

# Racisme et discriminations dans un contexte de services et de soins de santé

Cette fiche synthèse est présentée dans le cadre des formations de base en interculturel du Centre de recherche Sherpa, Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles du CIUSSS-IU Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Elle démontre que, dans un contexte de services et de soins de santé, les usagers, comme les membres du personnel peuvent être victimes de discrimination et de racisme.

**Source:** Cagnet, M. (2004). « Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste », *Face à face* [En ligne], 6.

## LE RACISME

Le racisme est souvent entendu comme des rapports entre individus qui sont fondés sur des différences biologiques (couleur de la peau). Lorsque ces différences sont attribuées à des traits culturels mais qu'ils demeurent modifiables, il s'agit d'*ethnisme*. Le passage de l'ethnisme au racisme s'observe lorsque certains traits de caractère (ex : la lenteur associée à de la nonchalance) sont considérés comme «une seconde nature», comme des traits culturels inhérents à un groupe en particulier.

Les comportements ou propos racistes n'ont pas besoin d'être formellement agressifs ou hostiles pour relever du racisme. L'auteure nous rappelle que 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.*»

## Les formes de racisme

Il est possible de distinguer le «racisme ordinaire» et le «racisme structurel».

**Le racisme ordinaire** se traduit par des rapports de domination entre des individus où la mise en évidence des traits ou de la différence sert à discriminer ou à justifier la dévalorisation de l'Autre. On parlera de **racisme voilé** pour signifier des formes de racisme non violentes et non explicites (ex : conformisme, attentisme). Le **racisme non voilé** inclut toutes les autres formes de racisme qui sont explicites mais pas nécessairement violentes ou hostiles telles que la caricature, le paternalisme ou les stéréotypes.

**Le racisme structurel** (discrimination indirecte) s'exprime au niveau macrosocial, lorsque des organisations mettent en place des procédures ou des

politiques dites égalitaires mais qui, dans les faits, engendrent des iniquités en favorisant un groupe au profit d'un autre. **L'hostilité** est l'une des formes visibles du racisme facilement identifiable. La réprobation sociale permet aux victimes de se révolter, ce que le racisme voilé (humour, paternalisme) ne permet pas car *«la condamnation impossible de l'agresseur voue l'agressé à l'auto-négation de lui-même comme être»*.

Le «**racisme systémique**» englobe à la fois le «racisme ordinaire» et le «racisme structurel». On dit qu'il forme un système, c'est pourquoi nous parlons de racisme «systémique».

### **LES DIFFERENTES FORMES DE MANIFESTATION DE DISCRIMINATION ET DE RACISME DANS LES SERVICES DE SANTE**

Le racisme dans les institutions de santé peut s'exprimer envers les usagers ou envers le personnel soignant. Les personnes qui sont identifiées «à risque» de racisme sont les populations minoritaires en raison de leur sexe, de leur orientation sexuelle, de leur religion ou de leur couleur de peau.

**La discrimination envers les usagers** est un risque connu, documenté et qui fait l'objet de mesures préventives telles que la mise en place de codes de déontologie, de politiques d'établissement ou de chartes diverses. Ces mesures visent à encadrer les pratiques et comportements jugés

inadmissibles et à sanctionner les contrevenants.

Malgré l'adoption de mesures préventives, plusieurs usagers sont victimes de discrimination. Des études américaines ont confirmé l'existence de disparités entre les Noirs et les Blancs dans l'accès aux services de santé. Des études européennes ont elles aussi fait la preuve que les représentations relatives à un groupe ou à des membres issus de ces groupes peuvent avoir un effet dans la répartition des soins et des services. Ce rapport inégalitaire entre le personnel soignant et certains usagers favorise l'émergence de rapports de domination qui sont une forme de racisme.

**Le racisme de la part des usagers envers le personnel soignant** est un phénomène connu mais pas toujours encadré, ni sanctionné par les organisations. Pourtant, lorsque des patients engueulent le personnel soignant ou craignent de se faire soigner par une infirmière d'origine haïtienne «parce que celle-ci risque de la salir», cela génère des tensions au sein des équipes soignantes qui ont de la difficulté à reconnaître la problématique tellement ces pratiques sont devenues «banales».

