



UMR 7032

URMIS

Unité de recherche
migrations et société

Les syndicats et le racisme dans le secteur de la Santé

Christian Poiret

avec la collaboration de Véronique De Rudder
et de Simona Tersigni

Programme de recherche européen RITU (Ve PCRD)
*Racial and ethnic minorities, immigration and the role of trade unions in
combating discrimination and xenophobia*

Décembre 2005

AVANT-PROPOS

Ce rapport est issu d'un programme européen dans le cadre duquel des équipes de recherche de cinq pays (Belgique, Bulgarie, Italie, France et Royaume-Uni) ont mené une enquête comparative sur le racisme et sur la place des travailleurs "minoritaires" (migrants, descendants de migrants, minorités nationales) dans le domaine du travail et de l'emploi, ainsi que sur la manière dont les organisations syndicales traitent de ces questions. Durant trois ans, elles ont donc recueilli les expériences de travailleurs et de syndicalistes, de la base au sommet, quant au racisme, aux discriminations et à la prise en considération d'éventuelles revendications spécifiques des travailleurs minoritaires, dans différents secteurs d'activité économique.

Pour cette enquête dans le secteur de la Santé, nous avons suivi, dans la durée, les activités de différentes instances syndicales (réunions internes, sessions de formation, meeting, manifestations...) et nous avons procédé à une trentaine d'entretiens de recherche approfondis avec des personnels de santé (des cadres supérieurs aux agents hospitaliers), non-syndiqués et syndiqués (des responsables de fédération syndicales aux adhérents de base).

L'un des objectifs de cette recherche était aussi de travailler à l'analyse du discours des « discriminables », c'est-à-dire des minoritaires victimes réelles ou potentielles de racisme. Cette analyse est rarement menée et l'on sait que les protestations contre des propos ou des comportements ressentis par ceux qu'ils visent comme discriminatoires, injurieux ou méprisants, et a fortiori contre des mécanismes aveugles d'exclusion ou d'infériorisation (discriminations indirectes), sont très souvent discréditées. Elles sont même fréquemment rejetées avant tout examen en renvoyant sur le plaignant un soupçon d'« hypersensibilité », d'« exagération », voire une accusation de « tendance paranoïaque ».

Nous avons considéré, tout au contraire, que les récits d'expériences personnelles de racisme ont valeur de savoir sur le racisme. Les victimes, en effet, ont une connaissance intime des comportements et attitudes négatifs à leur endroit. Elles ont élaboré des critères de reconnaissance (ce qui relève ou non du racisme, ce qui est injuste...), d'évaluation (ce qui est ou non acceptable ou tolérable) et des stratégies d'affrontement ou d'évitement qui varient en fonction des contextes : le milieu professionnel (supérieurs, subordonnés, collègues...), les espaces publics (les transports en commun, la rue...), les relations avec les institutions, les administrations ou encore les échanges commerciaux...

Le recueil de ces récits d'expérience n'a pas seulement valeur méthodologique. Leur analyse permet de dépasser le niveau subjectif dans lequel on confine systématiquement la parole des dominés. Au-delà du « témoignage » individuel et même des appréciations personnelles sur le racisme ou sur le degré de racisme engagé dans les situations rapportées, elle offre la possibilité de repérer ce que Philomena Essed¹ appelle des « *scenarii* du racisme », c'est-à-dire des déroulements typiques d'interactions en fonction des contextes et des situations. Elle permet aussi de mieux connaître les stratégies de résistance ou de lutte des racisés impliqués dans ces interactions.

Nous nous sommes donc intéressés, dans le secteur de la Santé comme dans les autres, aux expériences des « discriminables » dans les établissements eux-mêmes et à l'intérieur des organisations syndicales.

¹ Cf. ESSED Philomena (1995 [1991]) *Understanding Everyday Racism. An interdisciplinary Theory*, London, Sage Publications, 321 p.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| 1. CARACTÉRISTIQUES DU SECTEUR DE LA SANTÉ. | 4 |
| 1.1. Les établissements de santé | 4 |
| 1.1.1. La structuration du secteur des établissements de santé | 4 |
| 1.1.2. L'emploi dans les établissements de santé | 6 |
| 1.1.3. Conditions de travail et de rémunération | 8 |
| 1.2. Les évolutions en cours dans le secteur de la santé | 11 |
| 1.2.1. Restructuration et « nouvelle gouvernance | 11 |
| 1.2.2. La sous-traitance dans les établissements de santé | 12 |
| 1.3. Santé et culture de métier | 13 |
| | |
| 2. LES TRAVAILLEURS MINORITAIRES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ | 15 |
| 2.1. La discrimination légale : la clause de nationalité dans la fonction publique hospitalière | 15 |
| 2.2. Les médecins à diplôme non-européen | 16 |
| 2.3. Les originaires d'Outremer dans le secteur de la santé | 17 |
| | |
| 3. LES SYNDICATS DANS LA SANTÉ PUBLIQUE. | 19 |
| 3.1. Le syndicalisme dans les établissements publics de santé : organes et fonctionnement | 19 |
| 3.2. Les syndicats et la question du racisme et des discriminations dans le secteur de la santé | 21 |
| 3.2.1 Un milieu professionnel qui se pense relativement hors du racisme | 21 |
| 3.2.2 la relation soignés-soignants | 22 |
| 3.2.3. La relation soignants-soignés | 23 |
| 3.2.4 Des relations où le racisme est difficile à décrypter | 24 |
| 3.2.5 Les relations entre les personnels | 25 |
| 3.2.6 Le racisme institutionnel | 25 |
| 3.2.7 Au niveau national, des organisations syndicales peu sollicitées | 27 |
| 3.2.8 Une absence de revendications spécifiques | 28 |
| 3.3. Les minoritaires au sein des organisations syndicales | 29 |
| 3.3.1 L'accès aux responsabilités et la représentation des minoritaires | 29 |
| 3.3.2 L'absence de formes d'organisation autonome des minoritaires | 31 |
| 3.4 Les originaires d'Outre-mer et les organisations syndicales | 32 |
| 3.4.1 Les originaires d'Outre-mer dans la CGT | 32 |
| 3.5. La gestion du racisme dans les organisations syndicales | 34 |
| 3.6 Les limites de l'analyse syndicale du racisme et leurs conséquences | 36 |
| | |
| 4. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE DE CAS : | |
| L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS (AP-HP) | 38 |
| 4.1 Les évolutions en cours à l'AP-HP | 38 |
| 4.1.1 Les travailleurs minoritaires à l'AP-HP : le poids des originaires d'Outre-mer | 39 |
| 4.1.2. Des droits spécifiques : un enjeu considérable | 40 |
| 4.1.3. Les syndicats à l'AP-HP | 42 |
| 4.2. Les politiques de recrutement des personnels. | 43 |
| 4.2.1. Précarisation et double marché du travail | 44 |
| 4.2.2 La « discrimination aux congés bonifiés » à l'embauche | 46 |
| 4.2.3. Un recrutement ethno-stratifié | 48 |
| 4.3. Les relations interethniques à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) | 50 |
| 4.3.1. Affectation des personnels, répartition des tâches et question de la mobilité interne | 50 |
| 4.3.2. Évolution de carrière et promotion professionnelle | 57 |
| 4.3.3. La gestion quotidienne des personnels | 67 |
| 4.4. Des rapports de type clientéliste | 69 |
| | |
| 5. RÉSISTANCE ET LUTTE DANS UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL FAVORABLE AUX DISCRIMINATIONS | 73 |
| 5.1. Les originaires d'Outre-mer dans les organisations syndicales | 73 |
| 5.1.1. La participation des agents minoritaires | 73 |
| 5.1.2. L'accès des minoritaires aux responsabilités syndicales | 76 |
| 5.2. La résistance | 78 |
| | |
| 6. RECOMMANDATIONS | 80 |

1. CARACTÉRISTIQUES DU SECTEUR DE LA SANTE.

Le secteur sanitaire est une composante majeure de l'économie française : en 2002, les dépenses nationales de santé se montaient à 148 milliards d'euros, soit 9,7% du PIB français²; au 1^{er} janvier 2003, les professions de santé employaient plus d'1,8 millions de personnes³ soit l'équivalent d'environ 1,6 millions d'emplois à temps plein.

