

Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste

Marguerite Cognet



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/344>

ISSN : 1298-0390

Éditeur

UMR 912 SE4S

Référence électronique

Marguerite Cognet, « Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste », *Face à face* [En ligne], 6 | 2004, mis en ligne le 01 février 2004, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/344>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

Tous droits réservés

Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste

Marguerite Cognet

- 1 Du contexte multiethnique des soins et des services de santé aux interventions "culturellement sensibles" en passant par l'ethnopsychiatrie, désormais les approches et les formations dites en *interculturel* pénètrent un peu partout les institutions de santé. La littérature sur le sujet est prolifique et plusieurs résultats d'études soutiennent des recommandations aux politiques. Ces modèles d'intervention insistent sur la culture, invitant le praticien à se départir de ses lunettes ethnocentristes¹ pour appréhender l'usager comme sujet de culture différente. Le premier mérite de ces approches est sans aucun doute cette invitation à se décentrer de ses propres valeurs, croyances et normes, pour appréhender l'Autre non pas à partir de lacunes (ce qu'il ne comprend pas, ne sait pas, ne fait pas, etc.) mais comme porteur de valeurs, croyances et normes propres à son groupe. En dépit de cet intérêt, il nous apparaît pourtant que cette même insistance sur la culture présente un inconvénient majeur en ce qu'elle offre un exutoire à des pratiques racistes où la construction de l'Autre s'ancre moins dans l'ordre du culturel que dans celui du racial². Soit une construction de l'altérité où les marqueurs de la différence sont nommés dans le registre du biologique ou dans celui des pratiques culturelles mais dans une définition suffisamment essentialiste pour que cela revienne au même (De Rudder *et al*, 2000). Les pratiques culturelles sont dans ce cas érigées en différence absolue qui radicalise la distance entre le *Nous* et le *Eux*; il devient impossible de les imaginer autrement que reliées au groupe qu'elles finissent d'ailleurs par définir. Leur appropriation par un autre groupe est perçue comme impensable³. Cet aspect souvent présent en situation de diversité ethnique, est certes moins discuté dans les remises en question des pratiques et relations de soin. Il l'est d'autant moins qu'il est rendu invisible sous la pression de la rectitude politique et qu'il se pourrait bien qu'il trouve un aspect "respectable" sous le manteau de l'interculturel. Si c'est le cas, nous devons nous demander ce qui le sous-tend et le pérennise. Après quelques repères conceptuels, c'est

sur cette question que nous centrerons notre réflexion en nous appuyant sur une série d'études conduites en France⁴ et au Québec.

Racisme et ethnisme : les mamelles du culturalisme

- 2 L'émergence des mots, leur popularité ou leur mise en sourdine, sont autant d'expressions de l'évolution de la pensée d'une société, de sa façon de se dire et de se donner à voir. Le concept de race et son radical en "isme", d'idéologie en théorie, ont subi de fortes influences quant à leur sens et leur capacité comme signifiants au cours du XIX^e et XX^e siècles. Guillaumin (2002 : 99) nous rappelle que dans son évolution le terme de racisme qui jusqu'au milieu du XX^e siècle « ne caractérisait que les relations hostiles entre des groupes strictement définis comme raciaux - est devenu le signifiant d'un rapport entre des groupes qui ne sont pas obligatoirement considérés, consciemment, comme raciaux ». Si le racisme ne s'est pas limité à assigner dans la différence les individus sur la base de marqueurs somatico-biologiques, il ne s'est pas non plus cantonné à des comportements de type hostile. Dans les faits, l'hostilité n'est qu'une des formes que revêt le racisme. C'est bien sûr, celle qu'il est le plus aisé à reconnaître dans la mesure où sous cette forme, le racisme est en général réprouvé dans les sociétés qui se réclament des principes d'égalité et d'universalité, piliers de la démocratie. Mais si le racisme exprimé avec hostilité n'a pas *a priori*, droit de cité dans de telles sociétés, sa réprobation ostentatoire en dissimule les autres formes (Guillaumin, 2002). La perception, la désignation de l'Autre et son assignation dans ce qui le constitue comme différent, n'ont pas systématiquement besoin d'être formellement agressives pour relever du racisme. Nous ferons nôtre la définition du racisme telle que proposée par Guillaumin (2002 : 110) « Le racisme est défini en ce qu'il s'applique à l'étranger, l'étrange, l'autre, l'hétérogène, en opposition à l'homogène, l'habituel, le moi. Laudation ou mépris, admiration ou persécution sont les deux faces de la même médaille ». Et le racisme, nous dit-elle, ne peut être totalement lisible qu'à un niveau susceptible de rendre compte de ces deux attitudes apparemment opposées. Par ailleurs, il nous apparaît que si les formes hostiles sont identifiables et réprouvées dans le contexte social, elles permettent du même coup à ceux qui en sont les victimes de se révolter. Et si le coup est rude, il demeure possible pour la victime de renouer avec une certaine estime de soi par l'obtention de la condamnation de l'agresseur. En revanche, les formes les plus détournées comme peuvent l'être l'humour ou le paternalisme, condamnent la victime à faire "contre mauvaise fortune bon cœur". Ces formes là, lient raciste et racisé dans une spirale de domination équivalente au rapport qui unit l'incestueux à l'incestué, soit un rapport où la condamnation impossible de l'agresseur voue l'agressé à l'auto-négation de lui-même comme être.
- 3 Certains se demanderont si la culture et les approches des relations en termes culturels ont à voir avec le racisme. Dans *racisme*, nous n'entendons *a priori* que des rapports considérés sous l'angle de la "race", référant donc, en théorie, aux seuls marqueurs de type somatico-biologique tels que la couleur de la peau. Mais remarquons que ceux-ci sont souvent reliés à des traits d'un autre ordre comme les traits de caractère (*i.e.* la nonchalance⁵) qui sont utilisés comme une sorte d'attributs génético-psychiques attachés à des groupes particuliers et feraient partie de leur essence même. Ce qui conduit certains auteurs à souligner le nœud de convergence entre le racisme et l'ethnisme⁶. Pour De Rudder et ses collaborateurs (2000), le premier fait référence à la nature biologique alors que le deuxième assoirait la différence sur la culture. Mais la culture est ici présentée

