

## Article

---

« Le travail des soins à domicile en Ontario, creuset de nouvelles formes de discrimination à l'endroit des femmes? »

Marie-Hélène Gérôme

*Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 6, n° 2, 2000, p. 87-116.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/026317ar>

DOI: 10.7202/026317ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

---

# Le travail des soins à domicile en Ontario, creuset de nouvelles formes de discrimination à l'endroit des femmes?

---

*Marie-Hélène Gérôme*

*Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario*

*« ...une part infime du budget relevant du secteur de la santé est destiné aux soins de longue durée (SLD), incluant les soins à domicile (Ontario Health Coalition 2000), pendant que des fonds plus conséquents sont accordés à la création de méga-structures hospitalières... »*

Depuis les années 70, les soins à domicile soulèvent des débats aux niveaux politique, social et économique, mais constituent un enjeu encore plus d'actualité, à l'heure où le gouvernement de l'Ontario procède à la restructuration des soins de santé. De prime abord, le transfert de certains soins à domicile peut paraître une initiative séduisante puisqu'il est supposé que les traitements dispensés dans un contexte non institutionnel garantiront dignité et liberté (Ontario, ministère de la Santé 1993 : 49) aux personnes recevant les soins. Mais, dans la réalité, nous nous trouvons largement aux antipodes de cet idéal en raison de l'insuffisance des ressources financières allouées pour ce type de soins. À titre d'exemple, en Ontario, une part infime du budget relevant du secteur de la santé est destiné aux soins de longue durée (SLD), incluant les soins à domicile (Ontario Health Coalition 2000), pendant que des fonds plus conséquents sont accordés à la création de méga-structures hospitalières (Andrew et al. 1997 : 22).

Et, sans ambages, les gouvernements transmettent le message qu'il incombe aux familles de donner les soins à domicile à un ou à une de leurs proches. Mais dans les faits, les solidarités familiales et communautaires qui constituent la quintessence de certains

« ...dans les faits, les solidarités familiales et communautaires qui constituent la quintessence de certains rapports gouvernementaux ayant trait aux soins à domicile ne sont qu'un euphémisme pour « femmes »... »

« ...pourquoi et comment les soins à domicile, tels qu'orientés politiquement en Ontario, concourent-ils à accentuer des inégalités reliées au sexe, à la « race » et à la classe sociale à l'endroit des femmes auxiliaires familiales oeuvrant à domicile? »

rappports gouvernementaux ayant trait aux soins à domicile ne sont qu'un euphémisme pour « femmes » (Guberman et al. 1991 et 1993; Lesemann et Martin, 1993 : 207-208), à qui la société assigne traditionnellement le rôle de soignante (Saillant 1992) et ce, sans que cette fonction soit reconnue économiquement et socialement. Par conséquent, les politiques prônant les soins à domicile ne peuvent qu'avoir de graves répercussions sur l'autonomie économique de nombreuses femmes dès que celles-ci choisissent ou se voient dans l'obligation de quitter leur emploi pour offrir des soins à un ou à une de leurs proches (Guberman et al. 1991; Aronson 1986 : 50; Baines et al. 1991). Ce risque d'appauvrissement peut aussi être encouru par les femmes qui donnent certains soins à domicile à titre d'auxiliaires familiales et ce, en échange d'une rémunération non appropriée. Risque d'appauvrissement très encouru aussi par les femmes de couleur<sup>1</sup> et les femmes immigrantes! Dans ce contexte, et comme le souligne Neysmith (1996 : 147), « les soins à domicile sont un terrain qui se prête à l'étude de modes d'oppression vécus par divers groupes de femmes dans la société canadienne ». Ce constat nous amène alors à poser la question suivante : pourquoi et comment les soins à domicile, tels qu'orientés politiquement en Ontario, concourent-ils à accentuer des inégalités reliées au sexe, à la « race » et à la classe sociale à l'endroit des femmes auxiliaires familiales oeuvrant à domicile? Cette question se doit d'être posée parce que le « succès » des soins à domicile dépend aussi de ce groupe de femmes qui ne bénéficient pas de valorisation socio-économique, leurs responsabilités relevant supposément et strictement du *caring*, comme nous allons l'analyser.

La situation économique des femmes auxiliaires familiales qui dispensent des soins aux personnes âgées au sein de la sphère privée sera documentée et analysée à partir d'un cadre féministe-socialiste. Notre étude prendra en considération le contexte social, économique et politique de l'Ontario, à l'heure où le gouvernement provincial veut donner une légitimité au travail obligatoire et à la privatisation des soins à domicile.

## Méthodologie de l'étude

---

Notre recherche privilégie l'analyse documentaire puisqu'il nous semble essentiel de jeter un éclairage nouveau sur la littérature portant sur notre sujet d'intérêt. Elle comprend une collecte de données axée sur des matériaux provenant d'organismes tels que l'Association des auxiliaires familiales à Ottawa, les Centres de ressources communautaires de la province, les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et l'Ontario Health Coalition. Une recension d'écrits présentés sous forme de documents, de rapports gouvernementaux, d'actes de colloques, et provenant de revues académiques, nous a permis de connaître la littérature existante sur le sujet qui nous intéresse et ce, afin de ne pas nous engager dans une recherche déjà effectuée (Rogers et Bouey 1993 : 388). Nous avons examiné des sources secondaires portant sur les soins prodigués par les femmes au niveau formel et informel, ainsi que des sources primaires comme des documents gouvernementaux. Bien que notre méthodologie n'inclue pas directement la voix de sujets humains, nous estimons toutefois que l'analyse documentaire est susceptible de nous faire déboucher sur de nouvelles questions ou pistes de réflexion pertinentes portant sur l'avenir des soins à domicile.

## Le travail des soins à domicile relève-t-il du *care* ou du *cure*?

---

Bien que les services de soins à domicile aient connu une expansion dès les années 70, ceux-ci ne constituent pas un phénomène contemporain. Avant que l'État n'intervienne dans le champ du social, la majeure partie des soins étaient donnés de manière informelle par les membres de la famille ou de l'entourage (Appelbaum et al. 1990 : 444). Lorsque ces derniers ne pouvaient suffire à la tâche, les organismes privés, incluant les organismes

religieux, y suppléaient (Guberman et al 1987 : 45). Actuellement, les soins à domicile au Canada peuvent se définir ainsi :

*Les soins à domicile permettent aux personnes ayant une incapacité plus ou moins grave de vivre chez elles ou en logement supervisé. Ils peuvent aider à prévenir, à retarder ou à remplacer les soins de courte ou de longue durée. Par soins à domicile, on entend les services professionnels, les fournitures médicales, les travaux ménagers et l'accompagnement, ainsi que les soins préventifs et d'entretien. Ces services sont déjà dispensés dans le cadre d'ententes officielles subventionnées ou privées, ou de programme d'assurance; ils sont aussi offerts bénévolement par la famille, les réseaux d'entraide et les organismes bénévoles (Morris et al. 1999 : 1).*

Mais le travail des soins à domicile ne se laisse pas circonscrire aussi aisément puisqu'il comprend des composantes propres au *cure* d'une part, et au *care*, d'autre part, et ne s'effectuerait pas si naturellement<sup>2</sup>. Cette difficulté de conceptualiser le travail des soins en général se reflète au niveau des différents courants de pensée. Ainsi, le courant naturaliste avance que le travail des soins dans le sens de *caring* est ancré dans la nature féminine (Graham 1985, in Saillant 1991 : 17) et qu'il s'apparenterait à un travail fait par amour (Garant et Bolduc 1990 : V) qu'on ne peut objectiver et quantifier (Fisher et Tronto 1990; Graham 1991). En revanche, le courant féministe-socialiste propose une analyse du travail des soins en l'insérant dans une perspective de rapports sociaux et de sexe dans une société où le capitalisme et le patriarcat sont imbriqués (Graham 1991; Fisher et Tronto 1990; Guberman et al. 1991; Finch et Groves 1983 in Graham 1991; Abel et Nelson 1991; Finch 1984). Par conséquent, l'articulation qui existe entre les structures du pouvoir économique et politique et l'organisation du pouvoir des hommes se veut source d'oppression à l'endroit des femmes (Adamson et al. 1988 : 98-99).