Cette branche d'activité se caractérise par sa complexité, tant du point de vue de son champ d'intervention que de la nature des opérateurs qui y interviennent. En effet, si la loi distingue le sanitaire - qui regroupe les structures de soin - et les institutions sociales et médico-sociales - qui ont une fonction d'accompagnement et d'accueil des publics en difficulté - dans les faits, la frontière entre les différents champs d'intervention n'est pas toujours évidente. Ainsi, par exemple, plus de 250 000 personnels de Santé travaillent dans des structures relevant du social ou du médico-social. C'est pourquoi la plupart des organisations syndicales (CGT, CFDT, SUD notamment) se sont dotées de structures fédérales communes aux syndicats de salariés de la santé, du social et du médico-social — secteurs qui relèvent de la même tutelle ministérielle. Dans chacun de ces trois domaines où interviennent des personnels de santé, on trouve des opérateurs publics (de différents statuts) et privés, à but lucratif (établissement et services à caractère commercial, professions libérales) et à but non-lucratifs (association, ONG, établissement mutualistes...). Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes limités au seul secteur de la santé, tel qu'il est défini par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, en nous intéressant plus précisément aux établissements hospitaliers.

1.1. Les établissements de santé

1.1.1 La structuration du secteur des établissements de santé

En France, c'est la loi qui définit le champ d'intervention des structures de soin : loi de 1941 qui affirme les prérogatives de l'État en matière d'orientation hospitalière ; ordonnance de 1958, créant les Centres Hospitaliers Universitaires pour intégrer l'enseignant médical aux hôpitaux ; loi de planification sanitaire et d'encadrement des dépenses en 1970 ; loi de 1975 délimitant les champs de compétence du sanitaire et du social ; loi hospitalière de 1991 qui réaffirme le principe d'égalité de chacun dans l'accès aux soins et renforce la planification hospitalière en créant des schémas régionaux d'organisation sanitaire afin d'organiser la complémentarité entre hôpitaux et clinique privé ; ordonnance de 1996 renforçant la régionalisation de l'organisation de la santé avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation ; ordonnance de 2003 qui régionalise la planification de l'offre de soins.

Au total c'est tout un ensemble de textes législatifs et réglementaires qui organise la cohabitation entre les trois grands types d'établissements qui varient selon leur statut juridique, leur mode de financement, leurs missions et le statut de leurs personnels.

1/ Les établissements publics : constitués d'un millier d'entités juridiques⁴, disposant de plus de 300 000 lits d'hospitalisation à temps complet et d'environ 30 000 places en

² Source, Insee. *La France en Bref*.

³ Source Ministère de la santé et de la protection sociale, DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004*, p.194.

⁴ Jusqu'à une période récente, les systèmes d'information hospitaliers n'interrogeaient que les entités juridiques du secteur public. Or celles-ci peuvent regrouper plusieurs établissements comme c'est le cas de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris qui regroupe 38 hôpitaux ou groupes hospitaliers. Nous ne disposons donc pas de données précises sur le nombre d'établissements publics hospitaliers.

hospitalisation à temps partiel⁵ et financés pour l'essentiel par une dotation globale versée par les régimes d'assurance sociale. On peut distinguer trois sortes d'établissements publics organisés selon une hiérarchie des missions qui structure l'offre de soin :

- les Centres hospitaliers régionaux (CHR) qui, outre leur mission d'enseignement universitaire et de recherche, assurent les soins les plus spécialisés à l'échelle régionale et les soins courants de proximité ;
- les hôpitaux locaux, qui n'ont ni service de chirurgie, ni service d'obstétrique, et qui dispensent des soins courants en faisant appel aux services de médecins généralistes libéraux ;
- les centres hospitaliers qui n'entrent dans aucune des deux catégories précédentes.

2/ Les 923 établissements privés à but non-lucratif : comme les précédents, ils participent pour la plupart, au service public hospitalier. Disposant de 68 000 lits et 9 000 places, financés par une dotation globale, ils proviennent généralement de l'initiative d'associations caritatives (comme la Croix Rouge par exemple) ou du secteur mutualiste.

3/ A ces deux catégories s'ajoutent 1 136 établissements privés à but lucratif, regroupant 93 000 lits et 8 700 places, financés par un système de paiement mixte qui combine des prix de journées et des paiements à l'acte.

Depuis une dizaine d'années, le nombre d'établissements hospitaliers décroît, essentiellement dans le privé lucratif dont les effectifs ont baissé de 300 unités entre 1992 et 2002. Ce recul indique un mouvement de restructuration du secteur sanitaire lié à la réduction du nombre et de la durée des séjours à l'hôpital, en raison des progrès techniques, de la diversification de l'offre de soin (avec en particulier un développement de l'hospitalisation à domicile) et des contraintes budgétaires du secteur. Ce mouvement de restructuration s'accompagne d'un renforcement de la spécialisation des différents secteurs hospitaliers : « En 2002, les cliniques [privé lucratif] détiennent ainsi 73% des places en chirurgie ambulatoire (...). Les hôpitaux privés non lucratifs regroupent plus de la moitié des capacités de l'hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation, et 18% en psychiatrie. Les hôpitaux publics occupent, quant à eux, une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine, gynécologie-obstétrique et en psychiatrie. » (DREES, 2005, p.214) Cette répartition des spécialités reflète aussi un investissement massif des secteurs et des clientèles les plus rentables de la Santé par les cliniques privées, les autres missions étant laissées en grande majorité au seul service public. Ainsi les délais d'attente pour les interventions non urgentes, parfois fort longs dans les établissements publics, peuvent-ils être raccourcis grâce au recours à l'hospitalisation privée... à condition de pouvoir payer, ou faire payer par ses assurances, des dépassements d'honoraires médicaux et un doublement, voire un triplement, du forfait hospitalier.

⁵ Les établissements publics de santé offrent cinq grands modes de prise en charge (DREES, 2005, p215-216) :

- l'hospitalisation à temps complet qui suppose que le patient est hébergé à l'hôpital et qu'il y passe au moins une nuit.
- Les alternatives à l'hospitalisation renvoient à des formes de prise en charge des patients ne dépassant pas la journée ou la nuit (hospitalisation à temps partiel ; anesthésie et chirurgie ambulatoires qui permettent au patient de rentrer chez lui le jour même de l'acte ; hospitalisation à domicile).
- Les traitements et cures ambulatoires, nécessitant un équipement spécialisé et généralement organisés en séquences d'une demi-journée (radiothérapies, dialyses...)
- Les consultations externes dispensées par des personnels médicaux généralistes ou spécialistes, dans les locaux de l'hôpital ou de la clinique.
- Les urgences qui accueillent, orientent et traitent 24 heures sur 24, les demandes de soins non-programmées.

1.1.2. L'emploi dans les établissements de santé

La disparité de statuts des établissements se traduit aussi par une diversité de conventions collectives et de statuts des personnels des établissements de santé. Le secteur privé lucratif relève d'une convention collective unifiée depuis 2002. Dans le secteur privé non-lucratif, la plupart des établissements dépendent de trois conventions collectives principales : celle des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non-lucratif ; celle des centres de lutte contre le cancer ; celle de la Croix-Rouge française.

Les personnels salariés des établissements publics relèvent pour la plupart du statut de la Fonction publique hospitalière qui comporte une clause de nationalité réservant les emplois titulaires aux ressortissants des pays de l'Union Européenne.

