

HORS-DOSSIER

QUAND L'ETHNICITÉ COLORE LES RELATIONS DANS L'HÔPITAL

par Marguerite Cognet*

On constate, en France comme au Québec, une tendance à l'ethnisation des relations entre patients et personnel soignant. Ceci concerne plus particulièrement les aides-soignants - l'équivalent des auxiliaires québécois -, une catégorie dont les tâches sont souvent mal définies, qui souffre d'un manque de reconnaissance professionnelle et trouve dans le rapport au patient un espace d'autonomie et de valorisation. Or, ce glissement vers une proximité ethnique est à double tranchant.

Depuis les deux dernières décennies, le développement d'une sociologie des relations interethniques⁽¹⁾ a notamment permis certaines avancées dans les relations entre migrants et autochtones dans divers espaces sociaux. Néanmoins, nombre de domaines où s'expriment concrètement ces relations sont encore peu investis par la recherche. Le secteur de la santé en est un bon exemple⁽²⁾. Le rapport entre immigration, ethnicité et santé est complexe. Les enjeux qui entourent l'accès et l'utilisation des services de santé par les différentes catégories de population sont difficiles à saisir. Compte tenu des multiples angles d'approche, le domaine s'ouvre sur de nombreuses perspectives : l'accessibilité aux services et aux soins ; l'équité dans les prestations offertes et prodiguées ; l'adéquation de celles-ci ; les risques en matière de santé physique et mentale qu'encourent les immigrants (récents mais aussi après plusieurs années de résidence), relatifs aux situations de précarité dans lesquelles ils se trouvent bien souvent, ou encore à leur plus grande vulnérabilité inhérente aux expériences pré et post-migratoires (confrontation à de nouveaux modèles, expériences traumatiques, perte

des réseaux sociaux, des statuts, etc.) ; l'hégémonie du modèle médical occidental et les savoirs des populations migrantes ; les relations entre des soignants et des soignés, etc.

C'est cette dernière perspective, à la croisée de la sociologie de l'immigration, des relations interethniques et des organisations de la santé, que nous souhaiterions explorer ici. Elle met en scène des relations entre des soignants et des soignés de diverses origines. Nos analyses s'appuient sur deux études réalisées dans des établissements publics de santé. La première a pris pour terrain un hôpital parisien⁽³⁾ ; la deuxième

1)- Nous pensons, entre autres, à l'ensemble des travaux produits par les chercheurs de laboratoires comme l'Urmis-Soliis et le Ceriem (Centre d'étude et de recherche sur les relations interethniques et les minorités), qui ont permis la percée d'une véritable sociologie des relations interethniques.

2)- Didier Fassin, "Santé et immigration. Les vérités politiques du corps", *Cahiers de l'Urmis*, n° 5, mai 1999, pp. 69-76.

3)- Marguerite Cognet, *Migrations, groupes d'origines et trajectoires : vers une ethnisation des rapports socioprofessionnels ?*, thèse de doctorat de sociologie, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve-d'Ascq, 1999.

* Ph. D. sociologie, unité de recherche Migrations et Société (Urmis), Paris, et Centre de recherche et formation, CLSC Côte-des-Neiges (CRF) - groupe de recherche Ethnicité et Société (Gres), université de Montréal.

un centre local de services communautaires (CLSC)⁽⁴⁾ à Montréal⁽⁵⁾.

Si la clientèle des institutions de santé est bien à l'image de la diversité ethnique de la ville ou du quartier qu'elles desservent, le personnel l'est aussi. Soit qu'il s'agisse d'un recrutement sur place – et dans ce cas, l'institution puise dans le même bassin démographique pour son personnel que pour sa clientèle (à ce titre, moins le niveau de compétences est élevé, moins le rayon d'attraction est important) –, soit qu'il s'agisse de recrutement en réseau mettant en scène de véritables ponts migratoires entre un territoire donné et les institutions de santé publique, comme l'illustre parfaitement le recrutement des originaires de Bretagne, d'Auvergne ou encore des départements d'outre-mer (Dom) pour les hôpitaux parisiens⁽⁶⁾.