« ...le courant féministe-socialiste propose une analyse du travail des soins en l'insérant dans une perspective de rapports sociaux et de sexe dans une société où le capitalisme et le patriarcat sont imbriqués... »

À l'heure des changements que connaît le système de soins de santé, le courant de pensée socialiste féministe permet de mettre en lumière et de dénoncer comment notre société de type

« ...cette dichotomie care-cure est fallacieuse, parce qu'elle occulte les contraintes résultant des changements en matière de soins de santé qui obligent les femmes, dans la sphère privée, à donner des soins inhérents au cure. »

capitaliste néolibéral et patriarcal s'approprie la force de travail gratuite des femmes en imposant des frontières très nettes entre le *care* et le *cure*. Il est alors supposé que le *care* relèverait essentiellement de la sphère privée et demeurerait exclusivement l'apanage des femmes sans que l'acquisition de connaissances ne soit nécessaire, alors que le *cure* serait inhérent à la sphère publique, au sein de laquelle s'étend l'hégémonie des médecins et des industries pharmaceutiques. Par surcroît, tout ce qui est inhérent au *cure* serait en droit de bénéficier d'une valorisation socio-économique certaine. Mais cette dichotomie *care-cure* est fallacieuse, parce qu'elle occulte les contraintes résultant des changements en matière de soins de santé qui obligent les femmes, dans la sphère privée, à donner des soins inhérents au *cure*. Certes, il est exigé de celles-ci d'avoir des connaissances de l'utilisation de certains appareils ou de l'administration de certains médicaments qui demeureraient l'exclusivité du corps infirmier en milieu hospitalier (AFEAS 1998). Ces différentes responsabilités, soit dit en passant, amènent des coûts et ont à être effectuées dans un domicile qui n'est peut-être pas conforme à des normes de sécurité prévues par la loi, mettant la personne soignante et la personne soignée dans une situation de dangerosité (Glazer 1990 : 131; Morris et al. 1999).

## Les soins à domicile non inclus dans la Loi canadienne sur les soins de santé (1984)

---

« les SLD ne relèvent pas d'une responsabilité collective et n'ont pas de standards nationaux à respecter. »

Les soins de santé à domicile sont intégrés dans les soins de longue durée (SLD). Ceux-ci ne sont pas définis comme des soins spécialisés et ne sont pas couverts par les principes tels que l'universalité, la transférabilité, l'administration publique, l'accessibilité et la gratuité des soins de santé et hospitaliers, comme le stipule la *Loi canadienne sur les soins de santé* (1984) (Armstrong & Armstrong 1996). N'étant pas inclus dans cette loi, les SLD ne relèvent pas d'une responsabilité collective et n'ont pas de standards nationaux à respecter. Ceci laisse alors la voie libre aux gouvernements provinciaux d'allouer ou non des fonds à des services de soins à domicile.

*« Cette inconstance dans le développement de certains soins à domicile est tributaire d'une vision « hospitalo-centrique » résultant d'un système de santé orienté non par les usagers, mais par les producteurs, médecins inclus, qui occupent une position de pouvoir dans notre société... »*

Les SLD s'adressent aux personnes âgées ayant des capacités limitées (Béland et Shapiro 1993 : 166) et ils englobent les services institutionnels donnés en établissement ainsi que les services communautaires dispensés dans leur milieu de vie, tels que la popote roulante, les centres de jour pour personnes âgées, les services d'auxiliaires familiales qui font l'objet de notre étude, et les soins infirmiers à domicile (Neysmith 1996 : 141). Le financement de ces services qui, supposément, ne renferment aucune composante d'ordre médical, dépend du bon vouloir des gouvernements provinciaux d'instaurer ou non des mesures visant la qualité des services de soins à domicile. Cette inconstance dans le développement de certains soins à domicile est tributaire d'une vision « hospitalo-centrique » résultant d'un système de santé orienté non par les usagers, mais par les producteurs, médecins inclus, qui occupent une position de pouvoir dans notre société (Chappell 1993; Lemonde et Pomerleau 1996). Dans ce contexte, les services jugés de nature non médicale souffrent d'un sous-financement certain et d'un discrédit, voire d'une invisibilité.

## **Les soins à domicile en Ontario □ : une histoire marquée par la fragmentation**

---

En Ontario, les soins informellement donnés à domicile constituent la source majeure de soutien aux personnes âgées, les familles ou les amis donnant des soins à un ou à une de leurs proches dans 90 % des cas (Williams 1996 : 940). Cette aide dite informelle sera nécessaire tant que cette province, pourtant l'une des mieux nanties au Canada, ne se sera pas dotée d'un système de soins de longue durée cohérent et unifié (Neysmith 1996 : 148, note 4), compte tenu du vieillissement progressif de la population. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus représentait 11,7 % de la population ontarienne en 1991 et s'élèvera à 14,3 % en l'an 2011 (Shapiro 1997 : 8). À ce titre, il est à spécifier que ce sont surtout les femmes qui sont plus susceptibles d'avoir

recours à des services publics de soins à domicile, ayant, dans 67 % des cas, une espérance de vie plus grande que les hommes et ne pouvant, en l'absence de ressources financières, faire appel à des services privés de soins à domicile (Statistique Canada 1995, in Morris et al. 1999 : 3).

« Ce manque de continuité survient surtout dans le Nord de la province où les personnes vivant en milieu rural et les autochtones souffrent du manque d'équité au niveau de la provision des services... »

En Ontario, les services de soins à domicile se sont développés depuis 1955 à partir d'un programme unique; d'autres programmes s'y ajoutent pour donner lieu, entre autres, à un programme permettant de bénéficier de traitements à la maison plutôt qu'en milieu hospitalier (Williams 1996). Mais ces services, n'étant pas également répartis à travers la province, ne garantissent pas une continuité au niveau de la livraison des soins, continuité qui supposerait disponibilité, accessibilité et qualité des soins (Wallace 1990 : 254). Ce manque de continuité survient surtout dans le Nord de la province où les personnes vivant en milieu rural et les autochtones souffrent du manque d'équité au niveau de la provision des services (Williams 1996 : 943). Un autre groupe à souffrir de ce manque d'équité dans le domaine de la santé est la population francophone. Une étude menée par Andrew et al. (1997) met l'accent sur les difficultés rencontrées par les femmes francophones sur le plan de l'accès à des « bons services en français », puisque, selon ce groupe, « la question de la qualité des services est liée non seulement au contexte général de la pratique, mais aussi à la possibilité d'avoir le service en français » (*ibid* : 103).

Le souci de mieux répondre aux besoins de la population et de mieux coordonner les soins à domicile fut en 1991 un des chevaux de bataille du gouvernement du Nouveau parti démocratique (NPD). En effet, sous Bob Rae, le gouvernement de l'Ontario avait pris l'initiative, par le *Projet de loi ontarien sur les soins de longue durée* (loi 173), de mieux intégrer et coordonner les services de soins de santé afin de remédier à la fragmentation des services de soins à domicile (Ontario 1991 in Aumont et Beaulieu 1994 : 131). La solution, selon le gouvernement de l'époque, était d'implanter sur tout le territoire un accès unique au système de soins par l'entremise d'organismes de services polyvalents (OSP). Les OSP supposaient l'amalgame d'agences à but non-lucratif offrant des services à la communauté ( Deber et Williams 1995 :



309), tout en limitant l'intrusion du secteur privé (*ibid*). En outre, ces nouvelles structures devaient respecter tout engagement relié à l'obligation d'offrir des services en français dans les régions où la *Loi sur les services en français* s'appliquait (Ontario 1993a : 5). Aussi prometteuse que puisse paraître la création des OSP, il reste que le *Projet de loi ontarien sur les soins de longue durée* (loi 173) a, au contraire, donné lieu à un système de services tributaire d'une lourde bureaucratie (Neysmith 1996 : 142), peu susceptible de répondre de manière adéquate à la diversité des besoins de la population ontarienne, dont ceux des francophones.

## Vers la privatisation des soins à domicile en Ontario

---

Suite à la montée au pouvoir du parti conservateur en Ontario, le premier ministre de la province parle de restructurer les services de santé dans le but de mieux répartir les ressources humaines (Lemondé et Pomerleau 1996 : 129). Les Centres d'accès aux services communautaires (CASC), qui se substituent aux OSP, doivent suivre ce dessein. Le mandat des 43 CASC répartis en Ontario est de faciliter l'accès aux services de soins de longue durée en offrant des services de qualité à un bon prix (Ontario Health Coalition 1998). Toutefois, ces centres souffrent d'un sous-financement et le montant du budget provincial réservé aux SLD pour l'année fiscale 2000-2001 ne permet pas de présager l'extension de nouveaux services de ce type à travers la province (Ontario Health Coalition 2000).