Le secteur hospitalier a connu de profondes transformations au cours de la seconde moitié du XXe siècle. Sous l'impulsion de l'État, à partir des années 1940 et grâce à la création de la Sécurité sociale à la Libération, l'hôpital-hospice, qui recueillait les classes populaires alors que les classes aisées s'orientaient vers les cliniques privées, a commencé un processus de modernisation. Celui-ci s'est accéléré à partir des années 1970, entraînant une très forte croissance des professions de santé hospitalière : « 9 082 médecins et 55 000 infirmières salariés en 1965, respectivement 56 500 et 179 000 en 2002.⁶ »

Selon les *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004* publiées par le Ministère de la Santé, en 2002, les établissements de santé, tous statuts confondus, employaient 160 332 personnels médicaux (médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens) exerçant à titre salarié ou libéral et 911 000 personnels non-médicaux salariés.

Si les effectifs médicaux n'ont augmenté que de 0,9% entre 2001 et 2002, les effectifs non-médicaux se sont accrus de 2,2% sur la même période (et de 2,6% dans les établissements publics) prolongeant une croissance très soutenue depuis le début des années 1970. Ainsi, entre 1998 et 2002, le nombre d'infirmiers a augmenté de 10,7% en équivalents temps pleins, les aides-soignants de 8% et les agents de services hospitaliers de 3,4%. L'emploi salarié dans les établissements de santé continue donc à croître et ce mouvement devrait se poursuivre dans un contexte d'accroissement des pathologies chroniques et de vieillissement de la population globale.

Effectifs des personnels non-médicaux des établissements de Santé en équivalents temps pleins

| 2002 | Établissements Publics | Établissements Privés | Ensemble |
|--|-------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Personnels administratifs | 77 496 | 32 851 | 110 347 |
| Personnels soignants et éducatifs | 492 455 | 159 729 | 652 684 |
| Dont : - sages-femmes | 7 555 | 2 789 | 10 344 |
| - personnels d'encadrement du personnel soignant | 23 617 | 6 738 | 30 355 |
| - infirmiers | 192 575 | 61 441 | 254 016 |
| - aides-soignants | 167 932 | 45 665 | 213 597 |
| - agents de service hospitalier et autres personnels | 74 924 | 31 694 | 106 618 |
| - autres | 26 352 | 11 402 | 37 754 |
| Personnels médico-techniques | 33 868 | 6 841 | 40 709 |
| Personnels techniques | 84 606 | 22 875 | 107 481 |
| Total | 688 925 | 242 296 | 911 221 |

Source : SAE, DREES.

⁶ SCHWEYER François-Xavier, "l'hôpital sous tension" in Sciences Humaines, hors série n°48, mars-avril-mai 2005, pp. 60-63

Parmi les salariés non-médicaux des établissements de soins, le travail à temps partiel a nettement progressé, passant de 17% en 1995 à 21% en 2002, soit un niveau très supérieur à celui de l'ensemble de l'économie française (13,7% en 2003). Il concerne en particulier les professions les plus qualifiées (un tiers des sage-femmes et un quart des infirmières en 2002). Il semblerait toutefois qu'avec la mise en œuvre de la réduction de la durée hebdomadaire de travail à 35 heures, cette tendance se soit inversée à partir de 2002. Ce poids du recours au temps partiel est à rapprocher de la forte féminisation des personnels de santé (76% contre 44,8% dans l'ensemble de l'économie). Cette féminisation est encore plus importante si l'on ne considère que les établissements publics de santé d'au moins 300 agents :

Sexe par catégories socioprofessionnelles dans les établissements publics de santé

| Catégories de personnel | Part des femmes | | |
|--|-----------------|-------|-------|
| | 1997 | 2000 | 2002 |
| | | | |
| <i>Praticiens Hospitaliers</i> | NR | 35,5% | 34,3% |
| <i>Assistants</i> | NR | 40,8% | 41,3% |
| <i>Praticiens en formation</i> | NR | 49,6% | 51,2% |
| <i>Ensemble Personnel médical</i> | NR | 40,6% | 41,0% |
| | | | |
| <i>Administratif</i> | 87,6% | 88,0% | 88,1% |
| <i>Soignant et éducatif</i> | 83,5% | 84,3% | 84,6% |
| <i>Technique</i> | 23,2% | 29,1% | 27,3% |
| <i>Médico-technique</i> | 74,3% | 76,9% | 77,0% |
| <i>Ensemble personnels non-médical</i> | NR | 77,4% | 77,7% |

Sources Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières*.

La féminisation d'ensemble recouvre deux situations distinctes : d'une part, parmi les personnels non-médicaux on trouve des spécialisations sexuées avec une très forte majorité de femmes parmi les personnels administratifs, soignants et médico-techniques tandis que les hommes occupent près des trois quarts des emplois techniques, c'est-à-dire surtout des emplois ouvriers ; d'autre part, parmi les personnels médicaux, le *sex ratio*, un peu plus équilibré, s'accompagne d'une hiérarchisation sexuée des fonctions : moins le statut professionnel est élevé et plus la proportion de femme est importante. Cette hiérarchisation, en partie liée à un effet d'âge en raison d'une féminisation relativement récente des professions médicales, se traduit par un écart de rémunérations de 22% « pour les cadres (médicaux ou non), tandis qu'il oscille, tous secteurs confondus entre 1,5 et 4% pour les autres professions.⁷ »

Par rapport à l'ensemble de l'économie, la répartition du personnel des établissements hospitaliers publics se caractérise par une forte croissance de la part des cadres et professions intellectuelles supérieures (catégorie A de la fonction publique) et par une surreprésentation des professions intermédiaires (catégories B de la fonction publique), malgré la diminution de leur part relative due à une réforme du statut infirmier qui, en 2002, a organisé le passage de certains personnels infirmiers spécialisés de la catégorie B à la catégorie A :

⁷ COLLET, M, "Les rémunérations dans les établissements de santé", *Série Etude* n°45, mars 2005, DREES : p. 18

Distribution par statut et qualifications

| Catégories Statutaire de la Fonction Publique | Établissements publics de Santé | | | Ensemble de l'économie | |
|---|---------------------------------|-------|-------|---|--------|
| | 1997 | 1999 | 2002 | CSP Équivalentes | 1999 |
| Catégorie A | 9,9% | 11,4% | 16,8% | Cadres et professions intellectuelles supérieures | 13,12% |
| Catégorie B | 41,2% | 41,5% | 37,0% | Professions intermédiaires | 23,07% |
| Catégorie C | 48,9% | 47,1% | 46,3% | Employés et ouvriers | 54,46% |
| Total | 100% | 100% | 100% | Total | 89,65% |

Sources : Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Synthèse annuelle des données sociales hospitalières. INSEE, Recensement général de la population, 1999.

Selon un rapport du Conseil économique et social de 2004, l'ensemble du secteur de la Santé est confronté à un problème de vieillissement de ses effectifs qui devrait aggraver les difficultés de recrutement de personnels qualifiés déjà amorcées. Ainsi, dans la Fonction publique hospitalière, plus de la moitié des agents devrait partir à la retraite dans les 10 ans à venir, dont 94 000 infirmiers et 100 000 aides-soignants. Cette évolution démographique devrait accroître les problèmes actuels de recrutement de personnel qualifié, puisque d'ores et déjà, de nombreux postes restent non pourvus, en l'absence de candidats. A titre d'exemple, en 2003, un quart des postes d'infirmier et d'aide-soignant étaient vacants dans les maisons de retraite médicalisées d'Ile-de-France, tandis que 800 postes de psychiatres étaient inoccupés dans les établissements spécialisés français. (Conseil économique et social, 2004 : II.74). La CGT évalue à 80 000 les postes non pourvus, soit faute de candidats, soit du fait d'un report des embauches afin de faire des économies en rognant sur la masse salariale.