comme un trait contingent, susceptible de modification. Si d'aventure, les traits culturels sont « essentialisés ou substantivés de telle sorte qu'ils forment "une seconde nature" » alors on passe de l'ethnisme au racisme (De Rudder *et al*, 2000 : 34). La pensée raciste qui procède de la construction de l'Autre par l'instrumentalisation de marqueurs, se reconnaît par un mode de pensée fondé sur l'idée que des différences essentielles se maintiennent entre des groupes, quelle que soit la manière dont elles sont définies. Dans cette perspective, comme le souligne Schnapper (1998 : 434), « il ne suffit pas de remplacer le mot « race » par « culture » pour cesser de penser de manière racisante ».

- 4 Notre analyse se situe dans le champ de l'analyse du racisme systémique, concept défini comme la prise en compte à la fois du racisme ordinaire (voilé⁷ ou non) et du racisme structurel ; l'articulation de l'un à l'autre formant système. Le premier rend compte du niveau interactionnel entre des individus où des rapports de domination s'expriment par la mise en saillance de traits à des fins de dévalorisation et de justification des discriminations. Le deuxième s'inscrit dans les niveaux méso et macro sociaux par l'introduction d'iniquités dans les organisations via les procédures de traitement et les règlements. Le racisme, comme idéologie, dépasse l'élaboration discursive pour s'opérationnaliser dans l'action sociale par des actes de discriminations distingués à deux niveaux : la discrimination directe - intentionnelle, elle vise à signifier l'infériorité et la subordination des individus racisés - et la discrimination indirecte - action qui sous couvert d'un traitement égalitaire, défavorise les uns au profit des autres. Le racisme systémique permet de saisir la dynamique de l'ensemble. Chaque forme du racisme est à la fois le produit et le fondement de la production des autres. Ainsi, le racisme ordinaire, quelle que soit sa forme peut s'exprimer car il est le produit du racisme structurel qui fonde sa crédibilité (voire sa légitimité puisqu'il n'est pas clairement réprimé). À son tour, il dissimulera les véritables racines des inégalités structurelles derrière des représentations qui les feront passer pour naturelles. C'est ce que nous observons dans les discours qui soutiennent que certains groupes sont moins éduqués en prenant pour preuve le fait que leurs formations et leurs diplômes ne sont pas reconnus et qu'ils occupent des emplois déqualifiés. Causes et conséquences se confondent dans un raisonnement tautologique.

Les diverses formes de manifestation du racisme dans les services de santé

- 5 Dans les institutions de santé, les différents paliers d'interactions constituent autant d'espaces où peut potentiellement s'immiscer le racisme ordinaire. La discrimination à l'égard des usagers est un risque assez bien identifié et qui fait d'ailleurs justement l'objet d'un "traitement préventif" par le biais des politiques d'établissements, des codes déontologiques ou des chartes de qualité, qui stipulent les interdictions à cet égard et prévoient un certain nombre de procédures et sanctions pour les contrevenants. Les usagers à risque de racisme identifiés dans ces textes sont les populations minoritaires du fait de leur sexe, orientation sexuelle, religion ou encore de leur couleur de peau.
- 6 La littérature confirme que nombre d'usagers, relativement aux catégorisations raciales et ethniques et aux représentations inhérentes, sont soumis à des traitements discriminants. En dépit de la prévention, les représentations se pérennisent et "colorent" les pratiques (Cognet, 1999, 2001). Plusieurs études américaines récentes ont mis en

évidence la disparité dans l'accès aux soins entre les Noirs et les Blancs, (Ayanian *et al.*, 1999 ; Epstein *et al.*, 2000 ; Noh *et al.*, 1999 ; Peterson, 1997). Les études européennes mettent elles aussi l'accent sur le poids des représentations dans la distribution des soins et des services (Essen *et al.*, 2002 ; Fassin *et al.*, 2001 ; Goubjo, 2002 ; Nazroo, 1998). Le racisme à l'encontre des usagers peut s'actualiser à tous les paliers des organisations sanitaires, de l'accueil aux traitements, dans la mesure où la position des soignants vis-à-vis des soignés tient du rapport inégalitaire propice aux rapports de domination (Cognet, 1999 ; Fassin, 2000, 2001 ; James, 1996 ; Neysmith, 1996 ; Peneff, 2000).

