



Les aides-soignantes d'origine subsaharienne subissent discriminations et harcèlements

Ida Mougang et Altay Manço

© Une analyse de l'IRFAM – Liège, 2024 – n°10

La mobilité internationale est porteuse de développement social parce qu'elle peut contribuer à plus d'équilibre démographique et économique entre le nord et le sud de la planète, mais il serait illusoire de croire que cet arbitrage puisse advenir sans heurts (Chauzy, 2009). Bien des défis sont à rencontrer, notamment, au niveau des interactions entre locaux et immigrants, au sein des sociétés réceptrices de migrations, devenues de plus en plus multiculturelles.

La présente analyse a pour objectif d'interroger la position des aides-soignantes issues notamment de l'Afrique, venues contribuer au secteur des soins dans les pays du Nord, dont la population est vieillissante. À travers un survol des faits, elle présente, en particulier, les difficultés que ces migrantes rencontrent en termes de discrimination et de harcèlement dans l'exercice de leurs fonctions. Ces observations sont illustrées par des témoignages recueillis en 2024 auprès de quatorze aides-soignantes d'origine subsaharienne, actives à Bruxelles ou en Wallonie. Toutes ont évoqué des situations de discrimination dans leur carrière.

Des discriminations institutionnelles...

Selon le Monitoring socio-économique (2022), en Belgique, les femmes issues de l'immigration originaire du continent africain sont près de quatre fois surreprésentées dans le secteur des soins et de l'aide aux personnes par rapport à ce que leur poids démographique au sein de la population ne laisserait envisager. Cela montre à la fois leur force contributive à un secteur essentiel pour la population belge, mais aussi la puissance de l'ethnostratification qui règne au sein du marché du travail : cette dernière oriente les immigrées avec constance vers des postes de soins et d'entretien, pénibles, peu lucratifs et en tension, que d'autres personnes ne souhaitent pas occuper. Dans le secteur des soins en France, également, les soignantes immigrées et celles issues de l'immigration représentent près de la moitié du personnel total. Ainsi, les travailleuses originaires du continent africain sont à l'intersection d'une double discrimination à la fois genrée et raciale (Alcalà et Cook, 2018).

Ce positionnement doublement défavorable expose ces femmes à un stress permanent. Brathwaite (2018) analyse les discriminations systémiques subies par les soignantes racisées.

Ces ségrégations institutionnelles se traduisent, entre autres, par des affectations discriminatoires de tâches, des temps de travail partiels imposés, des horaires difficiles, d'autant plus que les soins doivent être prodigués jour et nuit, toute l'année, un barème défavorable, la non-reconnaissance des qualifications ou expérience, un accès rare aux formations continues, des sanctions disciplinaires plus sévères que les collègues blanches, pour des fautes similaires. Malgré leurs performances, seul un nombre restreint de soignantes subsahariennes atteignent des postes à responsabilité (Kleiner et Moser, 2011).

Ces différences de traitement constituent une partie notable des vécus de discriminations recueillis lors du sondage réalisé au premier semestre 2024.

« Certaines collègues passent beaucoup de temps à papoter avec les infirmiers, pendant que je me tue au travail » (aide-soignante 2).

« Lorsque je commettais une petite erreur, mes collègues blancs faisaient de ça un problème grave. Elles le disaient à la directrice. Mais lorsqu'il s'agissait d'elles, le problème était couvert » (aide-soignante 3).

Au travail on me donne plus de travail que mes collègues blanches. Je dois travailler doublement. Quand il faut rendre compte, je dois plus me justifier que mes collègues. Tous les jours on vit ça tu dois travailler triplement » (aide-soignante 6).

« On propose des contrats à ceux qui sont venus après toi, mais pas à toi » (aide-soignante 9).

Une recherche sur la culture du *care* dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées à Paris a mis en exergue les traitements condescendants de certains responsables sur le personnel issus de l'immigration. L'intolérance et le manque de respect règnent

souvent au sein des équipes et constituent une discrimination institutionnelle : le fait pour certains collègues de simuler les langues à intonation subsaharienne, le tutoiement allant de soi et d'autres moqueries signent ce traitement irrespectueux (Molinier, 2023).

« Ça ne se passait pas bien avec les collègues qui me surchargeaient de travail, me lançaient des paroles blessantes alors que je faisais presque le triple de leur travail. Certains résidents se montraient aussi racistes et malpolis. » (aide-soignante 1).