Enfin, les établissements de santé recourent en permanence à un volant d'emplois aidés (CES, CEC, Emplois-jeunes...) qui représentait environ 3% des effectifs (en équivalents temps pleins) des établissements publics, soit près de 22 000 personnes en 2002.

1.1.3. Conditions de travail et de rémunération dans les établissements de santé

Face aux difficultés de recrutement de personnels qualifiés, un protocole d'accord a été conclu en 2001 dans la Fonction publique, pour revaloriser les carrières hospitalières. Il s'est traduit par une augmentation indiciaire et une réorganisation du système de promotion globale ainsi que par certaines avancées spécifiques pour les personnels infirmiers. Cependant, ces améliorations ont été contrebalancées par les politiques de limitation des dépenses publiques menées par les gouvernements successifs (cf. infra) qui se sont traduites par une baisse du pouvoir d'achat des fonctionnaires en raison d'une revalorisation du point d'indice inférieure au niveau de l'inflation. L'ensemble des syndicats s'accorde à estimer qu'en l'espace de 10 ans, les salariés des établissements de santé ont perdu du pouvoir d'achat, allant jusqu'à 15% pour certaines professions. Alors que l'échelle des salaires français est marquée par des inégalités particulièrement importantes, les personnels soignants hospitaliers ont connu une baisse relative de leur niveau de rémunération dans l'échelle des salaires : ainsi, selon la CGT, alors qu'en 1980 un infirmier en fin de carrière touchait 2,3 fois le SMIC⁸, il ne touchait

⁸ SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance. Il s'agit de la rémunération minimale horaire et mensuelle fixée par la loi, révisée régulièrement. Elle sert de référence comparative, comme ici, pour l'éventail des salaires.

plus que 1,9 fois le SMIC en 2005. De même, le salaire d'un agent de service hospitalier en fin de carrière est passé de 1,5 le SMIC en 1980 à 1,2 aujourd'hui.

Les conditions de rémunération ne sont pas meilleures dans le secteur privé. Au contraire, malgré une fusion des conventions collectives visant à augmenter l'attractivité du secteur en termes de salaires et d'évolution de carrière, elles restent en moyenne inférieures à celles du secteur public, sauf pour les personnels médicaux (Collet, 2005). Ces comparaisons, toutefois, ne prennent pas en compte les différences en matière de durée du travail et de contraintes horaires liées aux secteurs et aux établissements. De manière générale, pour les personnels soignants, les conditions de travail dans le secteur privé lucratif sont moins pénibles que dans le public. N'ayant pas à supporter les obligations liées à la continuité du Service public, les salariés des cliniques privées ont en particulier des horaires plus réguliers et mieux planifiés.

Comparativement au secteur de la grande distribution ou à celui des transports, les salaires sont sensiblement plus élevés, ce qui correspond globalement à des niveaux de qualification plus élevés.

Salaires mensuels nets moyens déclarés à l'enquête emploi INSEE en mars 2001 (en euros)

| Catégories professionnelles | Secteur Public | Secteur Privé ⁹ |
|---|----------------|----------------------------|
| <i>Cadres supérieurs</i> | 2390 | 2350 |
| <i>Professions intermédiaires administratives et techniques</i> | 1600 | 1360 |
| <i>Employés</i> | 1270 | 1130 |
| <i>Ouvriers</i> | 1270 | 1170 |
| <i>Infirmiers</i> | 1770 | 1630 |
| <i>Autres paramédicaux</i> | 1720 | 1590 |
| <i>Aides-soignants</i> | 1370 | 1130 |
| <i>Agents de service hospitaliers</i> | 1110 | 980 |

Source : Enquête emploi de l'INSEE, mars 2001

Les conditions de travail du secteur de la Santé sont traditionnellement marquées par des contraintes horaires¹⁰ (gardes et astreintes, changements d'horaires...) et une pénibilité entraînant un fort taux d'invalidité : 18% des personnels hospitaliers partent à la retraite avec une pension d'invalidité et ce taux s'élève à 28,4% pour les aides-soignants. Ces conditions semblent s'être fortement dégradées ces dernières années sous l'effet de la combinaison d'un ensemble de facteurs : réorganisation de l'offre de santé modifiant les relations entre les soignants et les patients mais aussi entre les personnels ; logiques gestionnaires qui poussent à accroître la productivité du travail ; incapacité des pouvoirs publics à anticiper les besoins de main d'œuvre qualifiée dans ce domaine, en accroissant de manière préventive l'offre de formation initiale et continue.

L'offre de santé hospitalière vise à répondre à deux grandes demandes : « celle d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide, technicisée (...) s'inscrivant dans un processus court et celle d'un accompagnement de situations pathologiques chroniques ou à évolution lente, impliquant moins les outils que le savoir-faire des professionnels et la participation active des patients eux-mêmes aux soins. » (DREES, 2005, p205). A ces deux grandes demandes s'ajoute le besoin d'une « médecine de masse » qui, dans le cadre du service public, permet notamment de palier partiellement

⁹ Ces données amalgament le privé non-lucratif et le privé à caractère commercial.

¹⁰ En 2002, 8,8% des personnels hospitaliers (hors personnels médicaux) travaillait la nuit, et 42,6% avec des horaires alternants jours-nuits. Source : DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004*, p.130.

les inégalités socio-économiques ou territoriales dans l'accès aux soins par le biais des consultations externes et de l'accueil aux urgences¹¹.

Depuis une quinzaine d'année, les réponses apportées à ces grands besoins ont été de trois ordres. Tout d'abord, la recherche d'améliorations techniques et scientifiques a permis une diminution de la durée des procédures diagnostiques et thérapeutiques. Ce gain de temps, en évitant souvent l'hospitalisation des patients à temps complet, a rendu possible une utilisation plus intensive des moyens hospitaliers. Ensuite, les temps de prise en charge des maladies chroniques ou à évolution lente dans l'enceinte de l'hôpital ont été raccourcis en développant des structures de soins alternatives à l'hospitalisation pour lesquelles 48 000 places ont été créées. Ces deux premières réponses ont abouti à une nette diminution de l'hospitalisation à temps complet (suppression de 74 600 lits entre 1992 et 2002) tandis que l'hospitalisation à temps partiel augmentait de 7% entre 1998 et 2002 pour atteindre 11 millions de venues. Enfin, dans le même temps, les passages aux urgences ont connu une croissance d'environ 5% par an depuis la fin des années 1990. Ainsi, en 2002, les services d'urgences ont enregistré 13,7 millions de passages ce qui, rapporté à la population française métropolitaine, représente un taux de 23% alors qu'il n'était que de 17,5% en 1996. (DREES, 2005, p263).

Cette réorientation des services hospitaliers a produit, notamment, une accélération de la rotation des patients à l'hôpital. Celle-ci se fait au détriment de la construction d'une relation personnalisée entre soignants et soignés et se traduit par des tensions, parfois violentes, en particulier dans les services d'accueil d'urgence où problèmes sociaux et médicaux sont souvent inextricablement mêlés. De plus, le passage aux 35 heures n'a été que très partiellement compensé par des embauches : « En septembre 2003, les hôpitaux publics n'avaient embauché que 11 000 salariés non-médicaux à temps plein sur les 37 000 qui étaient prévu sur la période 2002-2004, au regard de l'estimation initiale des 45 000 postes nécessaires à la compensation. » (Conseil économique et social 2004 : II.73). Ceci a eu pour effet d'alourdir la charge de travail des personnels, mais aussi de diminuer le temps consacré au fonctionnement collectif des équipes soignantes (temps de réflexion collectif, de transmission des informations au moment des changements d'équipe...) et à la convivialité. Les personnels sont ainsi confrontés à une intensification du travail mais aussi à une atomisation des collectifs qui, en les renvoyant à un face-à-face soignant-soigné, est facteur de stress et de fragilisation dans les situations de tension.