7 Mais le racisme peut également s'exprimer dans l'autre sens, soit à l'encontre des soignants de la part des soignés (Kassembe, 2001). Nous avons vu à plusieurs reprises des soignés invectiver des soignants. Leurs représentations à l'endroit de certaines origines nationales ou ethniques, quand ce n'était pas tout simplement sur la couleur de peau, les conduisaient à craindre de ne pas être soignés comme ils étaient en droit d'attendre. « Cette dame là m'a dit : Je ne veux pas que tu me touches, tu vas me salir⁸ », nous rapportait une soignante originaire d'Haïti. Sur cet aspect pourtant, nos investigations montrent qu'aucun règlement, ni aucune politique d'établissement ne rappellent aux soignés qu'ils n'en sont pas moins des citoyens soumis aux mêmes lois et principes constitutionnels que les soignants, soit, entre autres, à l'interdiction de discrimination sur des bases ethniques et raciales. Du coup, cette attitude du soigné provoque un état de tension dans les équipes soignantes aux prises avec ce problème à gérer. Confrontées dans leurs conceptions du soin mais surtout dans leurs propres représentations de l'Autre, elles voient surgir diverses interprétations et attitudes parmi leurs membres. Finalement, il leur est difficile de comprendre ce qui se passe. Les soignants éprouvent de la difficulté à reconnaître là, une pratique raciste tellement sa fréquence la rend banale. Peut-être est-il parfois plus économique sur le plan psychique de mettre cela sur le compte de la pathologie du patient, sur son caractère ou encore sur son niveau d'éducation. Ils ont en même temps, de la difficulté à prendre position dans la mesure où ils sont au cœur de la situation, ce qui ne leur facilite pas la prise de distance nécessaire à l'analyse et à des décisions exemptes d'affects et de toute autre pression. Qu'elle soit d'abord morale chez ces professionnels qui estiment avant tout devoir répondre aux missions qui leur sont confiées ; le soin plus qu'un devoir, est une obligation. Qu'elle soit institutionnelle ensuite en regard d'injonctions comme celle de trouver une solution aux problèmes de service. Finalement, les solutions mises en place par les équipes peuvent se classer en trois catégories :

1. Refuser de plier face à la demande de l'utilisateur arguant qu'un soignant est un soignant avant tout, que son intervention est réalisée sur la base de son identité professionnelle avant toute autre.
 2. Essayer de négocier l'intransigeance de l'utilisateur sur le mode de "l'accommodement raisonnable" en développant toute une panoplie d'arguments qui n'exclue d'ailleurs malheureusement pas de faire des emprunts au discours racisant et ethnicisant pour tenter de fournir des preuves.
 3. Accéder purement et simplement à la demande du soigné sous le prétexte qu'il faut bien lui administrer les soins ou qu'après tout ce dernier a le droit au respect de son "choix" ou de ses valeurs.
- 8 Le propos n'est pas dans cet article de se prononcer sur la pertinence de telles options. Notre intention ici, est plutôt d'inviter le lecteur à s'éloigner de tout jugement pour interroger des mécanismes plus en amont. Pourquoi les soignants sont devant un tel

choix ; d'autant que ce choix limité à trois options les coince entre le marteau et l'enclume dans la mesure où ils doivent régler une situation qui, par bien des aspects, les dépasse. Au total d'ailleurs, ces options sont moins le produit d'une réflexion philosophique ou clinique que le reflet d'une réponse bricolée dans le moment, l'urgence, dont la réflexion est toujours différée parce qu'on le sait, les services de santé sont débordés, que l'intervention c'est d'abord et avant tout agir. Les intervenants disposent de peu de temps pour s'arrêter et interroger leurs pratiques et en particulier, pour les questionner sur des dimensions qui s'éloignent *a priori* des applications directes⁹. Or, le racisme ne naît pas *ex-abrupto* dans l'univers de la santé, il parcourt tout le social. Si nous voulons comprendre comment émergent des pratiques et des propos racistes, de même que la façon dont se forment les réponses (en verbe ou en actions), il faut regarder du côté du contexte dans lequel ils se créent.

- 9 Ainsi, nous pourrions noter qu'une option comme celle d'accéder sans autre forme de procès aux demandes de l'usager en dépit du caractère franchement raciste de la dite demande, accompagne particulièrement la perspective du rapport soignant-soigné en termes de rapport marchand entre des prestataires de services (entreprises publiques et privées) et des clients. Si le soigné devient un client - ce qui au Canada est un des effets de la réforme du système de santé entreprise dans les années 80-90 où l'on observe un désengagement de l'État et une privatisation accrue des prestations -, il semble qu'implicitement, cette position qui a) lui confère un statut d'acteur en pleine possession de ses capacités d'action, b) lui propose une position face au système et aux soignants où il est moins dominé que dans celle de "patient" et a fortiori de "malade", c) lui restitue un certain pouvoir sur sa propre trajectoire et sur les choix qui la sous-tendent, lui permet également d'imposer ses règles et d'attendre que l'on accède à ses demandes.
- 10 À l'inverse, la première option, qui consiste à considérer "sans objet" la demande du soigné, est surtout le fait d'une logique émanant des visions hospitalocentristes qui prive l'usager de sa capacité à décider, le condamne à s'en remettre aux mains des institutions alors toutes puissantes. C'est une logique qui place le pouvoir du côté institutionnel où là, c'est l'organisation qui édicte les règles. Cette option ne préserve pas de possibles dérives telles que la contrainte d'un type de traitement ou encore l'imposition d'une perception de la maladie et de la santé selon des croyances, des valeurs et une forme de savoir (*i.e.* la médecine occidentale) qui loin d'être universelle est le propre d'une société donnée. Ces pratiques traduisent le rapport hégémonique qu'entretiennent nombre d'institutions hospitalières publiques avec les individus en soin.
- 11 La relation soignant-soigné est prise dans des logiques institutionnelles, organisationnelles et la marge de manœuvre des acteurs en subit les contraintes. Les interactions entre les professionnels de santé et les usagers sont le produit de rapports sociaux qui prennent naissance en amont du seul domaine de la santé et se poursuivent au-delà de lui. La mise en saillance des catégorisations raciales ou ethniques à partir de facteurs tels que la couleur de la peau est à interroger dans le cadre de rapports sociaux inégalitaires, soit à renvoyer aux dispositions structurelles définies par les orientations politiques des États en matière de gestion des immigrés et des minorités.