*« ...ces centres souffrent d'un sous-financement et le montant du budget provincial réservé aux SLD pour l'année fiscale 2000-2001 ne permet pas de présager l'extension de nouveaux services de ce type à travers la province... »*

Depuis leur création, les CASC ont pour effet d'inciter les organismes communautaires à but non-lucratif à se lancer dans la course pour offrir de meilleurs services à la population afin de ne pas se laisser supplanter par les organismes du secteur privé souvent dotés de ressources financières plus conséquentes (Ontario Health Coalition 1998). Les CASC subissent d'autres contraintes, comme en témoigne un rapport gouvernemental en 1998. L'exigence contenue dans ce rapport veut que les personnes qui ont besoin de soins à domicile ne puissent être éligibles pour des services

*« En ouvrant la porte à des investisseurs privés étrangers, ... il est clair que les Canadiens et les Canadiennes ne se voient pas investis d'une légitimité d'acteurs et d'actrices quant au mode de fonctionnement de leur système de santé, puisque les soins seront pensés davantage en termes d'efficacité qu'en termes humanitaires... »*

professionnels ou des services de soutien offerts par les CASC qu'au moment où elles ont épuisé toutes les ressources informelles en premier lieu (*ibid*). Cette directive ne peut qu'avoir un impact direct sur la sécurité d'emploi des personnes, pour ne par dire les femmes, qui se voient alors contraintes de donner les soins sur une base informelle. Selon l'Ontario Health Coalition (1998), la création des CASC n'est qu'une mesure gouvernementale visant à permettre au secteur privé d'exercer son hégémonie, laissant les organismes communautaires aux prises avec des problèmes de financement, lequel désormais provient tant bien que mal des municipalités. Mais, selon le premier ministre de l'Ontario, il s'avère nécessaire de bâtir un partenariat avec le secteur privé en se préoccupant, d'une part, de sauvegarder le principe de l'accès aux soins de santé pour l'ensemble de la population et en espérant, d'autre part, maintenir à tout prix un taux de croissance élevée (Hudson 1999 : A9). En ouvrant la porte à des investisseurs privés étrangers, tels que la compagnie Olsten dont le mandat est d'offrir des services de soins à domicile, il est clair que les Canadiens et les Canadiennes ne se voient pas investis d'une légitimité d'acteurs et d'actrices quant au mode de fonctionnement de leur système de santé, puisque les soins seront pensés davantage en termes d'efficacité qu'en termes humanitaires (Armstrong & Armstrong 1996 : 208). Bien que les gouvernements provinciaux aient la responsabilité de veiller à ce que certaines normes soient respectées dans la provision des soins de santé, ils sont cependant libres d'en fixer la teneur et les exigences (Shapiro 1997).

## Auxiliaires familiales □ : un sujet à la mode?

---

À l'heure actuelle, où la crise de l'emploi est loin d'être résorbée, toutes les activités qui relèvent des domaines familial et domestique sont « pensées en termes de gisement d'emploi » (Martin 1996 : 61) et d'insertion. Ainsi, tout comme par l'entremise des entreprises d'économie solidaire qui font l'objet de beaucoup d'écrits au Québec, on vise un double objectif : donner les soins à domicile tout en contribuant à créer de l'emploi, dont des postes d'auxiliaires familiales (Martel 1996 : 38). Pourtant, aussi pertinentes que

puissent paraître les entreprises d'économie solidaire soucieuses de créer des services socialement utiles pour différents groupes de la population, il reste qu'elles ne garantissent pas automatiquement que le travail des soins effectué par les proches soit reconnu socialement et économiquement (AFÉAS 1998 : 101), ni que le travail des soins en échange d'une rémunération bénéficière d'une reconnaissance sociale—tellement « les notions de “genre” et de privé marquent essentiellement la pratique des soins » (Saillant 1991 : 14)—ni que ce type d'emplois soit mieux rémunéré et plus stable (Andrew 1998 : 177).

*« ...les écrits qui traitent du sujet qui suscite notre intérêt concluent que les femmes auxiliaires familiales sont plus que susceptibles d'être discriminées et d'encourir le risque de s'appauvrir, en raison de la nature de l'emploi occupé qui « porte les stigmates d'une division sexuelle des rôles qui a mis les femmes en position de dominées »... »*

Pour leur part, les féministes ont peu élaboré sur la situation des femmes qui donnent les soins au sein de la sphère privée en échange d'une rémunération. En procédant à l'analyse des écrits féministes de Grande-Bretagne, Graham (1991 et 1993), fait ressortir que le *caring* est exclusivement défini en termes de travail non rémunéré. Neysmith (1996), qui s'est aussi intéressée à la situation des auxiliaires familiales et ce, particulièrement en Ontario, fait le même constat. Néanmoins, les écrits qui traitent du sujet qui suscite notre intérêt concluent que les femmes auxiliaires familiales sont plus que susceptibles d'être discriminées et d'encourir le risque de s'appauvrir, en raison de la nature de l'emploi occupé qui « porte les stigmates d'une division sexuelle des rôles qui a mis les femmes en position de dominées » (Causse et al. 1998 : 91) au sein d'une société où le patriarcat et le capitalisme néolibéral sont indissociables.

## **Incidences de la restructuration des soins de santé sur le travail des auxiliaires familiales □ : des conditions de travail peu enviables et non évaluées à leur juste mesure!**

---

Officiellement, les responsabilités dévolues aux auxiliaires familiales qui travaillent à domicile, secondées par des professionnelles et

des professionnels de la santé et des services sociaux, comprennent des tâches concrètes telles que faire la cuisine, le ménage ou la toilette de la personne dite dépendante. Neysmith (1996 : 143) démontre qu'« ...ainsi décomposé, le travail peut être normalisé, découpé en unités auxquelles une durée est allouée » et comptabilisable, à la différence du travail effectué par la famille, ou plutôt par les femmes qui donneraient des soins à un ou à une de leurs proches par amour et sans compter, aussi ironique que cela puisse paraître! La description des responsabilités confiées aux auxiliaires familiales témoigne d'une standardisation et d'une division des tâches, avec un accent mis essentiellement sur le côté technique (Aronson et Neysmith 1996 : 62; Glazer 1988 et 1990). La dimension relationnelle du travail de soins à domicile, essentielle mais difficilement quantifiable, est alors occultée.

*« La dimension relationnelle du travail de soins à domicile, essentielle mais difficilement quantifiable, est alors occultée. »*

Dans cette situation, il ressort clairement que les auxiliaires familiales, comme les bénéficiaires de soins, ne sont pas investies d'une légitimité de sujet dans le cadre des discours politiques (Kane et Caplan in Aronson et Neysmith 1997 : 52), puisqu'au contraire, l'attention porte essentiellement sur l'organisation, la gestion du travail et sur les questions d'assurance et de coût.

Si ce groupe de femmes est surtout perçu comme des « femmes d'entretien » effectuant un travail qui ne relève pas de la sphère marchande ( Neysmith et Aronson 1997 : 486), la réalité est toute autre. Celles-ci sont souvent appelées à assumer des fonctions qui sont de l'ordre du *cure* sans qu'elles bénéficient pour autant d'une plus grande reconnaissance sociale et économique. Aronson et Neysmith (1996) soulignent que souvent, les responsabilités déléguées aux auxiliaires familiales s'apparentent au travail effectué par des infirmières en milieu hospitalier. Cela permet de faire le constat qu'une fois transférés dans la sphère privée, les soins ne jouissent d'aucune valorisation sociale et, dans ce cas, n'ont pas à attirer l'attention de la sphère publique. Picard (1999 : A8), de son côté, énumère aussi différents facteurs qui résument les conditions de travail des femmes auxiliaires familiales : salaire peu élevé, précarité d'emploi, travail physiquement épuisant, isolement, absence d'avantages sociaux ou impossibilité de contribuer à un plan de pension. En outre, notons que l'entrée ou le retour d'une

*« ...une fois transférés dans la sphère privée, les soins ne jouissent d'aucune valorisation sociale et, dans ce cas, n'ont pas à attirer l'attention de la sphère publique. »*

personne aînée à l'hôpital supprime des heures de travail rémunérées de certaines auxiliaires familiales oeuvrant au sein de la sphère privée, au détriment de leur sécurité d'emploi. Picard ajoute que la livraison des soins à domicile donne lieu à une rotation fréquente des auxiliaires familiales et ne garantit donc pas le bien-être et la sécurité aux personnes aînées qui sont en droit de recevoir des soins de qualité. Dans ce contexte, les personnes aînées francophones sont-elles assurées d'avoir en français des services qui tiennent compte d'une « meilleure compréhension du contexte de vie des personnes » (Andrew et al. 1997 : 103)?

## Un travail de relation d'aide qui renferme des pièges!

---

Comme nous l'avons mentionné, le travail des soins suppose inévitablement une relation d'une personne à une autre et se veut un des thèmes centraux de la recherche effectuée par Duval (1996). Cette auteure a mené des entrevues auprès de travailleuses oeuvrant dans le programme Défi-Autonomie de la région Antoine-Labelle au Québec. Ces dernières insistent pour dire que leur travail comprend une dimension relationnelle qu'elles trouvent hautement valorisante et qui donne sens à ce qu'elles font, comme le démontre un extrait d'un témoignage de l'une d'entre elles :

*« Tu fais partie de la petite famille, de leur domaine. Il s'établit un lien. Ce qu'ils aiment : tu leur amènes de la vie extérieure. Tu jases avec eux, tu parles de leurs projets, tu leur apportes la vie » (Duval 1996 : 137).*

Neysmith et Aronson (1997) mettent aussi l'accent sur la satisfaction que les travailleuses retirent à entrer en contact avec une personne qui a besoin de soins et comment elles font preuve d'un engouement à personnaliser leur travail, même si cela peut parfois exiger du temps de travail supplémentaire. Certes, des personnes aînées demandent fréquemment aux auxiliaires fami-

*« le travail des soins ne renferme pas seulement un aspect technique, mais qu'il est assorti d'une dimension relationnelle qui ne peut être mesurable. »*

liales de faire fonction de kinésithérapeute ou d'infirmière parce qu'il arrive qu'elles refusent la présence de toute autre personne dans leur intimité et qu'elles redoutent une rotation fréquente du personnel (Causse et *al.* 1998 : 57). Dans ce contexte, les auxiliaires familiales peuvent se voir contraintes d'effectuer des heures supplémentaires sans pour autant bénéficier d'une augmentation de salaire. Cet exemple démontre bien à quel point le travail des soins ne renferme pas seulement un aspect technique, mais qu'il est assorti d'une dimension relationnelle qui ne peut être mesurable. L'employée peut alors se trouver dans une situation d'exploitation en raison de l'absence de limites claires dans la définition officielle des tâches assignées aux auxiliaires familiales (Schmid et Hasenfeld 1993 : 45; Causse et *al.* 1998).