Au total, le Conseil économique et social dresse un constat de désenchantement des personnels soignants que nous avons retrouvé dans les discours de plusieurs de nos interlocuteurs¹² : « le sentiment de toujours parer à l'urgence, de ne pouvoir traiter que les problèmes les plus visibles, de trop délaissé la relation à l'usager, au patient, le ressenti d'une déshumanisation au profit de la technicité des actes participent d'une profonde insatisfaction par rapport à la mission inhérente à ces activités, et à la fatigue physique et psychique. » (Conseil économique et social, 2004 : II.93).

¹¹ Depuis 1990, des cellules d'accueil hospitalier des plus démunis ont été mises en place, généralement dans les services d'urgence.

¹² Pour une analyse plus détaillée, cf. LE LAN, R, "Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail", *Etudes et Résultats* n° 373, février 2005, DREES.

1.2. LES ÉVOLUTIONS EN COURS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ.

1.2.1. Restructuration et « nouvelle gouvernance »

A l'été 2002, le Ministre de la Santé annonçait un « plan de sauvetage » de l'hôpital public. Ce plan « Hôpital 2007 », présenté le 20 novembre suivant en Conseil des ministres, est organisé autour de trois principaux volets : une accélération et un approfondissement de la restructuration de l'offre de soins par l'orientation de l'investissement hospitalier ; une refonte du mode de financement des établissements par le passage à la tarification à l'activité ; un nouveau mode de gestion des hôpitaux publics.

La relance de l'investissement hospitalier devrait représenter une enveloppe de 6 milliards d'euros, composée pour un tiers de subventions publiques et pour deux tiers d'autorisations d'emprunt auprès d'établissements bancaires. Elle concerne tous les établissements, publics et privés, et devrait être répartie par des Agences régionales hospitalières (ARH) chargées de planifier l'offre de soins sur leur territoire. Ce programme prévoit la poursuite des disparitions d'établissements (dont 200 établissements publics) par fermeture ou par fusion. Il vise également une imbrication plus poussée entre secteur public et secteur privé avec la création « groupements de coopération sanitaires » permettant à des cliniques privées de disposer des équipements lourds d'hôpitaux publics (blocs opératoires...), la délégation à des entreprises privées ou à des sociétés d'économie mixte de la construction et éventuellement de l'entretien et de la maintenance de nouveaux locaux hospitaliers¹³ et, enfin, la généralisation de la sous-traitance des tâches qui ne relèvent pas directement du « cœur de métier » c'est-à-dire la production de soins (nettoyage, blanchisserie, stérilisation...).

Les établissements publics et privés non-lucratifs ne devraient plus être financés par une dotation globale calculée à partir du budget de l'année antérieure, mais en fonction de la nature et de la quantité des activités. Le coût de la prise en charge globale de chaque type de pathologie sera évalué et l'hôpital recevra des financements correspondant. Charge à lui d'adapter ses dépenses à ces coûts forfaitaires ou à abandonner les activités non rentables, à l'exception des activités dites d'intérêt général (urgences, traitement des pathologies rares, recherche, formation) qui devraient bénéficier de financements complémentaires.

La « nouvelle gouvernance » de l'hôpital se caractérise essentiellement, outre le renforcement du pouvoir de tutelle des Agences régionales d'hospitalisation, par la constitution de « pôles d'activités », organisés par spécialités ou types de pathologie dans les services de soins et dirigés par un médecin, ou par types de fonctions au sein des services administratifs, médico-techniques et logistiques. Ils géreront leur budget et leurs personnels avec l'obligation d'atteindre un équilibre financier en fonction de contrats d'objectifs et de moyens passés avec la direction de l'établissement. Il s'agit donc d'étendre la responsabilité gestionnaire à l'ensemble des personnels hospitaliers, et en particulier aux personnels médicaux, à travers cette réorganisation en pôle d'activités.

¹³ Un partenariat public-privé (PPP) de ce type serait d'ors et déjà envisagé pour la rénovation du CHRU de Caen.

Ces projets en cours ont été analysés par les principales organisations syndicales du secteur (sauf la CFDT et l'UNSA) comme une offensive destinée à soumettre l'hôpital public à une logique de marché, pour en faire un « hôpital-entreprise » fonctionnant selon les seuls critères de rentabilité. Certaines, comme SUD-Santé, y voient une volonté de privatisation de l'hôpital public : « A terme, c'est le statut de l'hôpital public qui sera remis en cause, sans doute transformé en établissement public industriel et commercial (EPIC), ayant des missions de service public mais de statut privé. (...) Les titulaires en place conserveraient leur statut (...) mais tous les nouveaux embauchés seraient de droit privé. Compte tenu que dans les dix ans à venir, c'est plus de la moitié des personnels titulaires de la Fonction Publique qui doivent partir en retraite, le moment est très bien choisi pour opérer cette 'contre-réforme'.¹⁴ » Le 7 mai 2004, les fédérations de la Santé CGT, FO, SUD et CFTC, ainsi que six syndicats de médecins hospitaliers, ont publié un communiqué commun demandant au gouvernement le retrait du plan Hôpital 2007 et l'ouverture de négociations d'ensemble sur l'avenir du système de santé.

1.2.2. La sous-traitance dans les établissements de santé

Le secteur de la santé a tendance à faire de plus en plus appel à des entreprises sous-traitantes pour les activités qui ne relèvent pas directement de la production de soins. Les organisations syndicales sont ainsi confrontées à de nouvelles strates de salariés en situation périphérique par rapport au noyau central de salariés statutaires du public ou du privé. On assiste ainsi à une graduation des statuts : fonctionnaires hospitaliers ou salariés en CDI dans le privé ; personnels en contrat précaire et sur des emplois aidés, embauchés par les établissements ; salariés plus ou moins précaires des entreprises de sous-traitances voire des sous-traitants des sous-traitants... Et cette hiérarchie des statuts d'emploi tend à recouper plus ou moins une stratification ethnique ou nationale :

Nous [dans mon CHRU] on a un chantier. Tu vas voir qui y travaille. C'est les Portugais, les Marocains, etc., on trouve de tout et y a pas d'inspecteur du travail qui vient vérifier ce qui se passe là-dedans. (Responsable fédéral SUD Santé)

Une responsable fédérale CFDT estime que plus de la moitié des cliniques privées ont déjà externalisé leurs services logistiques. Or ce recours à la sous-traitance fait sortir les salariés du cadre des conventions collectives de la Santé, entravant ainsi les possibilités d'intervention des syndicats d'établissement et favorisant les situations de surexploitation et de précarité parmi les salariés les moins qualifiés. Le secteur public tend à suivre le même chemin, avec la délégation à des entreprises privées de fonctions qui, au par avant, étaient assumées en interne comme la restauration ou certaines tâches d'entretien.

