

Le Travail Invisible dans le domaine de la santé *et* les Femmes

Les soins de santé exigent de nombreux effectifs...

« Qui dispense les soins de santé? » Posez la question aux Canadiens et Canadiennes et ils évoqueront pour la plupart les médecins et les infirmières. Leur rôle est jugé indispensable; leur travail est hautement valorisé et le plus visible de tout le secteur de la santé.

Débats sur les orientations, reportages télévisés, nouvelles, gouvernements, responsables de la santé : presque tout le discours sur les soins de santé concerne les médecins et les infirmières. Qu'il s'agisse de formation, de pénurie de main-d'œuvre, de recrutement, de maintien de l'effectif, des salaires ou des conditions de travail, le projecteur est presque toujours dirigé vers l'une ou l'autre de ces deux professions.

Or, si le système de santé fonctionne, c'est aussi grâce à plusieurs autres métiers jugés secondaires ou auxiliaires. Mais on ne se soucie guère des enjeux qui touchent les personnes qui les exercent. Elles accomplissent pourtant un travail indispensable à la prestation des soins et au bon fonctionnement de tout le secteur.

... et ce sont surtout des femmes qui en assurent la prestation.

LES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS INVISIBLES DE LA SANTÉ

Imaginez pour un instant un cabinet de médecin ou un hôpital sans système d'archivage adéquat. Un centre d'hébergement pour personnes âgées sans repas nutritifs. Imaginez un établissement de santé où l'entretien ne serait pas régulier, où aucune mesure particulière ne serait prise pour réduire la propagation des maladies infectieuses. Où personne ne s'occuperait de la blanchisserie et des repas, ni de consigner aux dossiers les résultats d'examen. Personne pour transporter les patients aux services de diagnostic, ni technicien pour analyser les échantillons sanguins ou faire fonctionner les appareils de radiographie. Personne pour répondre au téléphone ou accueillir les gens à la réception. Imaginez une personne frêle, malade ou en convalescence, qui vit à la maison mais ne dispose d'aucune aide pour sortir du lit, prendre un bain, préparer les repas, recevoir du soutien ou accomplir les activités de la vie quotidienne. Imaginez que vous entrez dans une salle d'urgence où aucun membre du personnel médical ne parle votre langue et personne n'est là pour traduire ce qui se dit.

Le travail accompli par les médecins et les infirmières est essentiel, certes. Mais sans l'appui des *autres* membres du personnel, le système de santé ne pourrait pas fonctionner et la population ne recevrait pas les soins qu'elle nécessite et mérite.

Puisqu'on oublie souvent l'existence de ce groupe d'employés, il semble justifié de le désigner par le terme de *travailleurs et travailleuses invisibles de la santé*.



POURQUOI CE TRAVAIL EST-IL INVISIBLE?

Une portion du travail accompli dans le secteur de la santé est invisible notamment parce qu'il est jugé accessoire ou complémentaire. En 2002, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada établissait une distinction entre les personnes qui prodiguent des soins directement aux patients et les autres, qu'elle a qualifiées de travailleurs et travailleuses *auxiliaires*. Le choix de cette étiquette a eu pour effet de renforcer l'idée que le travail accompli par ces derniers est de nature différente et qu'il n'est pas indispensable à la prestation de soins.

Si le travail dit auxiliaire est invisible, ce n'est pas uniquement parce qu'il s'accomplit dans l'ombre, mais aussi parce qu'on le considère comme allant de soi. Souvent, on ne remarque le travail associé au maintien de l'ordre et à l'entretien (évacuer les ordures, laver les planchers, changer les draps, préparer la nourriture, laver la vaisselle, tenir des dossiers) que s'il n'a PAS été fait. Nous en prenons conscience quand la routine habituelle est perturbée.

Dans le secteur de la santé, une grande part du travail invisible est accomplie par les femmes. Ce travail comprend des tâches très semblables à celles qui, traditionnellement, étaient assignées aux femmes à la maison. Souvent, ce sont des tâches sous-estimées qui n'exigent, croit-on, aucune compétence particulière. Comme les questions liées au diagnostic et au traitement constituent le principal souci des décisionnaires, les autres fonctions sont considérées comme une quantité négligeable et ne recueillent pas l'attention qu'elles méritent.