Une autre forme de discrimination est le « *mobbing* ». Cela se traduit, entre autres, par l'ostracisation d'une soignante ou d'un groupe d'origine étrangère lors des communications destinées à tous, de réunions de travail ou de pauses. Le dénigrement d'une collègue, de ses faits et paroles devant des patients ou d'autres travailleurs est aussi du *mobbing*.

« J'étais la seule Noire, il y avait des Arabes et des Européens. Une dame me disait tout le temps : ah non, il faut changer de blouses de temps en temps, parce que vous les Africains vous transpirez, vous mangez épicé ! » (aide-soignante 10).

« Même ici dans le milieu des aides-soignants où je travaille, il y a des choses. Lorsqu'une revendication est faite par quelqu'un qui a une couleur de peau acceptable, ça passe. Quand c'est fait par des personnes de couleur ça prend du temps, il faut avoir un background suffisant pour argumenter. Généralement, ce sont des demandes formulées au profit des résidents, des personnes âgées, mais pourquoi le traitement est différent. » (aide-soignante 11)

Les conditions pénibles dans lesquelles exercent les aides-soignantes, essentiellement noires et arabes, n'interpellent pas les hiérarchies : ces subalternes sont considérées comme étant « naturellement habituées » aux

corvées : on assiste ainsi à une banalisation du racisme et du sexisme dans le contexte gériatrique, selon Soares (2013). La passivité institutionnelle en ce domaine fragilise la position des aides-soignantes immigrées, obligées de considérer ces préjugés dégradants comme une dimension de leur travail.

Pour Cagnet (2004) ces constats répétitifs relèvent bien du racisme structurel touchant les milieux de travail. Ils participent à l'instauration de l'iniquité dans l'organisation et le secteur des soins, à travers la mise en place de procédures et de traitements discriminatoires. Le racisme, récusé dans les discours officiels, s'opérationnalise dans l'action par des procédures discriminatoires directes et indirectes.

Des observations réalisées en Suisse, dans les registres judiciaires, montrent que le non-respect des droits des travailleurs et travailleuses et le traitement inégal des personnes d'origine étrangère touchent de manière modale les personnes subsahariennes et celles originaires de pays arabophones (Kleiner et Moser, 2011 ; Pétreumont et coll., 2017), sachant que pour une situation judiciairisée, beaucoup d'autres restent invisibles.

... à un quotidien de discriminées

Des témoignages de travailleuses laissent également entendre qu'elles vivent, au quotidien, un harcèlement raciste de la part de leurs supérieurs et collègues, voire de la part des personnes soignées. Les propos racistes tenus envers les soignantes racisées par leurs collègues les stigmatisent comme lentes, paresseuses, peu réfléchies, peu compétentes, voire enclines à voler.

L'insensibilité des employeurs face à ces propos racistes est notée (Beard et coll., 2020). L'indifférence dont ces discriminations font l'objet au niveau de la hiérarchie participe à aggraver le préjudice subi dans le système institutionnel. Les soignantes n'ont quasiment pas d'autres choix que d'apprendre à gérer elles-mêmes ces faits quotidiens, à l'aune d'une épreuve émotionnelle (Soares, 2013).

L'isolement et le sentiment de solitude accentuent la pénibilité tant du travail presté que de l'inimitié endurée : *« Il y a tellement de situations qui m'ont marquée jusqu'à présent. J'ignore et ne me laisse pas influencer par ces actes de discriminations. Je m'efforce à me mettre à fond au travail, en considérant que je suis seule » (aide-soignante 1).*

Il est remarquable de constater que les préjugés racistes envers les aides-soignantes subsahariennes sont aussi présents au sein des cohortes d'étudiantes, en amont de la vie professionnelle. Le travail de Geignard (2012) met en exergue le racisme que subissent les élèves aides-soignantes noires de la part de leurs condisciples à l'école et en stage. L'auteure documente la façon de juger les élèves subsahariennes en fonction de stéréotypes dont elles tentent de se dégager. Ces apprenantes sont considérées par leurs camarades de classe comme nonchalantes, négligentes, manquant d'hygiène ou susceptibles d'avoir une maladie contagieuse : autant de clichés qui polluent la perception de ces élèves et les poursuivent dans leur vie professionnelle. Ces évocations sont très nombreuses dans les souvenirs de nos témoins.

« C'est flagrant même au niveau de l'école. Lorsqu'on nous demande de former des groupes de travail, les étudiantes européennes ont toujours tendance à nous isoler et préfèrent former des groupes entre elles » (aide-soignante 1).

