, Francine, et Éric GAGNON. 2001. «Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches», *Lien social et Politiques-RIAC*, 46, automne: 55-69.
- SASSEN, Saskia. 1996. *La ville globale: New York, Londres, Tokyo*. Traduit de l'américain par Denis-Armand Canal. Paris, Descartes et Cie.
- SCRINZI, Francesca. 2002. *La marchandisation globalisée du travail domestique ou les femmes migrantes et la néodomesticité*. Communication présentée au Troisième Colloque international des Recherches féministes francophones, Toulouse, septembre.
- SIMMONS, Alan. 1998. «Racism and immigration policy», dans V. SATZEWICH, éd. *Racism and Social Inequality in Canada. Concepts, Controversies and Strategies of Resistance*. Toronto, Thompson Educational Publishing, Inc.: 87-114.

SIMON, Pierre-Jean. 1997. « Différenciation et hiérarchisation sociales », *Les Cahiers du Ceriem*, 2: 27-52.

STRAUSS, Anselm, et J. CORBIN. 1990. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory, Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA, Sage Publications.

STRAUSS, Anselm, L. SCHATZMAN, B. BUCHER, D. EHRLICH et M. SABSHIN. 1963. « The hospital and its negotiated order », dans E. FREIDSON. *The Hospital in Modern Society*. New York, The Free Press : 147-168.

STRAUSS, Anselm, et al. 1985. *Social Organization of Medical Work*. Chicago, The University of Chicago Press.

TABOADA-LEONETTI, Isabelle. 1994. « Intégration et exclusion dans la société duale. Le chômeur et l'immigré », *Revue internationale d'action communautaire*, 31, 71 : 93-103.