Si le travail est invisible, ce n'est pas uniquement parce qu'il s'accomplit dans l'ombre, mais aussi parce qu'on le considère comme allant de soi. Souvent, on ne remarque le travail associé au maintien de l'ordre et à l'entretien que s'il n'a PAS été fait.



Comment pouvons-nous repérer ces femmes?

La tâche est compliquée pour qui veut obtenir de l'information détaillée sur les travailleurs et travailleuses auxiliaires. En effet, les zones d'ombre restent nombreuses, notamment à cause de la façon dont on recueille et classe les données de recensement et celles qui touchent la main-d'œuvre active. À Statistique Canada, on se fonde sur le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN) pour classer la population active selon le type d'entreprise de l'employeur. Ainsi, certains employés qui évoluent pourtant dans les établissements de santé ne sont plus catégorisés comme travailleurs du secteur. La raison? Le travail qu'ils accomplissent a été donné en sous-traitance et leur véritable employeur est une

entreprise de nettoyage ou de restauration. Cette méthode sous-estime le nombre de personnes actives dans le secteur de la santé; près de la moitié ne sont pas classées dans cette catégorie. Par ailleurs, certaines données sont présentées de façon très schématique et d'autres sont tout simplement inexistantes. Les données de recensement, notamment, sont compilées de telle sorte qu'elles fournissent de l'information sur la main-d'œuvre employée à plein temps à l'année. Cette approche ne tient pas compte des réalités des travailleurs temporaires et à temps partiel, dont la plupart sont des femmes. Par conséquent, il est difficile pour les scientifiques de tracer un portrait juste et complet de la main-d'œuvre active dans le secteur de la santé.

POURQUOI EST-CE UN ENJEU QUI TOUCHE LES FEMMES?

Le fait de qualifier certains travailleurs et travailleuses de la santé d'« auxiliaires » pose-t-il problème? Quelles sont les conséquences d'une désignation qui attribue à un groupe d'employés un statut accessoire, les relègue à la marge ou les exclut? En quoi les femmes sont-elles concernées?

Du point de vue des principaux intéressés, le terme « auxiliaire » crée une séparation au sein du personnel de la santé et modifie la façon dont les uns et les autres sont traités. Il permet d'isoler les travailleurs et travailleuses ainsi étiquetés, tout comme les services qu'ils fournissent, des activités jugées comme essentielles au sein d'une organisation. Il permet également de confier ces services plus aisément au secteur privé, tout en protégeant de ces formes de privatisation ce qu'on juge être le « vrai » travail de la santé.

La privatisation des emplois du secteur public s'est le plus souvent traduite par des pertes d'emploi et des réductions de salaire au sein d'une main-d'œuvre majoritairement féminine. En Colombie-Britannique, près de 8000 travailleuses et travailleurs syndiqués ont perdu leur emploi à la suite de la privatisation, en 2003-2004, des services auxiliaires dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Les salaires des préposées et préposés à l'entretien ont été coupés presque de moitié, soit de 20 \$ à 10,50 \$ l'heure. De nombreux avantages sociaux ont été perdus : prestation de retraite, congé parental payé, prestation d'invalidité de longue durée et d'autres encore qui avaient été jusque-là garantis par les conventions collectives.

Le fait de traiter le « personnel auxiliaire » comme des employés de seconde zone entraîne des répercussions sur l'ensemble du personnel de la santé. En effet, toute la structure repose sur un système complexe de division du travail où *chaque* membre de l'équipe dépend du travail accompli par ses coéquipiers. Les patients aussi en subissent les conséquences, puisque le travail accompli par le personnel dit auxiliaire est essentiel à la prestation des soins de santé.

Pour dispenser des soins de qualité et en planifier la prestation, il faut tenir compte du personnel de santé dans son ensemble et non seulement d'une fraction. Il faut envisager les questions qui intéressent TOUS les travailleurs et travailleuses du secteur, puisque son bon fonctionnement repose en définitive sur la grande diversité de leurs activités.

Toute la structure repose sur un système complexe de division du travail où chaque membre de l'équipe dépend du travail accompli par ses coéquipiers.

EN QUOI CONSISTE LE TRAVAIL INVISIBLE?

Malgré leur désignation comme « auxiliaires », les femmes qui occupent ce type de poste se définissent elles-mêmes comme travailleuses de la santé. Les recherches effectuées au Canada démontrent que, sans égard à la fonction, l'ensemble du personnel hospitalier partage des valeurs communes : désir de rendre service, loyauté envers les patients et dévouement professionnel.