Dans l'étude parisienne, tous groupes professionnels de l'entreprise confondus, on dénombreait près d'un quart d'immigrants (23 %), dont 15 % nés à l'étranger et 8 % dans les Dom. Pour la catégorie professionnelle qui nous intéresse ici (aides-soignants), qui se trouve être la plus basse dans la hiérarchie des soignants, ce taux atteint 33 %, soit un tiers du personnel de ce groupe. À Montréal, où la catégorie des auxiliaires familiaux et sociaux a été suivie, on compte entre 35 % et 45 % d'immigrants. De prime abord, toute l'organisation de ces institutions repose sur une distribution en catégories statutaires qui définissent à la fois la place de chaque groupe de professionnels dans l'organigramme, sa position sur l'axe hiérarchique, les missions qui lui sont dévolues, les compétences requises. Cependant, les individus au travail ne

Le lien entre patient et soignant, à défaut de pouvoir se construire sur une relation médiatisée par le savoir théorique, cherche d'autres vecteurs.

sont pas vierges d'histoire, d'expériences, de valeurs et de croyance⁽⁷⁾. Leurs appartenances diverses – genre, classe sociale, religion, nationalité, groupe ethnique, catégorie professionnelle –, ou encore leur rattachement institutionnel et leur position dans le système sanitaire leur ont façonné une culture, un ensemble de dispositions

à appréhender, à catégoriser, qui vont orienter leurs rapports aux autres⁽⁸⁾.

LE PROBLÈME DES IDENTITÉS PROFESSIONNELLES

Nos investigations avaient donc pour objet de rechercher si d'autres types de référents identitaires pouvaient s'entrecroiser, voire se substituer aux identités professionnelles ; si oui, dans quelles conditions ? Est-ce que l'ethnicité peut compter parmi les référents possibles, et dans ce cas, comment cela se traduit-il dans les pratiques de travail et dans les relations ? Sur le plan méthodologique, nous avons eu recours aux enquêtes par observation et entretiens, ainsi qu'à une analyse sociodémographique des salariés à partir des fichiers des établissements⁽⁹⁾.

Un service de santé est un espace de tension où, pour éviter les conflits, il faut sans cesse discuter, négocier, et ce principalement pour quatre raisons. Premièrement, au-delà du principe général et d'une éthique prônant la qualité des soins sur laquelle tout le monde s'accorde, dans les cas particuliers, les difficultés surgissent. Deuxièmement, le patient est un "matériau" qui interagit. Troisièmement, le travail est faiblement structuré, notamment en raison du poids de l'imprévisible. Quatrièmement, chaque groupe pro-

fessionnel partage une partie de ses compétences avec les groupes qui se trouvent à ses frontières. Cet état de fait transforme les services de soins en espaces permanents de collaboration et de négociation, de marchandage et de donnant-donnant⁽¹⁰⁾ où les identités professionnelles ne sont pas les seules références en jeu⁽¹¹⁾.

Dans les deux recherches, les résultats montrent que les identités professionnelles sont plus ou moins bien investies selon la position que la catégorie occupe dans l'institution. Autrement dit, plus on est bas dans la hiérarchie des professions de la santé et moins les investissements dans les identités professionnelles sont bons, permettant aux individus de recourir à d'autres types d'identités pour trouver la valorisation nécessaire et se maintenir de façon satisfaisante au travail. Au sein de ces univers professionnels où chacun remplit un rôle spécifique dans le processus du travail de soin, du malade au médecin, tous n'en extraient pas la même satisfaction ni la même source de valorisation personnelle. Du statut de malade, où l'individu n'est pas toujours reconnu comme sujet, à celui de médecin, dont l'ésotérisme du savoir spécialisé garantit une certaine aura dans la société, chacune des catégories se décline selon un degré plus ou moins grand de prestige social et professionnel et selon un degré plus ou moins grand de pouvoir à l'intérieur des institutions. Entre les extrêmes, nombreux sont ceux qui ne ressentent pas d'intérêt à se revendiquer d'une appartenance professionnelle qui ne leur assoit pas de valeur suffisante dans l'entreprise, pas plus que dans la société.