« Les discriminations, je les ai vécues quotidiennement dans mes lieux de stages : certains chefs attribuent parfois des notes en fonction de la couleur de peau ! » (aide-soignante 2).

« Certains professeurs sont ouvertement racistes ! Elle donne une petite évaluation en classe. Des condisciples vont la voir, elle leur explique. Mais lorsque c'est moi, elle me repousse en disant : Ah non ! On a corrigé en classe. (...) Cela m'a vraiment frustrée. Je n'allais plus lui poser des questions, après plusieurs fois comme ça. Juste derrière moi elle acceptait mes collègues blanches » (aide-soignante 3).

« Il y a des profs qui privilégient certains parce qu'ils sont blancs. Quel que soit le travail note leurs notes sont plus élevées, ça nous affecte. » (aide-soignante 5).

« Au stage, il y avait un groupe d'aides-soignantes blanches qui traitaient les stagiaires noires d'idiotes. En salle de pause, elles s'asseyaient loin de nous, parlaient en nous pointant. Elles disaient : elles ne savent pas faire le travail. (...) Un jour j'en avais marre et je suis allée me plaindre à la direction. La directrice les a convoqués, depuis ce jour elles ont arrêté de nous traiter d'idiotes, du moins en face de nous » (aide-soignante 5).

D'autres recherches font état de faits perpétrés par des personnes soignées qui refusent les traitements fournis par des soignantes racisées en invoquant leurs réticences personnelles, implicitement ou explicitement xénophobes, quant à leurs qualification, habileté ou expérience (Brathwaite, 2018). Une étude suisse détaille le harcèlement que subissent les soignantes d'origine étrangère dans leurs interactions avec les patients et patientes : insultes, dénigrement, violences physiques, évitement (Pétreumont et coll., 2017).

« C'était une résidente belge qui a totalement refusé que les soignants noirs s'occupent d'elle. Elle avait réellement du mal avec les personnes noires. Elle refusait énergétiquement. Elle n'acceptait de recevoir des soins que des soignants blancs » (aide-soignante 4).

Si des travaux réalisés en France lient l'intensité et la fréquence de ces actes de violence aux dégénérescences associées au grand âge dont souffrent un taux élevé des personnes résidentes de centres gériatriques (Pardiri, 2013), le contexte de soins, relevant de la sphère de l'intime, peut crispier ces attitudes avec une intensité singulière. L'environnement du travail de soin concentre, de fait, plusieurs éléments qui peuvent attiser la violence. Des études belges appréhendent les agressions que subissent les aides-soignantes en milieu gériatrique comme une conséquence de l'enfermement et de la dépossession dans lesquels se retrouvent les résidents. En effet, les maisons de repos renvoient à un espace clos et supposent que ceux qui y résident sont des individus isolés du reste de la société. Ces résidences sont en même temps un espace de dépersonnalisation dans la mesure où les pensionnaires (en fin de vie) se voient souvent dépossédés de leurs libertés, biens, habitudes, repères, réseaux, environnements d'antan et rendus dépendants du personnel (Bastien et Rick, 2008).

Toutefois, ces frustrations profondes ne peuvent expliquer le caractère spécifiquement raciste des comportements inadéquats, bien que les différences culturelles et générationnelles entre soignants et soignés peuvent être liées à des représentations divergentes du monde (colonialisme vs décolonialisme) : *« Il y a les patients qui nous insultent, ils nous traitent de sales nègres, ils nous disent de rentrer chez nous » (aide-soignante 6).*

Enfin, il est possible également que les actes racistes ne reçoivent pas la même réaction que d'autres actes préjudiciables, de la part de l'institution et/ou de la famille du résident auteur, et ne réconfortent pas autant le personnel immigré que d'autres victimes.

Conséquences des discriminations

Au Québec, des travailleurs, chercheurs, syndicalistes et responsables associatifs du domaine des soins présentent les discriminations subies en silence, aussi bien par des patients que par des soignants issus des minorités visibles, dans les hôpitaux et établissements d'hébergement pour personnes âgées, comme un problème de santé publique (Danda et coll., 2022). Ces traitements constituent pour les victimes une source d'hypervigilance et d'épuisement.

Ils renforcent la précarité des conditions de travail des soignants discriminés. Les discriminations affectent la santé physique et psychique des victimes. De nombreuses aides-soignantes discriminées souffrent de stress et de diverses pathologies comme l'hypertension, la dépression ou l'anxiété. Les violences subies provoquent également de la démotivation parmi les aides-soignantes racisées : taux d'absentéisme élevé, maladies fréquentes et longue durée, démissions et abandons de poste. La démotivation affecte encore la productivité ou la qualité des prestations. Elles peuvent aussi, parfois, entraîner en réaction un « contre-racisme », le mépris et le non-respect des soignés.