Dans le secteur de la santé, le travail invisible comprend un grand nombre de fonctions. Parmi celles-ci, on compte les emplois de nature technique. Les technologues et les techniciens de laboratoire médical sont chargés d'effectuer les tests servant à établir les diagnostics et les traitements. Les technologues en radiation médicale assurent le fonctionnement des appareils et administrent les radiothérapies. D'autres sont spécialisés en échographie, en électrocardiographie ou dans un autre domaine.

Une large part du travail invisible est accompli par le personnel de bureau, dont les secrétaires médicales, commis au classement, archivistes, réceptionnistes et standardistes. Ces personnes gèrent de grandes quantités d'information, établissent des dossiers détaillés avec un soin méticuleux et traitent souvent avec des gens malades ou perturbés. D'autres sont responsables de services variés : cuisine, préparation des aliments, blanchisserie, entretien, nettoyage et sécurité. Elles travaillent dans des hôpitaux, des centres de traitement, des centres ambulatoires, des cabinets médicaux, des maisons de soins infirmiers, des établissements de soins pour bénéficiaires internes, des services de diagnostic et des programmes de soins à domicile.

Certains travailleurs et travailleuses invisibles prodiguent directement des soins aux patients, mais sont tout de même considérés comme des « auxiliaires ». Les aides-infirmières, les préposés aux malades et les associés au service de soins aux patients dispensent des soins personnels et aident à déplacer les patients. Les auxiliaires familiales, les aides domestiques et les préposés aux soins personnels soignent et aident des malades au domicile de ceux-ci.

Quantité de tâches accomplies aujourd'hui par le personnel « auxiliaire » étaient auparavant confiées aux infirmières ou aux élèves-infirmières. Ce n'est qu'au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle que celles-ci ont cessé d'exécuter des tâches domestiques dans les hôpitaux. Cette évolution a créé de nouvelles strates sur le plan de la division du travail. Malgré cela, la ligne de démarcation entre le travail des infirmières et le travail auxiliaire demeure souvent floue. Lorsqu'on manque de personnel de bureau, par exemple, les infirmières passent davantage de temps à répondre au téléphone ou à remplir des dossiers. S'il y a pénurie d'effectifs aux services d'entretien ou d'alimentation, elles consacreront plus de temps à des tâches comme changer les lits, servir les repas ou aider à leur préparation et moins de temps aux patients.

Sans égard à la fonction, l'ensemble du personnel hospitalier partage des valeurs communes : désir de rendre service, loyauté envers les patients et dévouement professionnel.

LE TRAVAIL INVISIBLE INCOMBE SURTOUT AUX FEMMES

Dans le secteur de la santé au Canada, près de 80 % des travailleurs rémunérés sont des femmes; ceci s'applique également au travail invisible. Dans les hôpitaux, le personnel est composé de femmes en très forte majorité. Les femmes représentent : 99,1 % des secrétaires médicales, 91,6 % des archivistes et commis au classement et 96,3 % des réceptionnistes et standardistes. Toujours en milieu hospitalier, 83,6 % des techniciens de laboratoire, 81,2% des technologues en radiation et 85,2 % des techniciens en échographie sont des femmes. De même, 74,6 % des postes d'aides-infirmières, de préposés aux malades et d'associés aux services de soins aux patients sont occupés par des femmes. Enfin, 86,7 % des surveillants des services alimentaires hospitaliers sont des femmes.

Les femmes composent l'immense majorité du personnel de santé employé dans les maisons de soins infirmiers, les établissements de soins pour bénéficiaires internes et les résidences privées. Dans les deux premiers cas, elles sont majoritaires au sein du personnel de blanchisserie (94 %), du service de travaux légers de nettoyage (81,9 %), des cuisines (82,8 %) et du personnel auxiliaire (91,1 %). Les auxiliaires familiales, les aides domestiques et les préposés aux soins personnels sont des femmes dans une proportion de 91,5 %.

Le personnel responsable des travaux légers de nettoyage est formé de femmes pour l'essentiel, tandis que les concierges sont des hommes en majorité. Les deux groupes sont responsables du nettoyage à l'intérieur des bâtiments, alors que les deuxièmes sont également chargés de l'entretien et des travaux extérieurs.