Dans les deux études, on trouve des points de similitude dans les catégories professionnelles les moins qualifiées : des perceptions de soi au travail dévalorisées en regard de la position statutaire ; des identités professionnelles peu investies qui laissent place à d'autres référents ; des investissements faibles dans les projets de travail collectif (projet de soins) ; un

découpage du territoire du travail avec la perception de deux espaces sociaux – celui de la relation aux patients et celui des relations aux partenaires professionnels –, aux implications et aux investissements différenciés, voire opposés ; une relation à la personne malade et à son entourage qui devient l'espace de valorisation, de la démonstration des compétences et de l'utilité effective du travailleur.

LES AIDES-SOIGNANTS DANS UN HÔPITAL PARISIEN

En observant les soignants d'un hôpital parisien, on constate que ceux qui sont au plus bas de la hiérarchie ont souvent le sentiment d'être littéralement "méprisés" et "méprisables". Les aides-soignants affectés aux soins d'hygiène de base se sentent très souvent "abaissés", assimi-

4)- Les Centres locaux de services communautaires sont, au Québec, les nouvelles institutions de santé et services sociaux qui, dans le cadre de la réforme de la santé des années quatre-vingt-dix, sont responsables des soins et services sociaux de première ligne, soit principalement des missions de promotion, de prévention et de post-cure.

5)- Deirdre Meintel, Marguerite Cognet, Annick Achdjian-Lenoir, *Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux*, rapport de recherche, série des publications du CRF-CLSC Côte-des-Neiges, Montréal, 1999.

6)- M. Cognet, thèse citée.

7)- R. Sévigny et L. Tremblay, "L'adaptation des services de santé et des services sociaux au contexte pluriethnique", in Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest, Vincent Lemieux (dir.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Presses de l'université de Montréal, Montréal, 1999, pp. 77-94.

8)- Margalit Cohen-Emerique, "Travailleurs sociaux et migrants. La reconnaissance identitaire dans le processus d'aide", in Carmel Camilleri et Margalit Cohen-Emerique, *Chocs de culture*, L'Harmattan, Paris, 1989, pp. 77-115 ; Pierre Bourdieu, *Le sens pratique*, Éditions de Minuit, "Le sens commun", Paris, 1980.

9)- L'ensemble des procédures méthodologiques peut être consulté dans les deux ouvrages de références précités.

10)- A. Strauss et al., "The Hospital and Its Negotiated Order", in E. Freidson, *The Hospital in Modern Society*, The Free Press, New York, 1963, pp. 147-168.

11)- Erving Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Minuit, Paris, 1968 ; Jean Peneff, *L'hôpital en urgence*, Métailié, Paris, 1992.

lés au rang des déchets et des déjections dont ils ont à s'occuper : *"Les infirmières, elles te relèguent à ton travail d'aide-soignante. Il n'est pas question que tu débordes là dessus [...] Elles te dégradent sans cesse ; tu es vraiment moins que rien c'est clair."* Renvoyés à une telle condition, ils ne peuvent qu'espérer s'en extraire. L'analyse qu'ils en font peut, en outre, leur sembler d'autant plus injuste qu'ils ne discernent pas toujours clairement ce qui, dans les tâches à effectuer, les différencie les uns des autres. Même si leur temps de formation est beaucoup moins élevé⁽¹²⁾ que celui de leurs partenaires professionnels, au nom de la notion d'"équipe soignante", tout le monde doit travailler ensemble et finalement beaucoup ne savent pas très bien repérer quelles missions leur sont propres.