« Dans le milieu des soins, des histoires de discrimination, tu en verras ! J'ai pleuré plusieurs fois parce que c'était dur. Mais je n'y peux rien, c'est là. Je ne l'avais jamais vécu

avant mon arrivée en Belgique. Je ne pouvais pas imaginer que c'était à ce point (pleurs). Dans mon pays, c'est vrai, il y a parfois des petites piques entre les différentes tribus, mais c'est insignifiant puisque ça ne va pas loin. Ici en plus de subir le stress d'être loin de ma famille, cet aspect de discrimination raciale devient le couteau qu'on remue dans une plaie. C'est dur ! » (aide-soignante 1).

Vers une stratégie contre les discriminations

Les études menées sur les vécus des aides-soignantes racisées dans un contexte hostile identifient plusieurs stratégies pour lutter, endurer et continuer à exercer son métier.

La normalisation de la situation est une stratégie de gestion du racisme. Cela passe par un travail émotionnel et conduit à accepter, dans un premier temps, cette violence comme une dimension du *care*. Les agresseurs (soignés, certains collègues) sont identifiés par leurs vulnérabilités, cause probable de leur comportement déviant. L'humour permet également aux soignantes visées d'installer une distance avec les insultes et autres sarcasmes subis (Soares, 2000 ; Sahraoui, 2018 ; De Sousa et Varcoe, 2022). Cette stratégie apparaît comme la plus courante dans les témoignages.

« Concernant le racisme (...), j'ai été prévenue dès mon arrivée par mes amies : attends-toi à le vivre. Et si tu te retrouves face à un cas de racisme ignore, passe ton chemin. Défends-toi, mais sans agir contre la loi. C'est-à-dire sans te battre, sans insulter » (aide-soignante 3).

Les discriminations, on les vit, mais on ne peut pas faire de cela une plainte au quotidien. Il faut être capable de les surmonter, ne pas s'y focaliser » (aide-soignante 7).

« Oui, cela ne manque pas, mais je ne les considère pas comme quelque chose de grave, j'en ai subi avec des professeurs dès ma formation. Dans les maisons de repos, je reçois de temps en temps les insultes des résidents, mais je les mets sur l'âge parce que nombreux ont des problèmes psychologiques » (aide-soignante 13).

« Il faut rester concentrée sur leurs objectifs. Ne pas s'en tenir à la discrimination, mais d'effectuer le travail pour le mieux » (aide-soignante 14).

Dans un deuxième temps, l'alliance entre soignantes agressées est un moyen de renforcement collectif, afin de faire face à la virulence raciste (Pardiri, 2013). Les victimes échangent sur les faits subis, débriefent, mais aussi rient du caractère saugrenu de ces incidents qui renseignent surtout sur les faiblesses de leurs auteurs. C'est une façon pour les victimes de se défouler et d'extirper la charge émotionnelle négative. Il s'agit également d'éviter le risque 'de voir du racisme partout' et de vérifier si les incidents ne peuvent pas s'expliquer par d'autres motifs.

« Heureusement, il y avait le chef infirmier, un néerlandophone, il voyait que j'étais discriminée et il me défendait en disant que je travaillais bien. Cette remarque me donnait du courage. J'ai dû garder mon sang-froid et me focaliser sur mon travail » (aide-soignante 10).

Bien qu'apprécié comme salubre par les victimes issues des minorités, le rapprochement comme stratégie protectrice est parfois perçu par les membres de la majorité comme une isolation 'communautaire'. Par ailleurs, à brève échéance, la solidarité entre victimes doit rallier le soutien de tierces personnes, au risque de verser dans une résignation pragmatique qui inculque aux victimes qu'il faut s'adapter aux violences pour conserver son emploi, c'est-à-dire son

autonomie, ainsi que celle de sa famille (Gaignard, 2012).

Enfin, la troisième étape de la défense est d'élargir l'alliance entre victimes vers des personnes de confiance ou d'autres groupes capables d'entendre et de relayer leur voix, comme certains collègues ou membres de la hiérarchie, ou encore certaines familles de résidents, voire plus largement la délégation syndicale, des personnes-relais, des associations antiracistes ou d'éducation permanente, ou encore des instances juridiques pouvant jouer un rôle de médiation, dans l'intérêt non seulement des victimes, mais aussi des personnes soignées et des établissements de soins qui sont tous intéressés par la qualité du vivre-ensemble et des services prodigués.