Les immigrantes nées à l'étranger composent 9,5 % de la population active au Canada. Or, elles occupent plus de 20 % des postes de technicienne de laboratoire médical, d'aide-infirmière et d'auxiliaire familiale. Elles ont aussi de fortes chances de faire partie du personnel de blanchisserie ou de travaux légers de nettoyage. Les travailleurs et travailleuses appartenant à des minorités visibles forment 13,4 % de la population active, mais représentent : 19,9 % des techniciens de laboratoire médical, 18,5 % des aides-infirmières, préposés aux malades et associés aux services de soins aux patients et 23,5 % des surveillants de services de nettoyage à sec et de blanchisserie. Les Noirs et les Philippins des deux sexes sont surreprésentés dans des emplois comme auxiliaires familiaux et aides domestiques, postes pour lesquels ils et elles sont souvent surqualifiés et sous-employés.

Dans le secteur de la santé au Canada, près de 80 % des travailleurs rémunérés sont des femmes; ceci s'applique également au travail invisible.

EN QUOI CES FONCTIONS SONT-ELLES INDISSOCIABLES DE LA PRESTATION DES SOINS?

Même s'il est vrai que notre santé à tous est influencée par notre environnement social et physique, celle des personnes malades ou affaiblies est particulièrement vulnérable aux conditions malsaines. Un environnement propre et sûr, une information juste, une bonne alimentation et un soutien social adéquat sont essentiels à la prévention et au traitement des maladies. Ces éléments, appelés déterminants de la santé, jouent un rôle tout aussi important au sein même des établissements de santé qu'ailleurs.

On a tendance à croire que les activités de blanchisserie, de nettoyage et de préparation des repas sont essentiellement les mêmes, qu'on soit à l'hôpital ou à l'hôtel. Mais c'est oublier la nature particulière de ce travail dans un cadre qui se veut propice à la guérison.

L'entretien des salles et de l'équipement dans les hôpitaux, les dispensaires et les maisons de soins infirmiers demande une attention particulière, non seulement pour protéger des personnes malades et affaiblies, mais aussi pour prévenir la transmission des maladies infectieuses. Mésestimer la valeur de ce travail peut conduire à de graves problèmes. D'après Santé Canada, 250 000 personnes par an contractent une maladie infectieuse à l'hôpital ou dans un autre établissement de santé au Canada; près de 8000 meurent des suites d'une telle infection. Récemment, des études menées au pays ont démontré qu'il existait un lien entre les coupes exercées dans les services d'entretien des établissements de santé et la propagation de *C. difficile* et d'autres maladies contagieuses.

La préparation des repas et la manipulation des aliments sont elles aussi des activités indispensables au rétablissement des personnes malades et affaiblies. Répondre aux besoins alimentaires particuliers des malades est fondamental. De plus, l'alimentation est intimement liée au soutien social et affectif. Quand une personne devient vulnérable et dépendante, la façon dont on lui propose de la nourriture est indissociable de la prestation de soins empreints de sensibilité, de compassion et de respect. Un patient appelé à subir un examen diagnostique, une anesthésie ou une opération doit souvent observer une diète ou un horaire des repas adaptés à l'intervention. Pour toutes ces raisons, les services alimentaires des établissements de santé doivent répondre à des exigences qui les distinguent des mêmes services dans les hôtels ou les immeubles commerciaux.

Le travail de bureau constitue une autre dimension essentielle à la prestation de soins de qualité. Celui-ci exige la connaissance d'un vocabulaire spécialisé et un grand souci du détail. Une toute petite erreur dans un dossier médical peut avoir des conséquences graves. Assurer que les patients reçoivent un traitement adéquat sans délai exige un archivage minutieux des renseignements médicaux et des résultats d'examen,

Un environnement propre et sûr, une information juste, une bonne alimentation et un soutien social adéquat sont essentiels à la prévention et au traitement des maladies.

ainsi que leur transmission en temps opportun. Ce travail demande également des aptitudes particulières, car il faut être capable de recueillir de l'information auprès de personnes malades, blessées ou perturbées et communiquer efficacement avec elles.