## **Le travail des auxiliaires familiales □ : une extension du travail domestique?**

---

*«... le travail d'aide à la personne effectué au domicile renvoie classiquement soit au monde de la domesticité, soit au monde de la famille, mais plus difficilement à l'univers salarial. »*

À l'heure de la restructuration des soins de santé en Ontario et comme cela a été mentionné, le travail des soins effectué au sein de la sphère privée par une personne rémunérée ne jouit pas de la même considération que celui des soins donnés en milieu institutionnel. Pour tenter d'expliquer ce fait, il est pertinent de s'appuyer sur l'hypothèse émise par Causse et *al.* (1998 : 93). Pour ces auteurs, le travail d'aide à la personne effectué au domicile renvoie classiquement soit au monde de la domesticité, soit au monde de la famille, mais plus difficilement à l'univers salarial. Le service domestique, auquel on peut associer le travail des soins à domicile, continue à subir une dévalorisation sociale et économique (Fraise 1979 in Duval 1996 : 134), qui tiendrait entre autres à la nature des tâches : « nettoyer de la crasse, surtout de la "crasse privée" est ingrat » (*ibid*), voire tabou (Ungerson 1983 in Finch 1984 : 14; Saillant 1994 : 390). Vu le contact proche avec le corps et avec ses sécrétions, certaines femmes hésiteront même à nommer l'emploi qu'elles occupent (Causse et *al.* 1998 : 97),

tellement la société juge négativement ce qu'impliquent leurs responsabilités.

« ...le travail des soins à domicile rémunéré se veut une extension du travail domestique parce qu'« il s'appuie sur les fonctions faussement "naturelles" attribuées aux femmes dans notre société »... »

D'autres études démontrent que le travail des soins à domicile rémunéré se veut une extension du travail domestique parce qu'« il s'appuie sur les fonctions faussement "naturelles" attribuées aux femmes dans notre société » (Causse et al. 1998 : 97; Kaplan Daniels 1987). Pourtant, Duval (1996) et Croff (1994 : 250) démontrent bien que donner les soins ne va pas de soi et que travailler auprès de personnes âgées exige des connaissances et un savoir-faire.

Comme nous avons tenté de le démontrer précédemment, le travail des soins dans le sens de *caring* est difficilement saisissable puisqu'il comprend une dimension relationnelle tout en étant un travail. En outre, tant que celui-ci s'effectue au sein de la sphère privée, il s'ensuit « des difficultés de repérage du travail réalisé au sein de l'espace domestique [qui] nuisent à la construction des formations » (Causse et al. 1998 : 100).

## La formation □ : ses aspects positifs et ses failles

---

Comme viennent l'appuyer plusieurs écrits, il s'avère primordial qu'une formation soit offerte au niveau des soins à domicile. Cette formation doit tenir compte de la dimension relationnelle du travail des soins et de l'importance qu'il ne soit pas effectué sous une forme standardisée. Au contraire, tout travail de ce type doit prendre en considération la situation sociale, économique et culturelle de chaque bénéficiaire (Lesemann et Nahmiash 1993 : 161; Neysmith et Aronson 1997; Bonamy 1997; Donovan 1989).

« Le gouvernement conservateur actuel, ... se montre en faveur du développement d'un programme de formation et se dit prêt à débloquer des fonds afin d'améliorer la qualité des soins à domicile... »

En 1994, le gouvernement du NPD de l'Ontario a mis l'accent sur la nécessité de proposer une formation d'auxiliaire familiale dans le cadre du *Projet de loi 173 sur les soins de longue durée*. Le gouvernement conservateur actuel, lui aussi, se montre en faveur du développement d'un programme de formation et se dit prêt à débloquer des fonds afin d'améliorer la qualité des soins à domicile (Gouvernement de l'Ontario 1998). Mais en raison

« ...ne vont-elles pas prendre la place de personnes professionnelles qui ont reçu une formation universitaire ou collégiale sans pour autant bénéficier d'une meilleure reconnaissance sociale et économique? »

d'une vision d'influence biomédicale n'ayant de regard que pour les maladies inhérentes à la vieillesse et pour leur aspect clinique (Estes et Binney 1991 : 118), la formation d'auxiliaire familiale mettra-t-elle l'accent sur la dimension relationnelle qui fait partie intégrante du travail de soins? En outre, les auxiliaires familiales ne vont-elles pas voir leurs responsabilités de l'ordre du *curing* s'accroître tout en étant toujours supervisées par des professionnels de la santé mieux rémunérés? Ou inversement, ne vont-elles pas prendre la place de personnes professionnelles qui ont reçu une formation universitaire ou collégiale sans pour autant bénéficier d'une meilleure reconnaissance sociale et économique? Et qu'en sera-t-il de leur rémunération? Enfin, pourquoi la fonction d'auxiliaire familiale qui oeuvre à domicile tarde-t-elle à avoir le statut de profession? À ce titre, Favrot-Laurens (1997 : 218) souligne que toute formation professionnelle n'est pas en mesure de pouvoir élever la fonction d'auxiliaire familiale au statut d'activité professionnelle dans la mesure où

*l'autonomisation d'une activité comme activité professionnelle reconnue apparaît largement liée, non à la maîtrise des situations professionnelles à travers l'expérience, mais à l'acquisition de connaissances puisées dans le savoir médical ou la psychologie qui seules semblent susceptibles de valoriser les soins et de leur conférer une qualification et une dimension professionnelle stable.*

## Des fonctions exercées dans un grand isolement

---

L'isolement vécu par les auxiliaires familiales a une incidence sur le plan de la valorisation de leurs responsabilités parce que, comme le démontrent Causse et *al.* (1998 : 176), ce type de travail

*constitue une entrave forte à l'invention de modes de construction sociale susceptible de sortir ces professionnalités de leur état d'infériorité. Or, la constitution de collectifs,*



*lieux d'émergence des identités professionnelles, est une condition indispensable à un travail de revalorisation.*

*« En l'absence de collectifs, le travail des soins ne se veut qu'une extension du travail domestique sans valeur ou statut, ce qui annule toute chance de promotion..., voire de transgression des dimensions reliées à la classe sociale, au sexe et à la « race »... »*

La constitution de collectifs, dont Causse et *al.* (1998) font part, serait davantage propice à une reconnaissance de ce travail de la part de la société. Par le fait même, cette dernière serait peut-être plus à même de prendre conscience que ce travail ne se fait pas naturellement, mais qu'il est effectué par des femmes qui ont effectivement des connaissances (Croff 1994 : 59) acquises après plusieurs années d'expérience de travail ou inculquées par leur mère (Kaplan Daniels 1987 : 413; Burnonville 1992), mais que ces connaissances n'ont pas de valeur marchande dans notre société. En l'absence de collectifs, le travail des soins ne se veut qu'une extension du travail domestique sans valeur ou statut, ce qui annule toute chance de promotion (Donovan 1989 : 59), voire de transgression des dimensions reliées à la classe sociale, au sexe et à la « race » lesquelles stratifient le système des soins à domicile (*ibid* : 57).

Comme le travail des soins, en tant qu'extension du travail domestique, ne jouit pas d'une considération sociale, la fonction d'auxiliaire familiale se voit encore plus dévalorisée puisqu'elle « s'exerce auprès de personnes qui ne bénéficient pas d'un regard positif dans notre société ou qui souffrent de représentation sociale négative » (Croff 1994 : 180), surtout dans les situations où les personnes âgées disposent de peu de revenus.

## **Un emploi largement occupé par les femmes de couleur et les femmes immigrantes**

---

À l'heure actuelle, nous assistons à la plus grande présence de femmes de couleur dans le secteur des soins à domicile, le secteur manufacturier ne représentant plus la principale source d'emplois au Canada (Boyd 1992 in Neysmith 1996 : 145). En raison des préjugés racistes dont elles font l'objet, beaucoup de femmes de couleur se retrouvent dans des emplois ménagers ou occupent

« En raison des préjugés racistes dont elles font l'objet, beaucoup de femmes de couleur se retrouvent dans des emplois ménagers ou occupent des emplois domestiques, de garde d'enfant au domicile de particuliers ou d'aide familiale auprès des personnes âgées... »

des emplois domestiques, de garde d'enfant au domicile de particuliers ou d'aide familiale auprès des personnes âgées (Ng 1988; Macklin 1999).