Cette organisation extrêmement floue, avec

des compétences à géométrie variable, sert de zone où se négocie le pouvoir entre les uns et les autres. La prise en charge des patients devient en grande partie l'enjeu de ce pouvoir. L'intérêt des agents de service réside dans l'empiètement sur le domaine de compétence des aides-soignants et, pour les aides-soignants, sur celui des infirmiers, qui eux-mêmes cherchent à gagner sur celui des médecins. C'est dans ces zones que l'on voit surgir l'ethnicité. Les alliances entre patients, agents de service et aides-soignants sur la base de l'appartenance ethnique sont fréquentes : *"On s'entendait très bien. Il [le patient] insultait les autres sauf moi. Il me disait : 'Tu es africaine, tu es ma sœur.' Je crois qu'il ne méritait pas d'être là ; chez nous une personne comme lui n'aurait pas été hospitalisée. Chez nous, c'est pas un malade."* D'une part, à défaut

de se situer par sa position institutionnelle et par son appartenance professionnelle, on est tenté d'utiliser d'autres ressources identitaires, surtout si elles sont plus valorisantes. D'autre part, l'ethnicité fournit ici une voie de médiation dans la relation au patient qui est elle-même un enjeu de pouvoir entre les catégories professionnelles.

Ainsi, on peut aisément observer le déplacement d'une relation soignant/soigné, entre un aide-soignant et un patient, vers une relation entre deux "originaires" où s'organise un échange de services : l'aide-soignant facilitera, par exemple, l'obtention pour le malade d'un renseignement ou le dépassement d'une heure de visite : *"Quand ils ont besoin de quelque chose, il me le demande à moi au lieu de le demander à quelqu'un d'autre, que*

On observe souvent le déplacement d'une relation entre soignant et soigné vers une relation entre "originaires" où s'organise un échange de services.

ce soit un savon, un rasoir, un bout de pain...” En échange, le malade valorisera l’aide-soignant pour son “humanité”, sa disponibilité, ses dispositions à le comprendre et, partant, à le soigner : *“Comme aide-soignante, je vois que oui, la communication ça passe bien parce que les malades se confient à nous un peu plus. Ils nous disent beaucoup de choses.”* Le lien ethnique est instrumentalisé pour gagner de l’estime de soi, augmenter sa satisfaction au travail, trouver de la valeur sur sa position dans l’institution, revendiquer des compétences impossibles à acquérir autrement.

LES AUXILIAIRES EN CLSC À MONTRÉAL

Dans la hiérarchie des soignants des CLSC, les auxiliaires occupent la position la plus basse. Cette position, le type de tâches qu’ils effectuent auprès des patients mais aussi leur niveau de formation⁽¹³⁾ permet de les comparer aux aides-soignants français. Leur travail consiste à aider concrètement le patient dans l’ensemble des activités quotidiennes et domestiques. Ils assurent donc principalement des soins d’hygiène, soit directement pour la personne, soit pour son environnement.

L’auxiliaire montréalais, comme l’aide-soignant français, voit son territoire de travail divisé en deux espaces distincts où il perçoit une reconnaissance de sa valeur de façon opposée, et où il s’investira et apparaîtra très différemment. Dans ses rapports avec ses partenaires de travail et avec son institution, l’auxiliaire affronte les désavantages de sa position sur l’axe de la hiérarchie. Il fait l’expérience d’une faible reconnaissance : d’abord par l’institution, qui ne lui attribue qu’un espace physique limité, qui lui signifie qu’il ne lui est accordé aucun pouvoir ; ensuite par les autres professionnels, auprès desquels il se tient en retrait, avec la sensation de ne pas être écouté, de ne pas avoir la