En raison de leur nature, les soins personnels sont parfois considérés comme un travail auxiliaire, alors qu'il s'agit en définitive d'une forme intime de prestation directe de soins aux patients. Cette fonction ne se limite pas à des activités physiques comme habiller les patients, les laver, les nourrir, les soulever, leur laver les dents, changer les lits ou préparer de la nourriture. Les préposés et préposées offrent aussi du réconfort, des encouragements, une oreille attentive et un rempart contre la solitude. Ils doivent traiter avec des gens vulnérables, craintifs, dépendants, en colère, tristes ou dépassés par les événements. Ils doivent faire preuve de patience et de souplesse avec les personnes qui perdent la mémoire ou dont les besoins physiques et affectifs évoluent avec le temps. Les préposés aux soins personnels doivent souvent composer avec des situations complexes et conflictuelles, où il y a divergence entre les désirs du patient, l'avis des prestataires de soins et le point de vue des proches.



ON OUBLIE SOUVENT
LE RÔLE POURTANT
ESSENTIEL D'UNE
PARTIE DU PERSONNEL
DE LA SANTÉ.

QUELS SONT LES ENJEUX POUR LES FEMMES?

Bas salaires

Une grande part du travail invisible est mal rémunéré, même si les salaires du secteur de la santé tendent à être meilleurs que ceux qui sont versés pour des emplois semblables dans d'autres secteurs. Un dixième des travailleurs et travailleuses invisibles gagnent un salaire qui les place sous le seuil de la pauvreté.

En 2000, une femme employée au Canada comme auxiliaire familiale ou préposée aux soins personnels gagnait en moyenne 16 008 \$ par an. Si elle était employée à temps plein à l'année, son salaire moyen était 23 218 \$. Le salaire annuel d'une préposée aux travaux légers de nettoyage atteignait 12 920 \$. Si celle-ci était employée à temps plein et pendant toute l'année, son salaire atteignait alors 23 929 \$.

En 2005, un célibataire résident d'une grande ville canadienne devait gagner un revenu de 20 778 \$ pour se maintenir au-dessus du seuil de pauvreté; un parent seul avec deux enfants, 27 630 \$ (après impôt dans les deux cas). Même en travaillant à temps plein toute l'année, une préposée à l'entretien dans un hôpital, une auxiliaire familiale ou une préposée aux malades n'avait aucune chance de tirer un revenu suffisant pour élever une famille et se hisser au-dessus du seuil de pauvreté.

Les faibles salaires que rapporte le travail associé à la préparation des repas, au nettoyage, à la blanchisserie et aux soins personnels dans le secteur de la santé s'expliquent par la dévaluation du travail non rémunéré accompli par les femmes au foyer. On considère souvent que ces tâches requièrent peu de compétences et que faire la cuisine, s'occuper du nettoyage et prendre soin des malades sont des activités essentiellement féminines.

En 2001, le salaire horaire moyen des hommes atteignait, dans le secteur de la santé et de l'aide sociale, 19,32 \$ l'heure, alors qu'il était de 17,51 \$ chez les femmes. On constate aussi des différences notables relativement au salaire versé aux femmes et aux hommes pour accomplir le même travail. Dans l'ensemble, les techniciennes de laboratoire médical à temps plein gagnaient, en 2001, 87,2 cents pour chaque dollar versé à leurs collègues masculins et les femmes employées à temps plein comme technologues en radiation, 74,8 cents. Dans les centres ambulatoires, ces dernières ne gagnent que 60 % du salaire versé aux hommes. Dans certains domaines, toutefois, l'écart entre hommes et femmes a été comblé presque entièrement. À titre d'exemple, au sein du personnel hospitalier, les techniciennes en échographie et les aides-infirmières gagnaient respectivement 97 % et 94 % du salaire versé à leurs vis-à-vis masculins.

Travail à temps partiel

Les données sur les revenus gagnés par les travailleurs à l'année et à temps plein ne fournissent pas un portrait complet de l'écart salarial entre hommes et femmes, puisque les postes à temps partiel sont le plus souvent occupés par ces dernières.

Dans le secteur de la santé et de l'aide sociale, 26,5 % des secrétaires médicales et 31,1 % des employées de bureau travaillent à temps partiel. Parmi les femmes employées comme techniciennes de laboratoire, 25,5 % sont à temps partiel, tout comme 28,2 % des technologues en radiation. Près d'un tiers des femmes qui font un travail de nature technique ou apparenté travaillent à temps partiel, alors que c'est le cas pour 10,6 % des hommes seulement. Chez les aides-infirmières, les préposées aux malades et les associés aux services de soins aux patients, 38,9 % des postes sont à temps partiel. Le pourcentage atteint 41,3 % chez les femmes préposées aux soins personnels et les auxiliaires familiales; le taux est comparable chez leurs collègues masculins (31,3 %).