Dans le secteur privé, les syndicats de la Santé ne peuvent guère intervenir autrement qu'en alertant et en informant leurs structures confédérales locales ou les fédérations correspondants aux secteurs d'activités concernés. Dans le secteur public, ils peuvent peser sur les conditions d'emploi et de travail des sous-traitants en amont, en veillant dans le cadre des instances paritaires au contenu des cahiers des charges confiées aux entreprises sous-traitantes, et en aval, en exerçant leur droit de regard et d'alerte sur les conditions d'hygiène, de sécurité et de travail des personnels de ces entreprises par le biais des CHSCT :

¹⁴ "Hôpital 2007 : la fin programmée de l'hôpital public !", janvier 2004, <http://www.sud-sante.org/article279.html>

Chez nous il y a un secteur qui a été externalisé, c'est le ménage pour les espaces publics. Et le local de ces femmes est installé en dessous des locaux syndicaux. Donc on a été amené à échanger avec elles et on est intervenu auprès de la direction sur leurs charges de travail etc. On a eu une intervention indirecte. Mais il n'y a pas une syndicalisation dans les boîtes extérieures... (Responsable fédéral SUD Santé)

Les syndicats peuvent donc intervenir indirectement en faisant pression sur la direction de leur établissement, qui est aussi le donneur d'ordre, mais ils ne peuvent pas syndiquer directement les personnels de ces entreprises privées. Pour contourner cet obstacle, deux pistes de travail sont explorées. La première consiste à faire « parrainer » la constitution d'organisation syndicale dans les secteurs les plus précaires par celles du secteur public, plus stables, plus puissantes et dotés d'outils d'intervention indirects :

On a le cas, dans les transports à la SNCF, SUD-Rail à mis en place SUD-Nettoyage et donc là il y a un lien très proche avec les boîtes de nettoyage qui sont liées à la SNCF, mais ils ont vocation à s'étendre à toutes les entreprises de nettoyage. Donc on est un petit peu dans des combinaisons et des constructions. (Responsable fédéral SUD Santé)

La deuxième piste de travail, beaucoup plus lointaine et remettant en cause les champs de syndicalisation traditionnels, est évoquée par certains militants de la CGT qui s'inspirent d'une action expérimentale menée aux chantiers navals de Saint-Nazaire. Elle consisterait à syndiquer dans un cadre commun, les salariés de toutes les entreprises intervenant dans un même établissement, pour tenter d'aligner l'ensemble des contrats de travail sur les conventions collectives les plus favorables.

1.2.3. Santé et culture de métier

Ces évolutions produisent des situations souvent contradictoires avec l'éthique commune à laquelle les personnels de santé restent très attachés. Beaucoup de nos interlocuteurs nous ont réaffirmé leur vocation à accueillir et à traiter avec humanité toutes les personnes en souffrance, indépendamment de leur origine, de leur classe, de leur sexe, de leur âge... Ils nous ont aussi fait part de leurs difficultés croissantes à accomplir leur mission de service public. L'intensification et la technicisation du travail hospitalier produit des effets délétères tant du côté des malades et de leurs proches, qui se comportent souvent en consommateurs exigeants et impatientes, que du côté des soignants, qui en arrivent parfois à construire des stratégies défensives déshumanisantes, tandis que la gestion de l'institution tend à se réduire à une logique comptable. Dans ce contexte de transformation du rapport aux soins, la question des violences – verbales, physiques, morales – à l'hôpital, est apparue comme une question essentielle, à tel point que leur prévention constitue un axe prioritaire d'un protocole d'accord conclu entre le gouvernement et les organisations syndicales en mars 2000¹⁵.

La modernisation de l'hôpital a aussi entraîné une redéfinition des relations entre certaines catégories de personnels au sein des établissements, remettant en cause leurs cultures corporatives. Peut-être plus encore que le secteur des Transports, celui de la Santé est marqué par des cultures de métier d'autant plus fortes qu'une part des professions de santé sont réglementées par le Code de la santé public qui détermine qui

¹⁵ FORISSIER, VOLCKMANN, LANDIER, "Violence à l'hôpital : observer pour mieux prévenir", *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, n°21, octobre 2001, pp 11-25.

peut les exercer et les actes qu'elles peuvent pratiquer¹⁶. A ces professions réglementées s'ajoutent d'autres professions de santé qui ne sont pas réglementées et en particulier les aides-soignants (404 816 au 01/01/2005), les agents de service hospitalier (247 229), les ambulanciers... Enfin le secteur de la santé emploie des professions, et en particulier des professions ouvrières, qui participent indirectement de la production des services de santé (mécaniciens, corps de métier du bâtiment, blanchisseurs...).

Parmi les professions de santé, les difficultés de recrutement de personnels spécialisés, les contraintes budgétaires et les revendications des intéressés¹⁷ ont conduit à engager une réflexion sur une ré-articulation des métiers, notamment des transferts de compétences entre médecins, infirmiers et aides-soignants qui provoquent une certaine concurrence, principalement entre ses deux derniers corps de métier.

Cette rivalité semble en partie liée à des contradictions entre exercice libéral et exercice salarié de ces professions. Statutairement, les aides-soignants prodiguent des soins sous la responsabilité des infirmiers : dans les établissements de santé, ceci les amène, de fait, à assumer tout un ensemble de gestes qui sont de la compétence des infirmiers et que ceux-ci n'ont pas le temps de pratiquer eux-mêmes, alors que, dans le cadre de l'exercice libéral de la profession infirmière ces mêmes gestes, ou leur supervision, constituent une source essentielle de revenus. Ceci conduit donc les infirmiers à revendiquer le maintien en l'état de leur champ de compétence statutaire, et son éventuel élargissement du côté des compétences médicales, alors que les aides-soignants demandent la reconnaissance, y compris pécuniaire, des responsabilités qu'ils assument de fait. De plus, dans les relations de travail quotidiennes à l'hôpital, la réaffirmation de leurs prérogatives statutaires permet aux infirmiers, lorsqu'ils le souhaitent, de mettre en scène leur préséance hiérarchique sur les aides-soignants avec lesquels ils collaborent.

¹⁶ On dénombre 14 professions de santé réglementées dont les principales sont les médecins (198 700, au 01/01/2002), les chirurgiens-dentistes (40 481), les pharmaciens (62 054), les sages-femmes (15 122), les infirmiers (410 859) et les masseurs kinésithérapeutes (55 348).

¹⁷ En particulier, les personnels infirmiers, depuis les grandes luttes de 1988 qui se sont développées en grande partie en marge des syndicats avec la constitution de coordinations, ont obtenu des éléments de revalorisation substantielle de leur profession.

2. LES TRAVAILLEURS MINORITAIRES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les immigrés et les ressortissants étrangers rencontrent un double obstacle pour accéder à l'emploi dans le secteur de la Santé : d'une part, certaines professions, qui représentent plus de 750 000 emplois parmi les plus qualifiés sont réglementées (cf. supra note 15) et leur exercice de plein droit suppose d'être détenteur d'un diplôme de l'Union Européenne ; d'autre part, l'essentiel des salariés de la santé travaille pour des établissements publics (c'est le cas de près des trois quarts des professions non-médicales) dans lesquels l'accès à un statut non-précaire est réservé aux ressortissants des pays de l'Union Européenne.

2.1. La discrimination légale : la clause de nationalité dans la Fonction publique hospitalière.

Nous avons vu que, sauf en ce qui concerne les personnels médicaux, les étrangers étaient très peu présents dans les établissements publics en raison de la clause de nationalité. Ils n'en sont pourtant pas totalement absents et certains syndicalistes peuvent citer le cas de quelques étrangers non-communautaires, en particulier parmi les personnels les plus âgés, qui ont fait toute leur carrière en CDI et se voient bloqués dans leurs possibilités d'avancement et pénalisés en matière de droit à la retraite.

Il y a donc une conscience du caractère discriminatoire de la clause de nationalité dans l'accès aux emplois de la Fonction publique hospitalière, d'autant qu'ils ne relèvent pas des fonctions régaliennes de l'État. Pour autant, cela ne signifie pas que cette conscience se traduise par des actes pour en finir avec cette discrimination légale :

- Une chose qu'on évoque trop rarement, c'est qu'en fait dans la Fonction publique, il y a un système de préférence nationale. Donc c'est un facteur très discriminant.

Q. SUD a pris position sur la clause de nationalité dans la Fonction publique ?

- Je ne sais pas. Enfin, on n'est pas vieux... (Responsable fédéral SUD Santé).

Si SUD Santé peut arguer du caractère récent de sa création pour justifier son absence de prise de position, cet argument ne peut pas être utilisé par les autres organisations syndicales. Du côté de la CGT, une responsable fédérale évoque la possibilité d'une discussion sur la demande de levée de la clause de nationalité lors du prochains congrès de l'Union des fédérations de fonctionnaires, mais il ne semble pas que cette éventualité ait trouvé une quelconque concrétisation jusqu'à ce jour. Quant à la CFDT, pour la responsable fédérale que nous avons rencontrée, cette hypothèse ne paraît pas crédible : « le premier syndicat qui demande ça, en imaginant qu'il y ait un ministre en face qui dise, "ok on y travaille", ça veut dire accepter de rouvrir le dossier du statut de la Fonction publique » et donc prendre le risque de voir remis en cause les avantages acquis.