**Les rapports sociaux sont souvent construits sur une base hiérarchique et peu égalitaire** (par exemple, vieux-jeune, pauvre-riche, étranger-natif). Le racisme structurel, qui prend la forme de discrimination indirecte, contribue au maintien de ces

inégalités. Par exemple, tant en France qu'au Québec, on a recours à des critères de sélection spécifiques qui favorisent les natifs lors des processus d'embauche pourtant supposés offrir a priori une chance égale à tous. La non-reconnaissance des diplômes étrangers et de l'expérience acquise hors du pays d'accueil pénalisent également les immigrants.

En analysant les parcours des auxiliaires familiaux québécois qui travaillent tant au public (CLSC) qu'au privé (agences), on observe une relation significative entre les emplois et les origines nationales. En CLSC où les salaires sont plus élevés que dans les agences privées, 63% des auxiliaires sont:

- 1) nés au Canada de parents eux-mêmes nés au Canada alors que 37% sont des immigrants;
- 2) Parmi les immigrants, on note une prédominance d'individus originaires d'Europe et de l'Amérique latine;
- 3) Les individus noirs forment 18% des effectifs.

La tendance inverse s'observe dans les agences privées, où les immigrants forment 57% de l'effectif, avec une prédominance d'individus originaires des Caraïbes et d'Afrique Subsaharienne (43%). Notons que les auxiliaires d'agences reçoivent souvent une formation minimale et ont peu accès à la formation continue, ils gagnent moins que leurs collègues du réseau public et ils ne sont pas

rémunérés pour leur temps de déplacement, les gants qu'ils achètent ou leurs frais de transport.

En ce qui concerne l'accès aux emplois et à la formation en France, l'auteure a observé un accès discriminé en fonction du genre et de l'origine ethnique:

- ◆ Les personnes originaires d'Afrique Subsaharienne sont surreprésentées dans les emplois les moins qualifiés.
- ◆ Il existe un écart important entre les Français nés dans les grandes villes métropolitaines, telles Paris, et ceux nés dans les départements ou dans les territoires outremer.
- ◆ Si les Français occupent la totalité des emplois administratifs, seuls les Métropolitains accèdent aux postes d'encadrement supérieur et de direction.
- ◆ Les Métropolitains occupent à peine 8% des postes d'aides-soignants et d'agents de service hospitaliers, les Français nés hors métropoles forment 30% des effectifs, en plus d'avoir trois fois plus de chance de faire partie d'un programme d'aide à l'emploi et trois fois moins de chance d'accéder à un poste cadre.

### *L'invocation des différences culturelles*

L'accès aux emplois et à la promotion se fait en fonction de critères précis qui sont *a priori* objectifs (formation, diplôme, année d'expérience, etc.) et en fonction des «modèles attendus» que sont les attentes en matière de

compétence, de qualité et d'attitudes de «ce que doit être le soignant».

Ces représentations du soignant sont culturellement construites et influencent les processus d'embauche. À partir d'entretiens semi-dirigés avec des responsables, l'auteure a pu observer «un problème de culture», à savoir que les nationaux se conforment davantage aux attentes que les immigrants. Le facteur «attentes» intervient à deux moments au cours du processus d'embauche:

- ◆ Au moment de la demande écrite, où l'on s'attend à recevoir des curriculum vitae et des lettres d'intention conformes à des règles précises de contenu et de forme;
- ◆ Lors de l'entretien d'embauche, ces attentes interfèrent lors de l'interaction en face-à-face (attentes concernant les codes de politesse, les façons de se comporter, le ton employé). Si la loi ne permet pas d'écarter un candidat en raison de la couleur de sa peau, il peut l'être en raison d'une certaine «nonchalance»: «...elles avaient ce petit

*tempérament méditerranéen... pas toujours productif ».*

Questionnés sur les écarts observés dans les deux études, les gestionnaires ont avancé la problématique du «facteur culturel» comme explication possible.

Rédaction de la fiche : Isabelle Ouellet, 2013. Formation de base en interculturel.

Cette fiche rappelle que l'espace clinique n'est pas neutre et qu'il peut relever de rapports sociaux qui sont présents de façon plus globale dans la société en général. Ces différents rapports sociaux, pouvant mener à la discrimination et à certaines formes de racisme peuvent se révéler à 3 niveaux:

- a) dans les rapports entre l'institution et le personnel;
- b) dans les rapports entre les professionnels;
- c) dans les rapports entre les professionnels et les clients.