formation suffisante pour détenir l’autorité du savoir, pour proposer des initiatives et les voir retenues : *“Des fois quand on nous demande un auxiliaire, c’est quoi ? C’est aller voir un patient, observer tout ce qui va pas, prendre la merde pour nous et donner le reste aux professionnels. La réponse c’est ça.”* En revanche, dans son rapport au patient, il découvre un espace d’autonomie. Vis-à-vis de ce dernier, il peut apparaître comme un professionnel qui détient du savoir et des compétences. Il fait l’expérience, auprès du soigné et de son entourage, d’un espace de reconnaissance qu’il a tout intérêt à investir. Ce découpage du territoire de travail se traduit par un désinvestissement maximal de l’un, qui perd tout intérêt, et l’investissement maximal dans l’autre, avec le risque d’une certaine confusion des rôles entre soignants et soignés : *“Quand j’ai commencé à travailler avec les jeunes familles réfugiées où je pouvais servir d’interprète, j’ai accumulé des relations avec des gens qui après me téléphonaient. Je ne devais pas donner mon téléphone mais eux, ils étaient tellement démunis que j’ai décidé de remplir des papiers, de faire des choses en dehors de mon travail de jour.”*

Dans la mesure où l’espace relationnel avec le soigné est celui que l’auxiliaire anticipe comme espace positif (le lieu de sa valorisation), il doit consacrer une part importante de son énergie à rendre cette positivité effective. Dès le premier contact, l’auxiliaire va s’attacher

12)- Les aides-soignants suivent une formation théorique et pratique d’un an qui les conduit au certificat d’aptitude aux fonctions d’aide-soignante (Cafas), prérequis à l’embauche dans la fonction publique hospitalière.

13)- L’embauche en qualité d’auxiliaire familial et social ne s’assortit pas d’une obligation de détenir un diplôme. Néanmoins, les tâches et les responsabilités de cette catégorie se sont considérablement accrues avec la réforme du système de santé des années quatre-vingt-dix au Québec, conduisant les directions des CLSC à de plus en plus de pression pour une formation avant embauche. Il est de règle aujourd’hui de privilégier le recrutement d’individus ayant suivi la formation théorique et pratique d’un an.

à développer une “bonne” relation. Pour ce faire, il mobilise certains médiateurs. Les échanges se font ainsi sur la base d’affinités liées à l’âge, aux centres d’intérêt, au partage d’une même langue et d’une même origine... Le lien, à défaut de pouvoir se construire sur une relation médiatisée par le savoir théorique, cherche d’autres vecteurs : *“En fait, les discussions se font sur des points qu’on a en commun, sur notre vie personnelle, sur nos goûts, notre âge ou sur l’univers du patient.”*

Le surinvestissement dans cette relation génère cependant une contrepartie. Il semble qu’assez souvent, la satisfaction que les auxiliaires retirent de la relation avec leurs clients les conduise à dépasser le cadre de travail qui leur est fixé. La plupart rendent des services qui ne

sont pas prévus et pas forcément souhaités. Outre le fait qu’ils peuvent se trouver en conflit avec leurs supérieurs pour des services jugés inopportuns, voire contraires au projet de soin défini, les auxiliaires risquent de se confronter à une relation avec le patient qui n’est plus objectivée par la distance entre soignant et soigné, mais qui est codée par d’autres référents identitaires.

ETHNICITÉ ET RECHERCHE D’IDENTITÉ

Le cadre d’analyse des stratégies identitaires⁽¹⁴⁾ permet d’appréhender l’espace de tension autour de l’identité des auxiliaires montréalais et des aides-soignants parisiens, et de saisir dans quelle mesure l’ethnicité est susceptible d’interférer dans le cours de l’enjeu.