Du racisme ordinaire à l'inégalité structurelle

- 12 Les rapports sociaux et les relations sociales se construisent à partir de positions différentes et rarement égalitaires, loin s'en faut, entre les individus ou les groupes

auxquels ils sont associés (Rudder *et al.*, 2000). Il y a les riches et les pauvres, les jeunes et les vieux, les nationaux et les étrangers, etc. C'est à l'ombre d'un monde qui se décline selon un ordre hiérarchisé que naît le racisme. Le racisme ordinaire, dissimule en fait un racisme d'un autre ordre, celui dans lequel s'inscrivent les rapports sociaux inégalitaires et qui structurent les sociétés comme la France et le Canada. Cependant, parce que ces sociétés sont constitutionnellement attachées à l'égalité, le racisme structurel s'assoit d'abord et avant tout sur une discrimination indirecte, soit un traitement *a priori* formellement égalitaire mais qui recourt à des critères (de sélection par exemple) qui assureront le maintien des inégalités. C'est sous cet angle que nous pouvons évaluer les effets des politiques protectionnistes en matière d'emploi, ou encore les critères d'évaluation des formations et diplômes des immigrants.

- 13 Dans la situation française la discrimination dans les emplois de la santé est en partie imputable à la restriction qui est faite aux non membres de la CEE en matière d'accès aux emplois du secteur public. Pour le Canada et le Québec, si les conditions d'accès aux emplois publics pour les étrangers sont moins drastiques qu'en France, l'obtention d'un visa de travail est soumise à une procédure qui privilégie les nationaux (réservation de l'emploi aux canadiens et immigrants avec visa de résidence durant 30 jours avant de l'étendre aux immigrants avec visa temporaire ou aux étrangers; le cas échéant justification de la recherche de compétences extranationales). Cela fait, il reste cependant aux candidats à attester de leurs formations, diplômes et compétences. Or, la déqualification et le déclassement par une faible, voire une absence totale de reconnaissance des diplômes, formations et expériences de travail antérieures à la migration disqualifient *ipso facto* les étrangers - et cela est valable pour la France comme pour le Canada. Ainsi, aux critères formels, qui privilégient les nationaux dans les deux pays, vient s'ajouter la disqualification des expériences hors du pays d'accueil. L'effet combiné des politiques protectionnistes des emplois et de celles de gestion des populations immigrées, a des effets concrets, directs et mesurables sur les processus d'embauche comme nous l'avons constaté lors des enquêtes dans les deux pays.

De la préférence nationale aux inégalités en emploi

- 14 Au cours de la recherche auprès des auxiliaires familiaux, nous nous sommes intéressés aux parcours biographiques et professionnels de ce groupe de soignants exerçant dans le cadre des programmes de maintien à domicile, salariés d'entreprises publiques (Centres locaux de services communautaires dits CLSC¹⁰) ou privées (agences de soins et services à domicile). Cette catégorie professionnelle qui est en pleine expansion du fait de la restructuration du système de santé canadien et notamment de la désinstitutionnalisation au profit du maintien à domicile, compte 48% d'immigrés. À partir d'un questionnaire (N=181)¹¹, nous avons mis en lien les origines nationales et les emplois.
- 15 Nos analyses témoignent d'une relation significative entre ces variables. Les effectifs des auxiliaires des CLSC comptent une majorité d'individus nés au Canada de parents nés eux-mêmes au Canada (63%) alors que les immigrants sont sous représentés (37%). Dans les agences privées, la tendance est inverse avec 57% d'immigrés. Mais selon les lieux de naissance des immigrants, on observe une répartition non aléatoire. Les originaires des pays d'Afrique Subsaharienne et de la Caraïbe sont surreprésentés dans les agences alors que les individus en provenance de pays d'Europe et d'Amérique Latine accèdent à peu

près à même hauteur que les Canadiens aux emplois dans les CLSC. Au total, les individus Noirs comptent pour 18% seulement des effectifs des CLSC alors qu'ils comptent pour 43% des effectifs des agences montréalaises. Or, être salarié de l'un ou l'autre type d'entreprise se traduit par une forte disparité dans les conditions de travail, à commencer par la précarité (emploi à la demande) et les échelles salariales (un auxiliaire d'agence gagne entre 7 et 8 \$ de l'heure alors que celui du CLSC en gagne 15). En outre les premiers doivent dégrever de leur propre budget les frais de transport ou encore l'achat de gants. Les auxiliaires de CLSC intègrent le temps de déplacement entre deux clients dans leur temps de travail, alors que leurs homologues d'agences ne sont rémunérés que sur le temps passé réellement au domicile du client. Ajoutons l'absence de support professionnel en agence où les auxiliaires ne reçoivent bien souvent qu'une information minimale, accèdent peu, voire pas, à la formation continue et travaillent de façon isolée.