Absence d'avantages sociaux

Bon nombre de travailleurs et travailleuses invisibles qui évoluent dans le domaine de la santé sont syndiqués et jouissent d'avantages sociaux garantis par leur convention collective, comme les congés de maladie payés, prestations de retraite et autres. Toutefois, un grand nombre ne jouissent pas de cette protection. Souvent, les personnes qui occupent les emplois les plus précaires n'ont pas droit aux congés de maladie rémunérés, à l'assurance-maladie complémentaire ou à l'assurance dentaire. Bon nombre ne sont pas admissibles aux programmes de prestation de retraite, ce qui met leur sécurité financière éventuelle en jeu.

Sans congé payé, certaines personnes ne sont pas en mesure de s'absenter quand elles sont malades. Dans d'autres cas, l'absence de couverture maladie complémentaire les empêche d'obtenir certains médicaments ou traitements dont elles pourraient avoir besoin. Cette situation est préjudiciable à leur état de santé. De plus, se présenter au travail quand on est malade pose un risque aussi bien pour ses collègues que pour les patients.



Santé et sécurité au travail

Le travail associé à la prestation des soins de santé présente certains risques. D'après les résultats d'une enquête, 97 % des employés des établissements de soins de longue durée ont déclaré être tombés malades ou s'être blessés sur les lieux de travail.

Les travailleuses et travailleurs de la santé sont régulièrement exposés aux maladies infectieuses. Ils interviennent parfois directement auprès de patients contagieux, mais sont aussi exposés à des vecteurs comme l'air, les draps, la vaisselle, les toilettes et d'autres surfaces contaminées. En prenant des moyens adéquats, il est possible de réduire sensiblement les risques d'infection.

La violence physique, le harcèlement et la violence verbale (aux mains des patients, des proches et des collègues) font également partie du lot des membres du personnel de la santé.

La prestation des soins implique souvent la nécessité de déplacer et de soulever les patients. L'effort physique que cela exige peut causer des claquages et des blessures graves au dos, au cou et aux épaules. Les personnes qui travaillent seules à domicile ou dans des établissements à court de personnel courent un plus grand risque, puisqu'elles peuvent être amenées à accomplir des tâches qui dépassent leurs forces et leurs capacités.

De plus, à cause des longues heures qu'ils passent debout ou des appareils lourds qu'ils doivent porter, certains risquent de connaître à la longue des problèmes de santé. Les préposés à l'entretien sont exposés à des produits chimiques nocifs et à des objets tranchants.

Les personnes qui subissent un fort niveau de stress en raison des lourdes charges de travail qui leur sont imposées risquent elles aussi de connaître des problèmes de santé physique et mentale. Compressions, évolution de la technologie, nouvelles méthodes de gestion : tous ces facteurs contribuent à accroître les exigences au travail; ceux et celles qui se trouvent aux échelons inférieurs ont peu de pouvoir de décision à cet égard. Ajoutons à ceci le stress associé à l'insécurité d'emploi, aux longs quarts de travail, aux horaires imprévisibles et à la difficulté de concilier travail et vie familiale. Le cumul de tous ces facteurs pose un risque pour la santé même des travailleurs et travailleuses de la santé. On ne s'étonnera donc pas d'apprendre que le taux d'absentéisme pour cause de maladie ou de blessure est 50 % plus élevé chez ce groupe de travailleurs par rapport à la moyenne.

Jusqu'ici, les recherches sur la santé et la sécurité au travail ont surtout porté sur les risques associés au travail des hommes plutôt qu'aux emplois occupés habituellement par les femmes. Ce parti pris sexiste a abouti à une discipline qui ne tient aucunement compte des femmes comme objet de recherche ou qui ne les considère qu'à travers un prisme qui déforme leurs expériences réelles. On compte toutefois quelques études récentes sur les travailleuses de la santé, qui font état des dangers auxquels celles-ci sont quotidiennement exposées dans leur milieu de travail. Ces facteurs de risque comprennent : l'exposition à des agents infectieux et à des produits toxiques; la nécessité de soulever de lourdes charges (cause de blessures musculosquelettiques); la charge de travail et les horaires (cause de niveaux élevés de stress); et l'absence de pouvoir de décision relativement aux conditions de travail.