Ces stratégies sont à appréhender comme la capacité d’agir sur la définition de soi et d’élaborer individuellement et collectivement cette définition, au jour le jour, en fonction des situations, des enjeux qu’elles suscitent et des ressources disponibles⁽¹⁵⁾. L’observation des auxiliaires, comme celle des aides-soignants, montre à quel point la reconnaissance du patient est importante pour eux. Une “bonne relation” avec ce dernier sous-entend certes, qu’ils vont mettre

toute leur “humanité” au service de celui-ci et que, pour ce faire, ils pourront même déroger aux règles des services, mais elle entend aussi que le soigné réponde positivement aux attentes du soignant. *“C’est facile d’être gentil avec vous”*, répond un auxiliaire au patient qui vient de le louer pour son amabilité, sa disponibilité, ses compétences pro-

fessionnelles, et qui, en précisant son état de dépendance vis-à-vis de celui-ci (*“J’ai plus besoin de vous que vous avez besoin de moi”*), accomplit une sorte d’allégeance.

À Montréal, l’organisation du travail incite assez souvent à des appariements ethniques entre auxiliaires et clients, pour des raisons linguistiques, sans qu’il soit *a priori* présumé des conséquences. Le plus souvent, il est avantageux pour un auxiliaire de travailler avec un patient parlant la même langue. Le contact peut être plus aisé à établir ; l’instauration d’un climat de confiance s’en trouve facilitée. Outre la langue commune, le développement de l’affinité peut s’appuyer sur l’expérience partagée de la migration ou du statut d’étranger au Québec. Mais, selon les auxiliaires, cette proximité ethnique conduit aussi à des effets inverses. Le

La proximité ethnique peut conduire à des situations de tensions et de relations conflictuelles avec le malade.

patient peut avoir des attentes plus élevées et augmenter ainsi la charge de travail. Il peut être plus difficile de s'en tenir aux services prévus. La tension peut alors devenir assez vive et la relation conflictuelle.

Au cours des interactions, les auxiliaires, à l'instar des aides-soignants, travaillent à se faire reconnaître comme professionnels de la santé. Ils réagissent vivement à toute tentative qui risquerait de les assigner dans un rôle plus domestique. La relation entre eux et les soignés s'inscrit dans un rapport social qui peut aisément dépasser le cadre de l'intervention⁽¹⁶⁾ et s'étirer sur un continuum de subordination où, dans les cas extrêmes, les rôles s'inversent entre une relation intervenant/malade et celle de domestique/employeur. La première est bien évidemment en faveur des auxiliaires et des aides-soignants, elle leur confère l'identité qu'ils recherchent, celle qui les reconnaît et les valorise dans des compétences qui les rappro-

chent des infirmiers. La seconde est redoutée et les patients qui forcent le trait de ce côté acquièrent systématiquement mauvaise réputation : *“Les Marocains ont une caractéristique. Ils ne sont pas cultivés. Ils nous traitent comme des esclaves. Surtout les Juifs marocains, ils sont habitués à avoir des femmes arabes domestiques. Ils pensent qu'ici c'est la même chose, ils nous traitent comme des esclaves, ils ont la mentalité de nous maltraiter verbalement.”* ★

14)- C. Camilleri et al., *Stratégies identitaires*, Puf, Paris, 1997.

15)- I. Taboada-Leonetti, “Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue”, in C. Camilleri et al., *Stratégies identitaires*, op. cité, pp. 43-83.

16)- D'ailleurs, à ce sujet, il est intéressant de s'arrêter sur la signification de mots tels que clients, patients, malades, soignés, bénéficiaires, et de leurs corollaires, intervenants, soignants, prestataires. Chacun détermine une portée spécifique qui catégorise les rapports sociaux dans le système de santé sur un axe plus ou moins égalitaire.



.....

Chantal Crenn, “Une consultation pour les migrants à l’hôpital”

Laurence Kotobi, “Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l’hôpital”
Dossier *Santé, le traitement de la différence*,
n° 1225, mai-juin 2000

Zahia Kessar, “La formation en anthropologie à l’hôpital”

Chronique *“Initiatives”*, n° 1225, mai-juin 2000