De plus, en raison d'une demande accrue pour les emplois susmentionnés, le Canada a mis en application une politique facilitant l'entrée de femmes immigrantes prêtes à assumer des tâches dites domestiques chez les particuliers ou à dispenser des soins à une tierce personne. L'embauche de ce groupe de femmes est facilité par le biais du *Programme concernant les aides familiaux résidents* auquel sont appliquées des règles spécifiques, mais discriminatoires parce que ne respectant pas le droit à l'égalité ni les lois du travail (McWatt et Neysmith 1998 : 221). Les nouvelles arrivées sont contraintes d'habiter chez leur employeur et doivent attendre deux ans avant de pouvoir obtenir la résidence permanente (McWatt et Neysmith 1998 : 218). Selon plusieurs auteures (Arat-Koc 1992 : 151; Macklin 1999 : 26; Agnew 1993), le travail domestique au Canada est politiquement déterminé par le manque de services adéquats et de qualité en matière de garderie pour les enfants et de soins donnés à des personnes âgées ainsi qu'à des personnes ayant une déficience physique ou mentale. Alors, sans conteste, ce groupe de femmes constitue un bassin d'employées à bon marché!

À ce titre, le *Programme concernant les aides familiaux résidents* représente, aux yeux du gouvernement, une alternative plus que pertinente puisqu'il se veut un substitut à un système de garderie nationale (McWatt et Neysmith 1998 : 221), ainsi qu'à un système universel de soins de longue durée, à l'heure où le système de soins de santé procède à des changements importants. Bien que le *Programme concernant les aides familiaux résidents* soit sous juridiction fédérale, chaque province dispose du droit d'imposer ses propres standards de travail.

Murdock (1992 : 60) fait remarquer que bien que le Canada affiche un taux de chômage élevé, le fédéral a encouragé l'entrée de femmes comme travailleuses temporaires pour combler des besoins que sa propre population refuse de prendre en charge. Cette donnée indique clairement que la situation de certaines femmes qui donnent les soins à domicile est peu enviable tant

« Le recours à des femmes immigrantes ou de couleur ne fait que réitérer des formes d'oppression déjà exercées dans le passé à leur endroit... dans une société qui repose sur des assises racistes... »

cette pratique est marquée idéologiquement par le genre, la classe et la « race ». Le recours à des femmes immigrantes ou de couleur ne fait que réitérer des formes d'oppression déjà exercées dans le passé à leur endroit (Graham 1991 : 69), dans une société qui repose sur des assises racistes (Neysmith et Aronson 1997). Si les femmes dites de « race » noire constituaient auparavant un bassin de main d'oeuvre à bon marché dans le secteur des soins à donner aux enfants, beaucoup de femmes des Philippines sont présentement « convoitées » pour effectuer ce type de travail ainsi que pour donner des soins à domicile aux personnes âgées (George 1998). Ceci corrobore le travail des soins à domicile comme lieu d'oppression qui s'étend à de nouveaux groupes de femmes (McWatt et Neysmith 1998 : 218) dans notre société de type capitaliste et patriarcal.

## Les femmes de couleur et les femmes immigrantes sujettes à d'autres formes de discrimination

---

Dans son étude, Murdock (1992) dénonce les différentes formes de discrimination que les femmes immigrantes, venues par le biais du *Programme concernant les aides familiaux résidents*, peuvent subir en raison de la nature du travail qu'elles occupent. Les salaires peu élevés, dont une portion est retenue afin de défrayer les frais de pension ( loyer de la chambre, électricité, entre autres), les heures supplémentaires nullement rétribuées, le manque d'information au sujet de la législation gouvernementale, le harcèlement sexuel ou le racisme systémique sont le lot de beaucoup de femmes travaillant chez une ou un employeur (*ibid.*). De surcroît, celles-ci ne bénéficient pas d'un espace privé mais vivent dans la demeure d'une autre personne qui est libre de renvoyer toute employée quand bon lui semble, en dépit de ce que peut stipuler officiellement le *Programme concernant les aides familiaux résidents* (Citoyenneté et immigration Canada 1999).

Aronson et Neysmith (1997 : 55) démontrent comment les

femmes de couleur, et les femmes immigrantes en général, se trouvent davantage dans une position de vulnérabilité ayant, par surcroît, à subir certains comportements racistes de la part des personnes auxquelles elles apportent un soutien. Certaines des travailleuses doivent faire montre de tolérance face à des comportements de cette nature de crainte de perdre une part de leur revenu peu conséquent à la base, ou d'être renvoyées dans leur pays d'origine. Heyzer et Wee (1995 : 99) soulignent que certaines femmes immigrantes sont soumises à de grandes pressions venant de leur famille, restée hors du Canada et parfois dépendante de la source de revenu de ces premières. Cela nous permet de mieux mesurer la situation précaire de certaines femmes immigrantes et le stress qu'elles ont à surmonter quotidiennement.

*« ...les femmes immigrantes vivent beaucoup d'isolement au sein de leur travail, celui-ci ne dépendant pas initialement de collectifs ...ou d'une communauté culturelle où elles seraient en mesure de rendre publiques leurs conditions de travail... »*

À l'instar des femmes auxiliaires familiales dites « du pays », les femmes immigrantes vivent beaucoup d'isolement au sein de leur travail, celui-ci ne dépendant pas initialement de collectifs (Causse et al. 1998) ou d'une communauté culturelle où elles seraient en mesure de rendre publiques leurs conditions de travail (Arat-Koc 1992 : 155), de partager ce qu'elles font et de croire alors en une perspective d'évolution professionnelle et d'avenir (Causse et al. 1998 : 29).

Dans ce sens, l'obligation pour certaines femmes immigrantes de vivre chez un employeur ne fait qu'oblitérer les distinctions entre l'espace privé et l'espace public, le travail et les loisirs, le travail payé et le travail non payé, le chèque de paie et le chèque de loyer (McWatt et Neysmith 1998 : 219), accentuant leur vulnérabilité sur les plans économique et social.

## **L'impact de la privatisation des soins à domicile sur la fonction d'auxiliaire familiale**

---

Comme l'indique l'Ontario Health Coalition (1998), beaucoup de provinces canadiennes, dont l'Alberta et l'Ontario, prônent la privatisation des soins à domicile pour être plus à même de

« À cause de l'orientation que prend le système de soins à domicile dans certaines provinces, les conditions de travail des auxiliaires familiales risquent de se détériorer davantage vu l'impossibilité d'un salaire plus élevé, d'un emploi à temps plein... et de formation d'un syndicat. »

rationnaliser les dépenses gouvernementales. La privatisation a pour effet de créer un système de santé à deux vitesses, un pour les riches et un pour les pauvres (AFÉAS 1998). À cause de l'orientation que prend le système de soins à domicile dans certaines provinces, les conditions de travail des auxiliaires familiales risquent de se détériorer davantage vu l'impossibilité d'un salaire plus élevé, d'un emploi à temps plein (Shapiro 1997 : 9) et de formation d'un syndicat. Comme la privatisation ne contribue nullement à faire du travail des soins à domicile une responsabilité collective, les inégalités reliées au sexe, à la « race » et à la classe sociale ne feront que s'accroître et seront inévitablement source d'appauvrissement pour beaucoup de prestataires de services de soins à domicile, dont les auxiliaires familiales qui oeuvrent à domicile, tellement les compagnies privées privilégient le paradigme de l'efficacité et du rendement.

## La loi 142 □ une menace pour le travail des soins à domicile?

---

À ce stade de notre recherche, il nous semble important d'examiner l'incidence que peut avoir sur la qualité et l'orientation du travail des soins à domicile, la loi 142 ou *Loi de 1997 sur la réforme de l'aide sociale*, implantée par le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario. Cette loi comprend, entre autres, la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* (LPOT) qui concerne toute personne bénéficiaire du programme de l'aide sociale générale, y inclus les chefs de famille qui touchent les prestations familiales.<sup>3</sup>

« ...les prestations de l'aide sociale se gagnent et sont conditionnelles... »

Cette nouvelle loi, appelée travail obligatoire (*workfare*) par ses opposants et ses opposantes, implique que, pour pouvoir bénéficier d'une aide financière venant de l'État, une personne doit accomplir 17 heures de travail par semaine. Dès lors, les prestations de l'aide sociale se gagnent et sont conditionnelles (Lesemann et Ulysse 1995; Struthers 1995). Lesemann et Ulysse (1995), en faisant

*« ...les gouvernements imposent un discours psychologisant pour faire accroire à la population que les personnes vivant de l'aide sociale ne possèdent pas en elles le sens de la discipline du travail, mais se complaisent à vivre dans la dépendance. »*

référence aux États-Unis où sont appliquées des politiques identiques, analysent comment les gouvernements imposent un discours psychologisant pour faire accroire à la population que les personnes vivant de l'aide sociale ne possèdent pas en elles le sens de la discipline du travail, mais se complaisent à vivre dans la dépendance. Ce type de discours permet alors aux gouvernements de rendre légitime, voire nécessaire, l'implantation de mesures telles que le travail obligatoire. En pathologisant les comportements des personnes dites inactives, il est clair qu'on dépolitise le débat afin de dissimuler les vraies causes, celles d'ordre structurel et économique, de la pauvreté et du chômage (Kitchen 1996 : 103).