Ce type d'argumentation semble surtout indiquer que les organisations syndicales du secteur de la Santé n'ont pas réellement envisagé la question puisque, a priori, rien n'oblige à passer par une renégociation du statut de la Fonction publique pour supprimer sa clause restrictive de nationalité. Ainsi, dans le cadre de la construction européenne, l'élargissement de cette clause aux ressortissants communautaires s'est fait, pour ainsi dire, de manière automatique. De plus, certains secteurs de la Fonction

publique, y compris de la Fonction publique d'État, comme la recherche et l'enseignement supérieur, ne sont pas soumis à cette clause. A contrario, le cas de la RATP montre que, lorsque les organisations syndicales présentent une position unanime sur cette question, elle peut être réglée sans grande difficulté.

2.2. Les médecins à diplôme hors Union Européenne.

Le recours à des médecins étrangers et/ou à diplôme étranger, se pose en des termes différents des autres personnels en raison du statut particulier des personnels médicaux - puisque beaucoup d'hospitaliers ne sont pas fonctionnaires - et de la très forte pénurie de main d'œuvre dans certaines spécialités ou certains services, consécutive aux politiques malthusiennes menées par les gouvernements successifs depuis une vingtaine d'années, avec l'instauration d'un système de *numerus clausus* très strict à l'entrée dans les facultés de médecine.

Proportions de ressortissants étrangers parmi les personnels médicaux des établissements publics de santé en 2002

| Catégories | Union Européenne (%) | Hors Union Européenne (%) |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Praticiens Hospitaliers</i> | 0,7 | 1,5 |
| <i>Assistants</i> | 1,7 | 9,8 |
| <i>Praticiens en formation</i> | 1,5 | 14,2 |
| <i>Total</i> | 1,3 | 7,6 |

Source : Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières*.

Depuis le début du XXe siècle, diverses mesures se sont succédé contre les « médecins étrangers ». Une solide tradition de discrimination légale leur interdit toute pratique professionnelle, limite leur accès à certains statuts ou encore les défavorise en matière de rémunérations. Or depuis les années 80, face à la pénurie de candidats français ou européens pour les postes de médecins hospitaliers, le recrutement dérogatoire de nombreux médecins ayant obtenu leur diplôme hors U.E. s'est développé. Ainsi, en 2002 dans les hôpitaux publics, près de 9% du personnel médical était de nationalité étrangère, pour l'essentiel hors union européenne. Pour autant, ils sont concentrés dans les statuts hiérarchiquement les plus bas et beaucoup n'ont eu accès qu'à des contrats précaires (vacataires, « assistant associé », « attaché associé » ou « faisant fonction d'interne »), impliquant des conditions d'exercice et de rémunération nettement plus faibles que celles de leurs collègues statutaires et la non inscription à l'Ordre des médecins (normalement nécessaire pour exercer à l'hôpital et totalement obligatoire pour l'exercice libéral).

Cette situation violemment inégalitaire — et le fait que le secteur hospitalier public est désormais en grande partie dépendant de leur activité — a suscité une mobilisation des intéressés, mais aussi des organisations syndicales présentes dans le secteur. Plusieurs syndicats ou collectifs ont été créés par les médecins concernés (Syndicat national des praticiens adjoints contractuels, Médecine+, Metek...) et leurs revendications ont été de plus en plus nettement soutenues par les grandes confédérations syndicales (CGT, FO, ...), par une partie croissante des syndicats professionnels, voire par quelques « grands patrons » (professeurs de médecine, chefs de service, ...). Ces protestations de plus en plus pressantes ont abouti, progressivement, à la mise en place de dispositifs successifs, complexes et « empilés » les uns sur les autres, destinés à améliorer le statut des « praticiens adjoints à diplôme hors Union Européenne » (« PADHUE ») au sein des

hôpitaux. Ceux-ci sont cependant loin d'avoir réglé la situation et il reste aujourd'hui encore un « stock » considérable de ces médecins dont la situation est institutionnellement discriminatoire.

Il nous est impossible d'évaluer la main d'œuvre étrangère non-médicale dans l'ensemble des établissements de santé, mais leur proportion dans les écoles de formation initiale et continue des personnels de santé (personnels soignants, médico-techniques et cadres de santé) secteurs public et privé confondus, indique une faible présence : sur 14 236 étudiants, 919 étaient de nationalité étrangère soit 6,5%, c'est-à-dire une proportion proche de celle des étrangers dans la population active française au recensement de 1999. Ces chiffres sont à relativiser. Lorsqu'on les rapproche des données concernant les personnels non-médicaux des seuls établissements publics de santé, en 2002 les ressortissants étrangers ne représentaient que 0,6% des effectifs totaux, pour moitié européens et pour moitié hors Union Européenne, avec une répartition quasiment identique au sein de la hiérarchie hospitalière. Ces données ne prennent pas en compte le phénomène croissant de sous-traitance auprès d'entreprises où règne le recours massif à des salariés étrangers ayant un statut plus ou moins précaire.

Nos différents interlocuteurs s'accordent à constater, ces dernières années, la présence croissante, bien que non dénombrable, de descendants de migrants originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne parmi les personnels de santé du secteur public. Il semble que leur entrée dans l'hôpital se soit faite en grande partie selon une ethno-stratification des qualifications et des statuts, avec une concentration des minoritaires dans les catégories C et les statuts précaires. :

Chez nous, la composition du personnel, on trouve quelques issus de l'immigration, qui sont français hein, dans les catégories B, mais vraiment très peu. Il y en a plus chez les aides-soignants. Après, parmi les contractuels, les CES, les contrats aidés, un pacson ! Tu prends tous les CES, contrats aidés, machins précaires, tous les noms à 80 % sont... [...] à vérifier ensuite au niveau national, mais nous, sur un CHRU de 6 000 personnes c'est plutôt dans les catégories C et en plus dans les catégories C précarisées, pas à statut. On a des gens dans les catégories C à statut, un peu. Catégorie B, ça descend, tu les connais tous un par un. Pour les A, il n'y en a pas. Des médecins, il y en a 2 : un issu de l'immigration et l'autre immigré. Par contre, tu regardes en bas, les CES... (responsable fédéral, SUD Santé)

Historiquement, la très forte croissance des effectifs des fonctionnaires hospitaliers n'a pu se faire qu'en recourant à des migrations internes et en particulier des Départements d'Outre-mer (DOM) vers le territoire européen de la France.

2.3. Les originaires d'Outre-mer dans le secteur de la santé

A partir de la fin des années 1950, l'émigration depuis les DOM a été organisée systématiquement par l'État à la fois pour désamorcer les tensions démographiques, politiques et sociales qui se développaient dans les sociétés de départ confrontées à la crise des économies de plantation et comme réponse aux besoins spécifiques en main d'œuvre dans les emplois peu qualifiés de la Fonction publique métropolitaine. L'État s'est alors doté d'une agence publique chargée de superviser la migration de travailleurs des DOM vers la métropole, le BUMIDOM¹⁸, lequel participera au départ d'environ

¹⁸ Bureau pour les Migrations Intéressant les Départements d'Outre-Mer.