- 16 Les résultats des modèles de régression logistique du type d'employeur sur cinq variables indépendantes (couleur de peau, sexe, niveau d'études, connaissances linguistiques, formation professionnelle) montrent que la variable *couleur de peau*, résiste à l'introduction des variables de contrôle et reste très significative avec un coefficient B (-1.2) qui persiste, ce qui confirme la difficulté d'accès aux CLSC pour les Noirs (Cognet, sous presse). Si les critères tels que la formation et les compétences linguistiques, habituellement évoqués par les responsables du recrutement des auxiliaires dans les CLSC, pour expliquer la sous-représentation des Noirs dans leurs établissements, ne résistent pas à l'analyse multivariée, il faut chercher ailleurs les fondements de l'écart entre les populations noire et blanche dans l'une et l'autre des organisations.
- 17 En matière d'inégalité dans l'accès aux emplois, des observations similaires avaient été faites au cours de notre recherche en France (Cognet, 1999). Nous avons noté un accès discriminé aux emplois et la promotion, à la fois par le genre et l'ethnicité¹². Absents des carrières administratives et médico-techniques, les étrangers se retrouvaient dans le groupe des soignants mais le lieu de naissance apparaissait comme un facteur discriminant. Les analyses montraient que les originaires de l'Afrique Subsaharienne étaient surreprésentés dans les emplois soignants les moins qualifiés. Par ailleurs, les analyses statistiques rapportaient également une forte disparité entre les Français nés en métropole et les Français nés dans les départements et territoires d'outremer. Ainsi, si les Français occupaient la totalité des postes administratifs, seuls les métropolitains occupaient les postes d'encadrement supérieur et de direction. Les Français métropolitains ne comptaient que 8% de leurs effectifs dans les emplois d'aides-soignants et d'agents de services hospitaliers alors que les originaires des DOM-TOM en comptaient plus de 30%. Ces derniers avaient aussi trois fois plus de probabilité de se trouver dans un emploi "solidarité" que les métropolitains et ils avaient trois fois moins de chances que ces derniers d'accéder à un poste de cadre infirmier bien que présentant toutes les conditions requises en termes d'ancienneté et de formation.
- 18 La convergence des résultats dans les deux pays est troublante. Même si la discrimination paraît toujours assez difficile à prouver, la survie d'un effet net du groupe ethnique après contrôle des variables socio-biographiques (sexe, niveau d'études, connaissances linguistiques) et professionnelles (formation professionnelle, ancienneté), atteste de sa prégnance et nous soutenons que les mécanismes de discrimination opèrent en amont. Certes, les critères formels tels que les préférences nationales rendent compte d'une partie de l'explication des disparités. Ainsi, les écarts en emploi que nous avons trouvés entre Français et étrangers, s'expliquent en partie par ces restrictions (explication qui

bien entendu n'en constitue pour autant ni une excuse, ni une légitimité morale). Cependant, cela n'explique pas pourquoi entre les étrangers eux-mêmes, selon les lieux de naissance, les résultats soutiennent des écarts significatifs où les originaires des pays d'Afrique Subsaharienne et des pays de la Caraïbe apparaissent dans les emplois les plus déqualifiés, les moins valorisés et les plus mal rémunérés, et ce même après contrôle des autres variables. Cela n'explique pas non plus, les écarts entre les différentes catégories de citoyens français ou de citoyens canadiens. Il appert que les disparités dans les deux pays mettent en saillance le facteur *couleur de peau*.

- 19 Il nous semble que les critères formels énoncés dans les politiques et les effets directs qu'ils génèrent ont une portée plus considérable. Première étape d'un mécanisme de discrimination, ils vont pérenniser leurs effets en alimentant les représentations héritées du colonialisme avec un monde occidental sûr de sa science et des pays dit en voie de développement, encore empreints de "traditions", dont les ressortissants sont perçus comme des individus de moindre valeur. Nous avons mené des entretiens semi directifs avec des cadres et des responsables de recrutement dans chacune de nos recherches. Pour ces responsables, les dévalorisations des diplômes, des formations et des expériences, ne sont ni surprenantes, ni même contestables, elles s'inscrivent dans un système de sens en cohérence avec leurs préjugés et les stéréotypes qu'ils nourrissent à l'égard de certains groupes. Les disparités en emploi contribuent à renforcer les représentations, à leur donner matière et vice-versa. L'inégalité introduite au niveau macrosocial *via* les politiques, se poursuit au niveau méso à l'étape de l'embauche. Si certains écarts ne sont pas explicables par les critères formels du premier niveau, le deuxième permet d'autres hypothèses.

Les modèles attendus ou l'invocation des différences culturelles

- 20 Si lors des procédures d'embauche ou de sélection, l'accès aux emplois et à la promotion est soumis à un certain nombre de critères a priori objectifs (i.e. formation, diplôme, années d'expérience), il est également soumis aux attentes de ce que "doit être" le soignant qu'il s'agisse d'un auxiliaire, d'un infirmier ou d'un aide soignant. Ces modèles attendus (compétences, qualités, attitudes souhaitées) sont autant de représentations du soignant culturellement construites au sein du système de santé et plus largement dans la société à laquelle ce système appartient et par laquelle il est lui-même défini. Ces modèles jouent dans le quotidien du travail mais d'abord lors des procédures de sélection à l'embauche.
- 21 Aux vues des analyses que nous avons effectuées à partir des entretiens avec les responsables, il appert que les immigrés répondent moins bien à ces modèles attendus que les nationaux. Il y a pour ces responsables un « problème de culture ». Correcte politiquement parlant, aisée à évoquer et non répréhensible, la culture vient justifier l'écartement de certains candidats.
- 22 Nous avons repéré cet effet "attentes" au moins à deux temps du processus d'embauche. Le premier est celui de la demande écrite où les présentations de curriculum vitæ et les lettres de candidatures suivent des normes assez strictes produisant des attentes particulières tant dans le contenu que dans la forme (façon de se présenter, sélection d'arguments cibles relatifs à la motivation, ordonnancement des formations diplômes et expériences, mise en forme, rédaction). Pour les responsables du recrutement, ce tri est d'autant plus rapidement fait que le marché est plus favorable aux employeurs qu'aux

employés. Des choix de termes non conformes à ceux attendus, tels que l'intitulé des emplois occupés ou ceux auxquels on voudrait prétendre, suffisent à envoyer lettre et CV au panier. Nous donnerons l'exemple du titre d'emploi des auxiliaires familiaux au Québec, apparu dans le contexte du développement massif des suivis de patients à domicile au début des années 90. Si le titre d'emploi est nouveau, le métier lui existe depuis longtemps sous l'intitulé "préposés aux bénéficiaires" dans les hôpitaux québécois. Le changement de titre, visait moins le contenu de la mission et des tâches (en fait le seul changement est le lieu de soin) que des stratégies organisationnelles où le politique s'enclasse dans l'économique. La création d'un nouveau titre d'emploi a permis aux CLSC de recourir à une catégorie de soignants moins onéreuse que celle des infirmières auxiliaires¹³ et de contourner certaines difficultés juridiques en matière de délégation de soins infirmiers. Nous n'irons pas plus en détail sur ce point, notre propos étant plutôt de souligner en quoi cette manipulation dans les intitulés d'emploi jette la confusion chez les non initiés. Nous pourrions donc penser qu'une lettre d'embauche utilisant le terme "préposés aux bénéficiaires" ne soit pas systématiquement écartée. Or, le relevé que nous avons fait durant trois mois dans un CLSC prouvent le contraire et il s'avère que ce sont plutôt les immigrés que les natifs, qui en sont victimes.