La sous-traitance

Depuis quelques années, les gouvernements et les organismes de santé tentent de privatiser certains aspects du travail en les donnant en sous-traitance à des services soi-disant auxiliaires. Ainsi, des hôpitaux, des maisons de soins infirmiers et des régies régionales de santé ont confié à des entreprises privées la responsabilité des services de blanchisserie, d'entretien ou d'alimentation. Ces décisions se sont souvent traduites par des pertes d'emploi, des réductions de salaire et des pertes d'avantages sociaux pour le personnel concerné.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de la sous-traitance. Les partisans de la privatisation avancent que l'augmentation des coûts de la santé menace l'équilibre budgétaire des administrations publiques. Selon eux, l'un des moyens de réduire les dépenses en santé est de transférer le travail auxiliaire à des sociétés privées capables de l'accomplir plus efficacement et à moindre coût. Au même moment, on observe que des sociétés privées, gestionnaires des services de restauration et d'entretien dans les hôtels et les immeubles commerciaux, cherchent de nouveaux débouchés. Les établissements de santé constituent un vaste marché

où les occasions d'affaires abondent, y compris pour les multinationales de l'entretien et de la restauration. En effet, les accords de libre-échange ont donné à ces dernières un accès plus libre au marché canadien. La privatisation des services auxiliaires sert donc les intérêts de ces sociétés privées.

Il est nécessaire de remettre en question le bien-fondé de la privatisation des services et les arguments sur lesquels elle s'appuie. Il est faux de prétendre qu'au Canada, les dépenses des gouvernements en matière de santé sont galopantes. Du reste, confier le travail auxiliaire en sous-traitance ne changera pas grand-chose sur le plan budgétaire. Les entreprises privées ne sont pas plus efficaces que le secteur public. Au contraire, la nécessité d'engendrer des profits les rend plus coûteuses. Qui plus est, leur souci de réduire le coût de la main-d'œuvre a des effets préjudiciables sur celle-ci et sur la qualité des services.

COMMENT CRÉER UN SYSTÈME DE SANTÉ QUI SOULIGNE ET VALORISE LE TRAVAIL ACCOMPLI PAR LES FEMMES?

Le travail qui s'effectue dans la sphère de la santé prend plusieurs formes et chaque rôle contribue au bon fonctionnement de la structure. Pour être efficace, ce travail d'équipe doit engager la participation de tous les employés, quelle que soit la nature de leur travail.

Faire l'entretien, préparer les repas, s'occuper des patients, assurer le fonctionnement administratif : ce sont tous là des rôles essentiels pour favoriser la bonne santé et la guérison, et qui méritent d'être pleinement reconnus. Pour y arriver, il faudrait renverser les anciennes conceptions qui dévalorisent le travail des femmes. Reconnaître que ce travail exige des compétences précises et en rehausser la position sociale et le salaire. Il faudrait aussi que les travailleurs et travailleuses de la santé participent aux décisions sur l'organisation du travail. Leurs connaissances et leur expérience devraient éclairer les décisions sur les horaires, les charges de travail, les tâches à exécuter, les mesures de sécurité et les exigences en matière de formation.

Les luttes visant à améliorer la situation professionnelle des femmes et leurs conditions de travail ont souvent été menées par des femmes syndiquées. De 1965 à 1990, un grand nombre de travailleurs de la santé se sont syndiqués; ils ont négocié des conventions collectives qui ont mené à de meilleurs salaires et conditions de travail. Cherchant à améliorer leur situation économique et à réduire l'écart salarial entre les sexes, les femmes ont elles-mêmes organisé des campagnes pour revendiquer un salaire égal à travail égal. Les syndicats de travailleurs et travailleuses de la santé ont joué un rôle important dans cette lutte; toutefois, le nombre de leurs membres s'est affaibli au cours des dernières années.

La prestation des soins par le secteur public constitue le moyen le plus efficace et équitable de veiller à ce que la population canadienne reçoive les soins qu'elle mérite. La privatisation des services de santé met en péril les conditions de travail, les droits des travailleurs et travailleuses ainsi que la qualité des soins. De bonnes conditions de travail favorisent la santé du personnel et améliorent la qualité des services aux patients. Par conséquent, les mesures préconisant la privatisation de ce travail, ainsi que les méthodes de gestion visant à faire baisser les salaires, à alourdir les charges, à supprimer la sécurité d'emploi et à détériorer les conditions de travail font partie du problème, et non pas de la solution.