Ces mesures démontrent bien le nouvel ordre économique et politique qui est instauré de manière drastique en Ontario, puisque la fonction du gouvernement est de faire de la province une entité inféodée à la logique du marché (Clarke 1996 : 31). Des initiatives telles que le travail obligatoire ne peuvent être analysées sans tenir compte des tendances en faveur de la mondialisation, qui sont marquées par des interventions gouvernementales axées exclusivement sur l'économique, au détriment du social (Andrew et al. 1997 : 14). Ces nouvelles orientations mettent au rancart tout principe propre au système keynésien qui reposait sur « le principe de la correspondance globale entre les impératifs de la croissance économique et les exigences d'une plus grande équité sociale dans le cadre d'un État économiquement et socialement actif » (Rosenvallon 1981 : 49).

Dans le contexte du travail obligatoire, les personnes vivant de l'aide sociale se voient dans l'obligation d'occuper un emploi contre leur gré, dans le but ultime de recevoir une aide financière. Parmi ces personnes, des femmes sont contraintes de donner des soins à domicile, comme cela se dessine dans certaines municipalités en Ontario, par l'entremise des services sociaux.

## Le travail des soins à domicile et ses nouveaux enjeux à l'heure du travail obligatoire

---

Le travail obligatoire ne peut permettre aux femmes de sortir du cercle vicieux de la pauvreté faute de leur permettre d'« empêcher » un salaire qui respecte des barèmes plus que respectables. De surcroît, le fait d'imposer à des personnes vivant de l'aide sociale l'obligation de donner des soins, quels qu'ils soient, soulève des enjeux importants. En effet, s'il se trouve que des femmes vivant de l'aide sociale se voient contraintes de donner des soins à domicile comme c'est le cas à Toronto (Globe and Mail, May 5<sup>th</sup>, 1999 : A23), quelle sera la qualité de ces soins? Dans quelle mesure le travail des soins à domicile deviendra-t-il enfin une responsabilité collective? Ce type de travail permettra-t-il d'ouvrir d'autres portes au niveau professionnel, donc de garantir de meilleurs salaires si nous posons comme postulat que

*la construction de passerelles et de filières professionnelles qui permettraient de passer facilement des emplois à domicile vers ceux des structures collectives et vice-versa pourrait participer au nécessaire effort de revalorisation du travail à domicile et infléchir les représentations tenaces en la matière (Causse et al. 1998 : 108)?*

En outre, si on considère que la dimension de la relation d'aide est importante dans le travail des soins, contraindre une personne à donner ces soins, n'est-ce pas en mettre les bénéficiaires dans une situation à risque? Quel sera l'avenir des personnes dites professionnelles qui donnent les soins? La loi 142 n'est-elle pas un moyen direct menant à la déqualification du travail des soins à domicile, alors que ce travail exige des connaissances et un savoir-faire? Quelles ressources et quelles informations seront à la disposition des personnes qui, vivant de l'aide sociale, donneront les soins à domicile<sup>4</sup>? Le risque n'est-il pas grand de voir une plus grande rotation du personnel qui sera source d'instabilité pour les personnes âgées qui les recevront? Le programme Ontario au

« La loi 142 n'est-elle pas un moyen direct menant à la déqualification du travail des soins à domicile, alors que ce travail exige des connaissances et un savoir-faire? »

« ...le gouvernement de l'Ontario ne prend pas en considération que les femmes ont été durement affectées par le nouvel ordre économique de type néolibéral qui a occasionné de grandes compressions au sein des emplois relevant du secteur public... »

travail n'est-il pas sans avoir une incidence sur la qualité et l'orientation du travail des soins à domicile dans la province?

Par l'instauration de ce programme, le gouvernement de l'Ontario ne prend pas en considération que les femmes ont été durement affectées par le nouvel ordre économique de type néolibéral qui a occasionné de grandes compressions au sein des emplois relevant du secteur public largement occupés par celles-ci, qui souffrent dès lors d'une légitimité (Andrew 1998 : 179). Mais en faisant accroître que le travail et la formation sont à la disposition des personnes vivant de l'aide sociale, le programme *Ontario au travail* poursuit d'autres desseins, comme le démontre Schragge (1997 : 18) :

*Workfare wearing the mask of training is being used to mobilize the unemployed—the reserve army of labour—to work for either the private or community sectors in conditions far worse than those of the regular workers in those organizations.*

Le programme *Ontario au travail* ne peut-il pas servir de panacée pour colmater les brèches que présente le domaine des soins à domicile et que le gouvernement s'obstine à ne pas soutenir adéquatement pour les motifs d'ordre économique et politique que nous avons exposés?

## Pistes pour l'intervention sociale et la recherche sociale

---

Afin de ne plus confiner le travail des soins à domicile à la sphère privée, il est urgent d'envisager des pistes pouvant convertir le travail des soins à domicile en une responsabilité collective qui réponde aux besoins des personnes qui en sont bénéficiaires et de celles qui les donnent au niveau formel et informel, afin que celles-ci n'encourent plus le risque de s'appauvrir.



## Pour une intervention plus grande de l'État

Au niveau de l'intervention sociale, Hooyman et Gonyea (1995 : 326) proposent un modèle de soins à domicile d'inspiration féministe qui aurait pour composantes le support familial, l'*empowerment*, la possibilité offerte aux personnes qui reçoivent les soins et aux personnes qui les dispensent de procéder à des choix, des services qui s'adressent à différents groupes d'âge, une redéfinition des soins de santé qui soit plus globale et une plus grande présence du secteur public pour que soit garantie une gamme de services dans la communauté. À l'échelle de la province, la volonté de travailler en partenariat avec l'État est affirmée comme le manifeste, entre autres, le comité santé de la Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario (TFFCPO) dont le mandat est l'articulation de revendications politiques des Franco-Ontariennes (Coderre 1995 : 65).

Enfin, les soins de longue durée, incluant les soins à domicile, se doivent d'être inclus dans la *Loi canadienne sur les soins de santé* (1984) (Aronson et Neysmith 1997 : 60; Shapiro 1997). Cette initiative impliquerait que des services de soins à domicile et leur accès soient garantis à tous et à toutes. Cela supposerait une renégociation des rapports sociaux entre l'État, le secteur bénévole, les secteurs formels et informels, la famille (Leira 1994 : 195)—et différents types de famille devons-nous ajouter—et ce, pour faire des services de soins de santé une responsabilité publique.

## Dénoncer toutes les formes d'oppression exercées à l'endroit des femmes

*« ...des études portant sur le travail des soins à domicile rémunéré font défaut..., et forcément celles qui font un lien avec le contexte minoritaire franco-ontarien. »*

Au niveau de la recherche sociale, des études portant sur le travail des soins à domicile rémunéré font défaut (Neysmith 1997), et forcément celles qui font un lien avec le contexte minoritaire franco-ontarien. Par conséquent, il est important de tenir compte de la diversité des groupes de femmes lorsqu'il est question du travail des soins à domicile où les inégalités reliées au sexe, à la classe sociale et à la « race » sont loin d'être transgressées, et ce, parce que ce type de travail ne relève pas d'une responsabilité collective. À ce titre, nous savons que les défis sont difficiles à

*« ...il est essentiel que les chercheurs persévèrent à tenir compte des différentes voix des nombreux groupes de femmes afin d'élargir les connaissances sur les différents mécanismes qui réitèrent ou donnent lieu à de nouvelles formes d'oppression à l'endroit de celles qui donnent les soins à domicile. »*

relever dès que la recherche doit tenir compte de la voix de différents groupes de femmes avec des revendications spécifiques et diverses, puisqu'à court terme et jusqu'à maintenant, les voix des femmes provenant d'horizons différents ont « réduit la capacité du mouvement des femmes d'agir collectivement sur la scène politique » (Andrew 1998 : 174). En dépit de ces obstacles, il est essentiel que les chercheurs persévèrent à tenir compte des différentes voix des nombreux groupes de femmes afin d'élargir les connaissances sur les différents mécanismes qui réitèrent ou donnent lieu à de nouvelles formes d'oppression à l'endroit de celles qui donnent les soins à domicile. Ces recherches n'ont-elles pas pour but ultime de croire et de contribuer au développement d'une conscience collective?