- 23 Le deuxième temps où nous pouvons observer les effets des modèles attendus est l'entrevue d'embauche. Les candidats qui ont vu leur CV retenus, sont convoqués à une entrevue qui va les mettre face à face avec le responsable du recrutement et possiblement avec un cadre d'équipe. Certes, qu'il s'agisse de la France comme du Canada, la loi protège formellement le candidat de toute discrimination sur la base de ses attributs phénotypiques. Néanmoins, elle ne peut suffire à le prémunir contre les préjugés qui sévissent dans l'informel et l'arbitraire d'une telle situation d'interaction. Si officiellement, ce n'est pas en raison de la couleur de sa peau qu'un candidat est écarté, cela peut être à cause de sa "nonchalance", que l'on a cru déceler lors de l'entrevue ; ce qui bien sûr ne correspond pas à ce que l'on attend d'un soignant comme nous le précisait un responsable du recrutement à Montréal. Le racisme sous-jacent n'en est pas moins vrai.
- 24 Quand nous avons demandé aux responsables sur quels critères ils recrutaient leurs soignants, nous avons tout d'abord obtenu une liste de critères "objectifs" : diplômes, formations, années d'expériences, ou encore expériences dans des services spécifiques. Ensuite, ils ont évoqué (mais pas systématiquement) des besoins en regard des caractéristiques de leur clientèle (âge, type de pathologie, etc.). À ce titre la dimension culturelle peut surgir si la clientèle est perçue comme fortement hétérogène. Quand nous leur avons demandé de nous décrire le soignant qu'ils recherchaient, c'est cette fois-ci en termes de qualités humaines (disponibilité, ouverture, etc.) ou de compétences (dextérité, savoir faire, etc.) qu'ils se sont exprimés. Mais quand nous leur avons demandé s'ils pouvaient expliquer les écarts que nos analyses statistiques avaient révélés, la culture est devenue le principal facteur pour expliquer en quoi les uns ou les autres se situaient trop loin des modèles attendus et pour justifier leur mise à l'écart. Qu'il s'agisse des individus que les responsables français classent sous l'ethnonyme "Antillais" ou de ceux que les responsables du Québec rangent comme "Haïtiens"¹⁴, ce sont les mêmes représentations qui prévalent et les mêmes stéréotypes qui leurs sont attachés. Nonchalants, pas rapides, trop décontractés, sont des préjugés qui apparaissent souvent à l'encontre des Noirs. Certes, on leur reconnaît des qualités -

« Quand je les ai vues en fonction, elles n'étaient pas ... elles avaient ce petit tempérament méditerranéen pas extrêmement ... pas toujours très dynamique mais elles étaient d'une capacité d'écoute et d'observation qui était bonne »

- mais leur intégration est vue comme une source de problème qu'il vaut mieux éviter. Il y a d'abord les raisons que les responsables pensent légitimes et qui à leurs yeux relèvent de la pure gestion.

« D'abord il y a ces problèmes de nombre dans les services, même si on a essayé de rééquilibrer depuis des années. Mais on le fait surtout par rapport à l'octroi des congés bonifiés. On essaie de répartir. Autrement il y aurait des difficultés énormes dans les services pour gérer ça. »

Il n'y a à leurs yeux aucun racisme, rien de plus qu'une gestion comptable. Pourtant, ils ne cachent pas que la dimension culturelle leur semble problématique :

« On craint d'être taxé de raciste, de xénophobe en abordant ce problème de la différence liée à la culture. L'aspect culturel est rarement abordé dans les réunions de surveillants chefs en termes de difficultés, mais tout le monde a conscience que ça existe et que ça crée des dysfonctionnements dans les équipes. »

Finalement, même si le candidat a les bons diplômes, la formation, l'expérience et les qualités recherchées, la culture surgit tout à coup comme un incontournable qui fait définitivement de lui un indésirable.

« Il y a des données culturelles qui ne permettent pas d'aller aussi loin en termes de manipulation de matériel que des personnes qui baignent dans notre culture depuis des années. »

- 25 Même si certains responsables, subodorent que leurs propos et attitudes ont des relents de racisme (d'où leurs hésitations, voire les détours qu'ils prennent pour atténuer leurs propos), la culture permet de l'en vêtir de façon respectable. La différence culturelle a bon dos, et permet *volens nolens* au racisme de se perpétrer au travers de ces discriminations indirectes.
- 26 Les effets directs et indirects de la discrimination et du racisme structurels se conjuguent étroitement pour venir proposer une solide assise au racisme ordinaire dans les pratiques quotidiennes. Le fait qu'un soigné s'autorise à refuser tel ou tel soignant à cause de sa couleur de peau découle, ni plus ni moins, de l'admission du racisme et de la discrimination existant à chaque palier de la société. Au total, les difficultés à combattre le racisme résultent d'abord des difficultés à le repérer comme tel et ce pour au moins quatre raisons. Premièrement, les pratiques racistes sont en grande partie le produit de rapports sociaux qui dépassent les individus et se situent en amont de leurs actions pour servir des logiques macrosociologiques, politiques et économiques. Deuxièmement, elles imprègnent le quotidien au point d'en devenir banales et du coup, invisibles et inaudibles. Troisièmement, leur banalisation les fait tomber dans l'ordinaire favorisant la tolérance à l'égard des racistes. Quatrièmement, du fait de cette tolérance, les victimes qui manifestent, ont tôt fait d'être taxées de paranoïaques et "d'empêcheurs de tourner en rond". Les difficultés à repérer et à identifier comme telles les pratiques racistes et donc à les sanctionner, contraignent ceux qui en sont victimes à devoir "faire avec". Finalement, comme le dit De Rudder (2000), notre surdité à ces questions finit par rendre les victimes muettes.