Ce qu'il nous faut, c'est une volonté politique et gouvernementale de soutenir un système de santé auquel la population canadienne accorde une grande valeur, fondé sur la prestation de soins dans un cadre à but non lucratif et la garantie d'un emploi décent pour tous les membres de l'équipe soignante sans exception.

Le contenu présenté ici provient d'un rapport préparé en 2006 par Pat Armstrong, Hugh Armstrong et Krista Scoot-Dickson pour le compte du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu. Il a été publié en 2008 sous le titre *Critical to Care: The Invisible Women in Health Services*, aux éditions University of Toronto Press, dans une version augmentée et améliorée. Nous remercions Kay Willson pour sa participation à la production du présent document.

sélection de ressources

Armstrong, Pat, Hugh Armstrong et Krista Scott-Dixon (2006). *Critical to Care: Women and Ancillary Work in Health Care*. Toronto, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.

Armstrong, Pat et Kate Laxer (2006). « Precarious work, privatization and the health care Industry: The Case of Ancillary Workers », dans Leah Vosko, dir., *Precarious Employment. Understanding Labour Market Insecurity in Canada*. Montreal, McGill-Queen's University Press, p. 115-140.

Jackson, Mike (2006). « Issues facing ancillary workers in healthcare in the United Kingdom. » London, Royaume-Uni, UNISON. Présenté dans le cadre d'un atelier national sur le travail auxiliaire dans le secteur de la santé.

Messing, Karen (1998). *One-Eyed Science: Occupational Health and Women Workers*. Philadelphia, Temple University Press.

Stinson, Jane (2006). « The impact of privatization on women. » *Canadian Dimension*, vol. 40, no. 33 (mai/juin).

qui nous sommes et ce que nous faisons

Les Femmes et la réforme de la santé est composé de Pat Armstrong (présidente), Madeline Boscoe, Barbara Clow, Karen Grant, Margaret Haworth-Brockman, Beth Jackson, Ann Pederson et Morgan Seeley. Le fruit d'une collaboration entre les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau canadien pour la santé des femmes et le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes de Santé Canada, cette initiative est financée par le Programme de contribution pour la santé des femmes. Notre mandat est de coordonner la recherche sur la réforme de la santé et d'en tirer des apprentissages qui façonneront les politiques et les pratiques. Pour plus d'information concernant notre travail, consultez notre site Web, au www.femmesreformesante.ca, ou communiquez avec nous à l'adresse whcr@yorku.ca.

Pour plus de renseignements au sujet du Programme de contribution pour la santé des femmes, visitez le site www.cewh-cesf.ca.

pour commander :

Vous pouvez télécharger cette brochure à l'adresse www.femmesreformesante.ca ou l'obtenir gratuitement auprès du :

Réseau canadien pour la santé des femmes

419, avenue Graham, bureau 203

Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3

Tél. (sans frais) : 1 888 818-9172

cwhn@cwhn.ca

www.rcsf.ca

Des frais de poste pourraient être exigés. Ce document peut être reproduit à condition de mentionner le nom des auteurs et d'en faire la distribution gratuitement.

Also available in English.

rédigé et publié par :

Les femmes et la réforme de la santé avec l'appui financier du :

Programme de contribution pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, Santé Canada.

Les opinions exprimées dans le présent document ne sont pas forcément conformes à celles de Santé Canada.

Illustrations et mise en page : **Folio Design**

Production : **Réseau canadien pour la santé des femmes**

Impression effectuée par des travailleur(euse)s syndiqué(e)s, sur du papier 50 % recyclé, dont 25 % de fibres postconsommation, par la Winnipeg Sun Commercial Print Division.

©2009 Les femmes et la réforme de la santé

ISBN : 978-0-9783104-9-3



« S'occuper des autres est un travail sexué, moins susceptible d'être reconnu et rémunéré en tant que spécialité parce qu'accompli par les femmes. C'est notamment le cas des compétences apprises principalement à la maison par quantités de femmes, qui s'apparentent à celles que nécessite le travail auxiliaire. »

(Armstrong, Armstrong et Scott Dixon, 2006)



Le point de vue féminin :
une série sur la réforme de la santé et les femmes