## Conclusion

---

*« Il s'avère... urgent de penser des stratégies qui auraient pour effet de ne pas confiner le travail des soins à domicile à une responsabilité relevant exclusivement de la sphère privée, ... »*

Dans leur forme actuelle, les soins à domicile ne relèvent pas d'une responsabilité collective et n'ont pas à respecter des standards nationaux, n'étant pas inclus dans la *Loi canadienne sur les soins de santé* (1984). Par conséquent, ils souffrent d'un sous-financement chronique qui risque de perdurer en raison de l'implantation du *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux* (1995), transfert par lequel le fédéral débloque des fonds dont l'utilisation est laissée à la discrétion des gouvernements provinciaux. Ces derniers, soucieux de réduire leur déficit avant tout, font reposer le travail des soins à domicile sur la force de travail peu rémunérée des femmes auxiliaires familiales qui vivent alors de la discrimination, et encourent le risque de s'appauvrir en raison de leur appartenance au sexe féminin, de leur classe sociale et de leur « race ». Il s'avère alors urgent de penser des stratégies qui auraient pour effet de ne pas confiner le travail des soins à domicile à une responsabilité relevant exclusivement de la sphère privée, de ne plus l'assimiler à un travail d'ordre domestique, et d'empêcher que la privatisation devienne irréversible.

Toutefois, et au préalable, toutes les mesures prises au niveau des soins à domicile ne peuvent être fructueuses que si « elles s'accompagnent d'une évolution des représentations sociales et culturelles » (Causse et *al.* 1998 : 107). Certes, et au terme de notre recherche, il nous semble important de reformuler que tant que le travail des soins sera marqué par le genre et ne sera pas analysé sous l'angle des rapports sociaux de sexe, il est improbable qu'il devienne une responsabilité collective à part entière!

## Bibliographie

- ABEL, Emily K. et Margaret K.NELSON (1990). « Circles of Care : An introductory essay », dans Emily ABEL K. et Margaret K.NELSON (eds.), *Circles of Care, Work and Identity in Women's Lives*, New-York, State University of New-York Press.
- ADAMSON, Nancy, Linda BRINSKIN et Margaret McPHAIL (1988). *Feminist Organizing for Change, The Contemporary Women's Movement in Canada*, Toronto, Oxford University Press.
- AFEAS (ASSOCIATION FÉMININE D'ÉDUCATION ET D'ACTION SOCIALE) (1998). *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Recherche en matières de politiques, Condition féminine Canada.
- AGNEW, Vijay (1993). « Canadian Feminism and Women of Color », *Women's Studies International Forum*, 16 : 3, 217-227.
- ANDREW, Caroline (1998). « Les femmes et l'État-providence : Question revue et corrigée », *Politique et société*, 17 : 2, 171-182.
- ANDREW, Caroline, Lyne BOUCHARD, Françoise BOUDREAU, Linda CARDINAL, Diane FARMER, Michèle KÉRISIT et Denise LEMIRE (1997). *Les conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : un enjeu pour les femmes*, Ottawa.
- APPELBAUM, R., et P.PHILLIPS (1990). « Assuring the Quality of In-Home Care : the "Other" Challenge for Long Term Care », *The Gerontologist*, 30, 444-450.
- ARAT-KOC, Sedef (1992). « In the Privacy of our Own Home : Foreign Domestic Workers as Solution to the Crisis of the Domestic Sphere in Canada », dans M. Patricia CONNELLY and Pat ARMSTRONG (eds.), *Feminism in Action, Studies in Political Economy*, Toronto, Canadian Scholars' Press.
- ARMSTRONG, Pat et Hugh ARMSTRONG (1996). *Wasting Away, The Undermining of Canadian Health Care*, Don Mills, University Press.
- ARONSON, Jane (1986). « Care of the Frail Elderly, Whose Crisis? Whose Responsibility? », *Canadian Social Work Review - Revue canadienne de service social*, 45-86.
- ARONSON, Jane et Sheila NEYSMITH (1996). « 'You're not there to do the work', Depersonalizing Policies and the Exploitation of Home Care Worker's Labor », *Gender and Society*, 10 : 1, 59-77.
- ARONSON, Jane et Sheila NEYSMITH (1997). « The Retreat of the State and Long-Term Care Provision : Implications for Frail Elderly People, Unpaid Family Carers and Paid Home Care Workers », *Studies in Political Economy*, 53, 37-66.

- AUMOND, Maurice et Francine BEAULIEU (1994). « Les transformations dans les services à domicile en Ontario », *Service Social*, 43 : 1, 127-139.
- BAINES, Carol, Patricia M. EVANS et Sheila NEYSMITH (eds.) (1991). *Women's Caring, Feminist Perspectives on Social Welfare*, Toronto, McClelland & Stewart.
- BÉLAND, F et E. SHAPIRO (1993). « Dix provinces appellent de leurs vœux la même politique de services de longue durée », *Revue d'études canadiennes*, 28 : 1, 166-190.
- BONAMY, Bernadette (1997). *Les défis de la travailleuse familiale, Entre service social et services de proximité*. Toulouse, Érès.
- BURNONVILLE, Francine (1992). *Les femmes sont-elles allées trop loin? De la citoyenneté au pouvoir politique*, Montréal, Le jour Éditeur.
- CAUSSE, Lise, Christine FOURNIER et CHANTAL LABRUYÈRE (1998). *Les aides à domicile, des emplois en plein remue-ménage*, Paris, Syros.
- CHAPPELL, Neena (1993). « Technology and Aging », *Journal of Canadian Studies*, 28 : 1, 45-60.
- CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA (1999). *Le programme concernant les aides familiaux résidents*, Ottawa, Direction générale des affaires publiques.
- CLARKE, Tony (1996). « The Transnational Corporate Agenda Behind the Harris Regime » Diana RALPH, André RÉGIMBALD et Nérée ST-AMAND (eds.). *Open for Business, Closed to people*, Halifax, Fernwood Publishing.
- CODERRE, Cécile (1995). « Femmes et santé, en français s'il vous plaît », *Reflets*, 1 : 2, 38-71.
- CROFF, Brigitte (1994). *Seules. Genèse des emplois familiaux*, Paris, Métailié.
- DAGENAIS, Huguette (1987). « Méthodologie féministe et anthropologie : une alliance possible », *Anthropologie et Sociétés*, 11 : 1, 19-44.
- DEBER, R. et A. Paul WILLIAMS (1995). « Policy, Payment and Participation : Long-Term Care in Ontario », *Canadian Journal on Ageing-Revue canadienne du vieillissement*, 14 : 2, 294-318.
- DONOVAN, Rebecca (1989). « We Care for the Most Important People in your Life : Home Care Workers in New-York City », *Women's Studies Quarterly*, 1, 56-65.
- DUVAL, Michelle (1996). « Des emplois dévalorisés, des services appréciés. Aide domestique et maintien à domicile des personnes âgées », *Lien social et politiques - RIAC*, 36, 133-140.
- EICHLER, Margrit (1986). « Les six péchés capitaux sexistes », H. DAGENAIS (dir.) *Approches et méthodes de la recherche féministe*, Québec, GREMF.
- ESTES, Carroll L. et Elizabeth A. BINNEY (1991). « The Biomedicalization of Aging : Dangers and Dilemmas » dans de Meredith MINKLER et Caroll L. ESTES (eds.), *Critical Perspectives on Aging : The Political and Moral Economy of Growing Old*, Amytville, Baywood Publishing Company, Inc.
- FAVROT-LAURENS, Geneviève (1996). « Soins familiaux ou soins professionnels? La construction des catégories dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes », dans *Faire ou faire-faire, Familles et services*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 213-232.
- FINCH, Janet (1984). « Community Care : Developing Non-Sexist Alternatives », *Critical Social Policy*, 9, 6-18.
- FISHER, Berenice et Joan TRONTO (1990). « Towards a Feminist Theory of Caring », dans E. ABEL et M.K. NELSON (eds.) *Circles of Care, Work and Identity in Women's Lives*, New-York, State University of New York Press.
- GARANT, Louise et Mario BOLDUC (1990). *L'aide par les proches : mythes et réalité*, Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation.