BIBLIOGRAPHIE

AYANIAN, JZ., CLEARY, PD., WEISSMAN, JS., EPSTEIN, AM., (1999). "The Effect of Patients' Preferences on Racial Differences in Access to Renal Transplantation", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 341, n° 22, p.1661-69.

COGNET, M., (sous presse). « L'accès à l'emploi dans les services de santé : l'Effet de la dimension ethnique. Étude du groupe des auxiliaires familiaux et préposés aux bénéficiaires à Montréal" in Renaud J., A. Germain et X. Leloup (Eds), *Racisme et discrimination : les tensions et les défis d'une société plurielle*, PUL.

COGNET, M., *Quand l'ethnicité colore les relations du personnel soignant*, *Hommes & Migrations*, Septembre-Octobre 2001, Vol. 1233, p.101-107.

COGNET, M., (1999). *Migrations, groupes d'origines et trajectoires : vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels ?*, Villeneuve d'Ascq, Editions des Presses Universitaires du Septentrion.

De RUDDER V., POIRET C. et VOURC'H F., (2000). *L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*, Paris, PUF, Collection Pratiques Théoriques.

EPSTEIN, AM., AYANIAN, JZ., KOEGH, JH., NOONAN, SJ., ARMISTEAD, N., CLEARY, PD., WEISSMAN, JS., DAVID-KASDAN, JA, CARLSON, D., FULLER, J., MARSH, D., CONTI, RM., "Racial Disparities in Access to Renal Transplantation", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 343, n° 21, 2000, p. 1537-45.

ESSEN B., BODKER B., SJOBERG N. O., LANGHOFF-ROSS J., GREISEN G., GUDMUNDSSON S. and OSTERGREN P. O., *Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services?*, *BJOG*, Vol.109, n° 6, 2002, p. 677-682.

FASSIN D., CARDE E., FERRE N. and MUSSO-DIMITREJEVIC S., (2001). *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Paris, CRESF, Septembre.

FASSIN, D., « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », Dozon, J-P. et Fassin, D., *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris, 2001, p. 281-208.

FASSIN, D., « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Homme et migrations*, Vol. 1225, 2000, p. 5-12.

GUILLAUMIN C., (2002). *L'idéologie raciste*, Paris, Gallimard, Essais.

JAMES, C. E., (1996). *Perspectives on Racism and the Human Services Sector: A Case for Change*, University of Toronto Press, Toronto.

KASSEMBE, D., (2001). *Soigner en Noir et Blanc*, L'Harmattan.

NAZROO J. Y., Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health, *Sociology of health and illness*, Vol. 20, n° 5, 1998, p. 710-730.

NEYSMITH, S., (1996). « Les soins à domicile et le travail des femmes : la force de l'habitude », *Lien Social et Politiques - RIAC*, Vol. 36, p. 72-80.

NOH, S., BEISER, M., KASPAR, V., HOU, F., RUMMENS, J., (1999). " Perceived racial discrimination, depression, and coping: a study of Southeast Asian refugees in Canada ", *Journal Health Social Behavior*, Vol. 40, p. 193-207.

PENEFF, J., (2000). *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Métailié, coll. Sciences humaines, Paris.

PETERSON, ED., SHAW, LK., DeLONG, ER., PRYOR DB., CALIFF, RM., MARK, DB", " Racial Variation in the Use of Coronary-Revascularization Procedures. Are The Diffences Real? Do They Matter? ", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 336, n° 7, 1997, p. 480-486.

SCHNAPPER D., (1998). *La relation à l'Autre. Au coeur de la pensée sociologique*, Paris, Gallimard.

NOTES

1. Pour le concept d'ethnocentrisme, voir le discours de Lévi-Strauss donné à l'UNESCO en 1957, publié in extenso dans Lévi-Strauss, C. (1961). *Race et Histoire*. Unesco: Gonthier, Bibliothèque Médiations.
2. Si le culturel réfère à ce qui s'apprend et donc peut, a priori, se modifier, le racial s'inscrit dans l'ordre de la nature, de l'essence, de ce qui est inhérent soit de l'inné et non l'acquis.
3. Ainsi par exemple, l'acupuncture comme pratique de soin est largement adoptée dans le monde occidental dans la mesure où elle est bien perçue comme une pratique culturelle transférable. Comme telle, chacun reconnaît qu'elle s'est développée en Asie où elle traduit une certaine représentation du corps. Elle est cependant loin d'être perçue comme inhérente à l'identité même des Chinois, au contraire, puisque chacun peut se l'approprier, du moins comme technique. Il en va ainsi pour nombre de pratiques culturelles (i.e. la consommation de soja comme préventif de certains cancers, etc.) qui sont d'ailleurs parfois repris et plébiscités par nos organismes de santé publique. Il en va tout autrement pourtant pour certaines qui sont systématiquement discréditées en particulier dans la mesure où elles heurtent notre système de valeurs - pensons par exemple aux pratiques vaudou et ne parlons pas de pratiques comme celles de l'excision. Dans ce cas, la pratique est dénoncée comme inhérente au groupe dont elle révèle l'ignorance, voire le côté primitif ou pire la barbarie ou la sauvagerie.
4. L'étude en France fut réalisée dans le cadre d'un doctorat de 3^e cycle en sociologie portant sur les relations interethniques en milieu hospitalier (Cognet, 1999). Au Québec, il s'agit d'un programme de recherche soutenu par le Fond québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) sous le titre « Formation et ethnicité dans les pratiques professionnelles des intervenants en services de première ligne et soins ambulatoires ». Ce programme comprend plusieurs projets de recherche qui concernent des catégories professionnelles spécifiques (auxiliaires familiaux, infirmières, travailleurs sociaux) exerçant dans des services de première ligne (promotion, prévention, cure (entendu au sens français du terme soit comme traitement médical) sans plateau technique lourd, postcure) en milieu pluriethnique. Au sein de chacun de ces trois groupes, nous interrogeons la multiplicité des profils des professionnels en regard de la diversité de leurs origines ethniques, formations et positions institutionnelles. Le premier projet est achevé et a donné lieu à plusieurs publications et communications. Le deuxième est en phase de traitement des premières données. La problématique de ce programme de recherche s'articule à la croisée des processus de la professionnalisation, du développement des compétences, de l'appropriation des rôles et de l'influence des origines ethniques ou encore des trajectoires migratoires.
5. À telle enseigne que cela fait recette chez les humoristes. Beaucoup se souviendront de la mise en scène par le trio d'humoristes français les Innconus d'aides-soignantes noires à qui l'on fait