« Au niveau du recrutement, il y a le manque de personnel, on embauche facilement, mais pour avoir un contrat à durée indéterminée, parfois c'est le problème. Tu es là depuis longtemps, quelqu'un arrive quelque temps après toi, on lui donne un CDI alors que toi l'ancien tu as un contrat à durée déterminée. Une directrice m'a carrément dit : je donne le CDI au collègue belge parce qu'il faut encourager les autochtones qui ont le courage de s'aventurer dans ce métier. J'étais choquée et je suis partie de là. Elle m'a rappelée plusieurs fois, j'ai refusé de retourner dans cette maison parce que je me suis sentie exploitée » (aide-soignante 12).

« Il faut des personnes en charge des plaintes sur des questions de discriminations dans les maisons de repos. Que ces personnes écoutent les plaintes et gardent l'anonymat. Il faut qu'elles punissent pour limiter de tels agissements » (aide-soignante 2).

« L'État doit être regardant, en envoyant des agents de contrôle (...). Que le syndicat regarde pour le mieux » (aide-soignante 14).

À ce niveau, à l'image du projet Hospitalité mené par l'IRFAM et ses partenaires, il convient de susciter, au sein des institutions de soins vivant des difficultés, des interventions visant la prévention du racisme et la valorisation de la diversité.

Ces activités peuvent comprendre des séances d'information du personnel, des responsables, des résidents et de leurs familles, le développement d'outils de sensibilisation, des débats, l'organisation régulière d'événements facilitant le dialogue et la solidarisation entre

parties prenantes, ainsi que l'évaluation, le pilotage et la dissémination de ces diverses mesures.

Bibliographie

- Alcalà H. et Cook D. (2018), « Racial discrimination in Health care and utilization of Health care : a cross-sectional study of California Adults, *Journal of General Internal Medicine*, v. 33, n° 10, p. 1760-1767.
- Bastien C. et Rick O. (2008), « La spatialisation de la violence symbolique en maison de retraite », *Actes du colloque « Espaces d'enfermement, espace clos »*, Bordeaux : Cahiers Ades, p. 89-98
- Beard J. et coll. (2020), « Racism and the diversity policy paradox : implications for nurse », *Nursing Economy*, v. 38, n° 4, p. 176-178.
- Berthoud C. (2012), *Déqualifiés! Le potentiel inexploité des migrantes et des migrants en Suisse. Analyse, portraits et recommandations*, Berne : Croix-Rouge suisse.
- Brathwaite W. (2018), « Black Asian and Minority ethnic female nurses : colonialism, power and racism », *British Journal of Nursing*, v. 27, n° 5, p. 254-258.
- Chauzy J. P. (2009), « Les défis à relever dans une économie mondiale en mutation », *Migrations société*, n° 121, p. 127-139.
- Cognet M. (2004), « Quand l'infirmière est noire. Les soins de santé dans un contexte raciste », *Face à face*, n° 6.
- De Sousa I. et Varcoe C. (2022), « Centring Black feminist thought in nursing praxis », *Nursing inquiry*, v. 29, n° 1.
- Gaignard L. (2012), « Le vécu du racisme. Une étude de psychodynamique du travail auprès d'élèves aides-soignantes », Fassin D. (éd.), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris : La Découverte, p. 543-563.
- Kleiner M. et Moser C. (2011), *Promouvoir la diversité culturelle prévenir la discrimination raciale. Guide pratique à l'usage des cadres dirigeants et du personnel des institutions du système de santé*, Berne : Croix-Rouge suisse.
- Molinier P. (2023), « Care = ! Travail », Palier B. (éd.), *Que sait-on du travail*, Paris : Presses de Sciences Po, p. 498-511.
- Pardiri B. (2013), *Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides-médico-psychologiques et auxiliaires de la vie sociale*, Paris : Défi Métiers.
- Pétreumont M.-E. et coll. (2017), *États des lieux du racisme anti-noir en Suisse*, Lausanne : Service de lutte contre le racisme.
- Sahraoui N. (2018), « Le racisme au quotidien : comprendre le vécu du soignant dans le secteur privé des soins aux personnes âgées », *Les Mondes du travail*, n° 21, p. 31-46.
- Soares A. (2013), « Au cœur des services : les larmes au travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, v. 2, n° 2.