- GEORGE, Usha (1998). « Caring and Women of Color : Living the Intersecting Oppressions of Race, Class and Gender », dans Carol T.BAINES, Patricia M.EVANS et Sheila NEYSMITH (eds.) *Women's Caring, Feminist Perspectives on Social Welfare*, 2nd edition, Toronto, Oxford University Press Canada.
- GLAZER, Nona Y. (1988). « Overlooked, Overworked, Women's Unpaid and Paid Work in the Health Services 'Cost Crisis' », *International Journal of Health Services*, 18 : 1, 119-137.
- GLAZER, Nona Y. (1990). « The Home as Workshop : Women as Amateur Nurses and Medical Care Providers », *Gender and Society*, 4 : 4, 479-499.
- GLOBE AND MAIL (1999). Letter, May, 5<sup>th</sup>, 1999, A 23.
- GOVERNEMENT DE L'ONTARIO (1998). « More Training to Improve Quality of Home Care Services », *Press Releases*, 16 novembre 1998.
- GRAHAM, Hilary (1991). The Concept of Caring in Feminist Research : the Case Old Domestic Service », *Sociology*, 25 : 1, 61-75.
- GRAHAM, Hilary (1993). « Social Divisions in Caring », *Women's Studies International Forum*, 16 : 5, 461-470.
- GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE SUR LES MÉTHODES QUALITATIVES (1997). *La méthodologie qualitative : diversité des champs et des pratiques de recherche au Québec*, Montréal, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.
- GUBERMAN, Nancy, Henru DORVIL et Pierre MAHEU (1987). « Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation », *La Commission Rochon, 1987, Rapport présenté à la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec.
- GUBERMAN, Nancy, Pierre MAHEU et Chantal MAILLÉ (1991). *Et si l'amour ne suffisait pas*, Montréal, Les éditions du remue-ménage.
- GUBERMAN, Nancy, Pierre MAHEU et Chantal MAILLÉ (1993). *Travail et soins aux proches dépendants*, Montréal, Les éditions du remue-ménage.
- HEYZER, Noeleen et Vivienne WEE (1995). « Domestic Workers in Transcient Overseas Employment », *Canadian Woman Studies*, 15 : 3, 98-203.
- HOOYMAN, Nancy et Judith GONYEA (1995). *Feminist Perspectives on Family Care, Policies for Gender Justice*, USA, Sage Publications.
- HUDSON, Kellie (1999). « Tories Support One-Tier Health Care », *The Globe and Mail*, 31 mars 1999, A9.
- JUTEAU, Danielle (1991). « De la fragmentation à l'unité : les formes multiples de l'oppression des femmes », *La Parole Mètèque*, 19, 40-41.
- KAPLAN DANIELS, Arlene (1987). « Invisible work », *Social Problems*, 34 : 5, 403-415.
- KITCHEN, Brigitte (1996). « 'Common Sense' Assaults on Families » dans D.RALPH, A. RÉGIMBALD et N. ST-AMAND (eds.) *Open for Business, Closed to People* Halifax, Fernwood Publishing.
- LEIRA, Arnlaug (1994). « Concepts of Caring : Loving, Thinking, and Doing », *Social Service Review*, 68 : 2, 185-201.
- LEMONDE, Manon et Johanne POMERLEAU (1996). « Restructuration des soins de santé : impact sur les personnes âgées en Ontario », *Reflets*, 2 : 2, 128-135.
- LESEMANN, Frédéric et Claude MARTIN (1993). *Les personnes âgées, dépendance, soins et solidarités familiales, comparaisons internationales*, Paris, Documentation française.

- LESEMANN, Frédéric et Daphné NAHMIASH (1993). « Logiques hospitalières et pratiques familiales des soins (Québec) », dans *Les personnes âgées, dépendance, soins et solidarités familiales, comparaisons internationales*, Frédéric LESEMANN et Claude MARTIN (dir.), Paris, Documentation française, v.496768, 155-170.
- LESEMANN, Frédéric et Pierre Joseph ULYSSE (1995). « Welfare, workfare et citoyenneté », *Lien social et politiques—RLAC*, 34, 55-62.
- MACKLING, Audrey (1999). Women as Migrants, Members in National and Global Communities, *Canadian Women Studies/Les cahiers de la femme*, 19 : 3, 24-32.
- MARTEL, Chantal (1996). « L'économie sociale et les femmes : garder l'oeil ouvert », *Interaction communautaire*, 38, 11-14.
- MARTIN, Claude (1996). « Solidarités familiales : débat scientifique, enjeu politique », dans Faire ou faire-faire? Familles et services, Jean-Claude KAUFMAN (dir.), Rennes, Presses universitaires de Rennes, chapitre 5.
- McWATT, Sue et Sheila NEYSMITH (1998). « Enter the Filipina Nanny : an Examination of Canada's Live-in Caregiver Policy », dans Carol BAINES, Patricia EVANS et Sheila NEYSMITH (eds.) *Women's Caring, Feminist Perspectives on Social Welfare*, Toronto, Oxford University Press.
- MORRIS, Marika, Jane ROBINSON et Janet SIMPSON et Sherry GALEY, Sandra KIRBY, Lise MARTIN, Martha MUZYCHKA (1999). *L'évolution des soins à domicile et la fragilité financière des femmes*, Condition féminine Canada.
- MURDOCK, Rebecca (1992). « Cross-Border Shopping for Domestic Labour », *Canadian Woman Studies-Les cahiers de la femme*, 12 : 4, 60-63.
- NEYSMITH, Sheila (1996). « Les soins à domicile et le travail des femmes : la force de l'habitude », *Lien social et politiques- RLAC*, 36, 141-150.
- NEYSMITH, Sheila et Jane ARONSON (1997). « Working Conditions in Home Care : Negotiating Race and Class Boundaries in Gendered Work », *International Journal of Health Services*, 27 : 3, 479-499.
- NG, Roxanna (1988). « Immigrant Women and Institutionalized Racism », dans Sandra BURT, Lorraine CODE et Lindsay DORNEY (eds.) *Changing Patterns, Women in Canada*, Toronto, McClelland and Stewart, 184-203.
- Ontario, Ministère de la Santé (1993). *Une meilleure santé pour l'Ontario : progrès dans les années 1990*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Ontario, Ministère de la Santé (1993a). *Les partenariats dans les soins de longue durée, Un nouveau moyen de planifier, d'administrer et d'offrir des services et du soutien communautaire*, Toronto, Imprimeur de la reine pour l'Ontario, septembre 1993.
- ONTARIO HEALTH COALITION (1998). *Home Care—The Care That's Not There*, Fact sheet # 8
- ONTARIO HEALTH COALITION (2000). Newsletter, May 2000.
- PICARD, André (1999). « Hard Wages : Why Workers don't Stay », *Globe and Mail*, 27 mars 1999, A8.
- RAPPORT DE L'ÉQUIPE DE PROJET SUR LE SUIVI DU PROGRAMME ONTARIO AU TRAVAIL (1999). *Dire les choses telles qu'elles sont : espoir et réalité, expériences de participants et de participantes au programme Ontario au travail*, Ottawa.
- ROGERS, Gayla et Elaine BOUEY (1993). « Reviewing the Literature » dans *Social Work Research and Evaluation*, 4<sup>ème</sup> éd., Ithaca, Peacock, 388-401.

- ROSENVALLON, Pierre (1981). *La crise de l'État-providence*, Seuil, Paris.
- SAILLANT, Francine (1991). « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion », *Recherches féministes*, 4 : 1, 11-29.
- SAILLANT, Francine (1992). « La part des femmes dans les soins de santé », *Lien social et politiques-RIAC*, 28, 95-106.
- SAILLANT, Francine (1994). « Femmes et soins dans la société post-moderne », *Philosophiques*, 2, 381-392.
- SCHMID, Hillel et Yeheskel HASENFELD (1993). « Organisational Dilemmas in the Provision of Home-Care Services » *Social Service Review*, 40-54.
- SERVICES SOCIAUX, OTTAWA-CARLETON (1998). *Soyez au courant*, Services sociaux, Ottawa-Carleton, automne 1998.
- SCHRAGGE, Éric (1997). *Workfare : Ideology for a New Under-Class*, Toronto, Garamond Press.
- SHAPIRO, EVELYN (1997). *The Cost of Privatization : a Case Study of Home Care in Manitoba*, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa.
- STRUTHERS, James (1995). « Can Workfare Work? Reflections from History », *The Caledon Institute of Social Policy*, Ottawa.
- WALLACE, Stephen P. (1990). « The No-Care Zone : Availability, Accessibility and Acceptability in Community-Based Long-Term Care », *The Gerontologist*, 30 : 2, 249-261.
- WILLIAMS, Allison M. (1996). « The Development of Ontario's Home Care Program : a Critical Geographical Analysis », *Social Science Medicine*, 42 : 6, 937-948.

## Notes

1. À l'instar de Leah (1995, in George 1998 : 70), nous optons pour le terme « femmes de couleur ». Comme le cite cette auteure, « it moves beyond skin colour and emphasizes a common experience of systemic discrimination. As such, the term captures the essence of being non-White and minority ».
2. De manière générale, le *care* s'identifie globalement aux soins, dans le sens de prendre soin et d'entourer une personne tout en répondant à ses besoins de base, comme l'aider à s'habiller et à se nourrir. Le *care*, pour sa part, est d'ordre médical et se réfère essentiellement au traitement et à la guérison de la maladie (Saillant 1992).
3. Les personnes assistées sociales se voient dans l'obligation de choisir entre une aide à l'emploi (ou aide à la recherche d'emploi structurée, éducation de base ou formation professionnelle liée à un emploi particulier), un placement dans un emploi rémunéré ou dans un travail indépendant ou un placement communautaire ( Services Sociaux, Ottawa-Carleton 1998).
4. Il ressort de l'étude menée par le Rapport de l'équipe de projet sur le suivi du programme *Ontario au travail* (1999) auprès de personnes vivant de l'aide sociale que ce programme présente de grandes lacunes. En effet, les participants et les participantes critiquent le manque d'accès à l'information claire et contestent l'uniformité dans l'application des règles. L'information manque non seulement au niveau du fonctionnement du programme *Ontario au travail*, mais aussi à celui des limites explicites qui devraient accompagner tout travail des soins à domicile. Ces facteurs ne sont pas sans avoir d'impact sur la qualité et sur la continuité qu'exige ce type de travail.