dire qu'elles sont frappées de la maladie de la nonchalance. Le trait, ainsi inscrit dans les corps, passe de l'ordre de la culture à celui de la nature. Les humoristes et le succès de tels sketches ne font que rendre compte de la prégnance de la représentation dans la société.

6. Schnapper (1998 : 434), mentionne que l'on pourrait parler de culturisme pour identifier cette forme de racisme.

7. Par racisme voilé, nous entendons, les formes non explicites et non violentes du racisme (i.e. le conformisme ou l'attentisme). Dans racisme ordinaire, nous intégrons donc cette forme de racisme mais également toutes celles qui pour être explicites, n'en sont pas pour autant systématiquement violentes ou marquées d'hostilité (i.e. la caricature, la stéréotypie, le paternalisme). Pour une définition plus complète, le lecteur pourra se reporter aux travaux de Véronique De Rudder et de ses collaborateurs (2001 : 25-48), ou encore aux divers numéros de « Vocabulaire historique et critique des relations interethniques », Pluriel-Recherches, n° 1 à 7.

8. La citation est extraite de l'enquête par entretiens semi directifs réalisés auprès de 40 auxiliaires familiaux et préposés dans le cadre de la recherche « Les auxiliaires familiaux et sociaux des CLSC : Ethnicité, formation et insertion institutionnelle ». Les auxiliaires familiaux et sociaux au Québec constituent un groupe professionnel dont les missions et tâches sont assez proches de celles des aides-soignantes françaises.

9. De ce fait, l'encadrement direct et plus largement les décideurs des institutions de santé sont beaucoup plus enclins à favoriser une réflexion sur la clinique stricto sensu qu'aux dimensions sociales dans laquelle elle s'exerce, dans la mesure où ils y voient des applications immédiatement transférables aux praticien(ne-s) et aux gestionnaires.

10. La Loi sur les services de santé et les services sociaux en vigueur au Québec décline divers types d'établissements de santé parmi lesquels on compte les Centres Locaux de services communautaire (CLSC). Ces établissements, répartis dans toutes les régions du Québec (147 au total), offrent des services de santé, des services sociaux courants et des programmes spécifiques, de nature préventive ou curative ainsi que des services de réadaptation ou de réinsertion.

11. Les individus ont été interpellés sur leurs lieux d'emploi : 3 CLSC de Montréal et 3 agences privées. Au total, sur un échantillon visé de 280 individus, 181 ont accepté de participer à l'enquête et ont rendu un questionnaire valide pour traitement statistique soit 65 %.

12. L'établissement hospitalier qui sert de terrain d'enquête comptait au moment de l'enquête (1994) 2 700 salariés. Les analyses ont été effectuées sur l'ensemble de cette population à partir des variables sexe, famille professionnelle, catégorie professionnelle, grade, ancienneté, statut en emploi, nationalité, pays de naissance.

13. Les catégories soignantes au Canada présentent des segments légèrement différents de celles de la France. Comparativement aux catégories françaises, cette catégorie de soignants se situerait entre les infirmières et les aides-soignantes.

14. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'assignations par la société d'accueil qui englobent des populations assez diverses. Ces ethnonymes sont d'ailleurs sujets à se transformer sous différentes pressions puisqu'ils traduisent toujours un rapport de force entre des groupes dans des contextes sociopolitiques datés.

RÉSUMÉS

Social relations between individuals and in the context of the groups with which they are associated are created from different standpoints which are seldom egalitarian. There are rich

and poor, young and old, nationals and foreigners, etc. In a world organised along hierarchical lines, racism and discrimination, both direct and indirect, can spring up unchecked. Despite formal conceptions and models of medical care and treatment, despite specific codes of ethics for the different groups of professional carers, and despite a generally accepted code of practice which, in countries like France or Canada, advocates equality in access to health care services and facilities, the world of health care is itself a social space and here, like everywhere else, racism is able to find a suitable host and contexts where it can develop. Very often it is cloaked in what some call "ordinary racism", in other words, practices that are sufficiently well integrated into our daily activities that they pass unnoticed or become quite commonplace. In this article, we show that this form of racism is underpinned by a structured racism which offers individuals clearly differentiated place in society according to the colour of their skin.

INDEX

Keywords : care, conceptions, health, medical practice, racism

AUTEUR

MARGUERITE COGNET

PhD Sociologie, Centre de recherche et formation du CLSC Côte-des-Neiges, Centre affilié universitaire McGill, Montréal (Québec)

Tel: (514) 731-1386 # 2523

E-mail : mcognet@ssss.gouv.qc.ca