160 000 personnes vers la France entre sa création en 1963 et sa fin en 1981¹⁹. Avec l'arrivée de la gauche au pouvoir au début des années 80, l'État met fin à l'immigration organisée et dissout le BUMIDOM, remplacé en 1982 par l'Agence Nationale pour l'insertion et la promotion des Travailleurs d'Outre-Mer (ANT) qui reçoit trois grands types de missions : dissuader les nouveaux départs vers la métropole ; faciliter la réinstallation Outre-Mer des immigrés, en fonction des opportunités ; favoriser l'insertion socioprofessionnelle des migrants et de leurs enfants nés en métropole (y compris par le maintien de liens avec leur département d'origine). Si une bonne part de ces missions n'a été que très partiellement remplie, cette réorientation de l'action publique s'est d'abord traduite par une diminution des flux d'émigration « organisés » au profit d'une croissance des flux « spontanés ». Cependant, le recours aux Français d'Outre-mer pour certains emplois peu attractifs de la Fonction publique (surveillants de l'administration pénitentiaire, par exemple) s'est poursuivi quasi-continûment jusqu'à aujourd'hui.

En 1999, on recensait près de 360 000 personnes natives des DOM-TOM vivant en métropole, dont plus de la moitié résidaient en Île-de-France²⁰. Avec eux vivaient plus de 200 000 enfants de moins de 25 ans, nés en métropole²¹. Cette concentration concerne particulièrement les migrants antillais (près de 70% d'entre eux sont franciliens) et elle s'explique principalement par la gestion institutionnelle de ces flux de main-d'œuvre visant prioritairement à satisfaire les besoins en personnels d'exécution des services publics parisiens. Ainsi, aujourd'hui encore, sur 18 000 fonctionnaires hospitaliers nés Outre-mer et travaillant en métropole 12 000 sont employés par la seule Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Cette concentration leur confère un poids d'autant plus important qu'ils sont porteurs de revendications spécifiques.

¹⁹ CONSTANT Fred, "La politique française de l'immigration antillaise de 1946 à 1987", *REMI* vol 3, n° 3, 1987.

²⁰ MARIE C-V, QUALITE, L, "L'Île-de-France, région privilégiée des migrants des DOM-TOM", *Île-de-France à la page*, n°207, INSEE, janvier 2002.

²¹ Pour estimer le poids de la population originaire d'Outre-mer en métropole il faudrait y ajouter les enfants de migrants de plus de 25 ans et ceux ayant décohabité, ainsi que tout ou partie des petits enfants de migrants puisque certains d'entre eux y sont installés depuis une cinquantaine d'années. Nous ne disposons pas de données statistiques concernant ces populations.

3. LES SYNDICATS DANS LA SANTÉ PUBLIQUE.

En France, après avoir perdu environ la moitié de leurs adhérents entre le milieu des années 1970 et le début des années 1990, les syndicats semblent avoir réussi à endiguer cette tendance et à amorcer une remontée de leur influence²² : leurs effectifs se sont légèrement accrus ses dernières années et avec 1.845.000 syndiqués en 2003, ils organiseraient 8,2% des salariés ; ils ont amélioré leur implantation sur les lieux de travail (40% en 2003 contre 38% en 1996), et plus encore à l'échelle des entreprises et des administrations (55% en 2003 contre 50% en 1996) ; leurs résultats lors des élections aux comités d'entreprise se sont améliorés au détriment des listes de non-syndiqués pour atteindre 77% des suffrages en 2003.

Cette vision d'ensemble recouvre toutefois de fortes disparités selon les secteurs d'activités et surtout selon les statuts puisque la syndicalisation et la présence syndicale sont nettement plus élevées dans le secteur public que dans le secteur privé.

Syndiqués du public, syndiqués du privé²³

| 2003 | Effectifs de syndiqués (en milliers) | Taux de syndicalisation | Présence syndicale | |
|---|--------------------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| | | | Sur le lieu de travail | Dans l'entreprise ou l'administration |
| État, collectivités locales, Hôpitaux publics | 890 | 15,1 | 52,7 | 76,2 |
| Entreprises publiques, Sécurité sociale | 160 | 15,6 | 70,7 | 89,3 |
| Entreprises privées | 834 | 5,2 | 31,2 | 41,9 |
| Total | 1884 | 8,2 | 38,5 | 52,9 |

Source : Enquêtes permanents sur les conditions de vie des ménages, 1996 à 2003, Insee.

De plus, l'implantation syndicale croît avec la taille des établissements. C'est dans les établissements de plus de 500 salariés qu'elle est à son maximum, or dans les hôpitaux publics, moins de 6% des personnels travaillaient dans des établissements de moins de 500 salariés.

3.1. Le syndicalisme dans les établissements publics de santé : organes et fonctionnement

A l'exception de FO, dont la structure fédérale regroupe le secteur de la santé et la fonction publique territoriale, les principales organisation syndicales (CGT, CFDT, CFTC, G10 Solidaires, UNSA) se sont toutes dotées de structures fédérales dont le champ de syndicalisation couvre les secteurs sanitaire, social et médico-social, privés et publics. Bien que ces fédérations s'adressent à tous les salariés de la santé et que certaines se soient dotés de structures spécifiques pour les accueillir²⁴, dans les faits, elles n'organisent que marginalement les personnels médicaux qui sont massivement représentés par leurs propres organisations corporatives.

Dans le cadre de la Fonction publique hospitalière, les syndicats jouent un rôle important de représentation des salariés dans de nombreuses instances représentatives

²² AMOSSE Thomas, "Mythes et réalités de la syndicalisation en France", *Première Synthèse* n°44.2, DARES, octobre 2004.

²³ In AMOSSE, Thomas, 2004, op cit.

²⁴ comme le Syncass-CFDT ou l'UFMICT-CGT qui organisent les cadres et les médecins.

ou paritaires depuis le niveau de l'établissement jusqu'à l'échelle nationale. On mentionnera en particulier :

- dans chaque établissement les Comités Techniques d'Établissements (CTE) qui ont un rôle consultatif dans les domaines de l'organisation du travail, du temps de travail, des primes, du budget et de la formation et les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) chargés de veiller à la santé et à la sécurité des agents dans le cadre professionnel.
- aux niveaux locaux et départementaux, les Commissions Administratives Paritaires (CAPL et CAPD) compétentes pour tous les problèmes ayant trait à la carrière des agents (licenciement, titularisation, avancement, notation...) et peuvent se constituer en conseil de discipline et en commission de réforme pour évaluer les situations d'invalidité ou d'incapacité.
- à l'échelle nationale, le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière, instance consultative sur les grandes questions concernant le secteur hospitalier et son statut et la Commission Technique Paritaire qui est l'instance de dialogue sur la situation des agents au niveau central.

Ces fonctions électives de représentation, souvent très techniques et demandant la maîtrise de multiples dossiers pour être exercées correctement, absorbent une bonne part de l'énergie des syndicalistes. Mais, au-delà de ces tâches, les militants syndicaux du secteur hospitalier déclarent être souvent sollicités par les agents pour des demandes diverses qui vont de l'information technique sur les méandres des démarches administratives nécessaire à la mise en œuvre de droits jusqu'au soutien psychologique face à des situations de tension récurrentes.

C'est hallucinant, je fais du social, je fais de l'écoute psychologique, quand je rentre, je mets mon casque de pompier, ma lance à incendie, je suis pompier, psychologue... psychopathe des fois, je suis obligé de le devenir... (rires) psychiatre, assistante sociale, doudou ... (Femme, Secrétaire Générale, Syndicat d'établissement CGT)

Ces sollicitations diverses sont difficiles à assumer par des équipes syndicales souvent assez restreintes, proportionnellement à la taille des établissements, et ayant du mal à se renouveler. Comme toujours en France, il est difficile de donner des chiffres fiables concernant le nombre d'adhérents et de militants syndicaux dans les établissements de santé publics. A titre indicatif, hors retraités qui sont organisés à part, la fédération de la Santé et de l'action Sociale de la CGT revendique 55 000 adhérents, la fédération Santé-Sociaux de la CFDT 120 000 et la fédération SUD Santé-sociaux 10 000, pour un champ de syndicalisation qui concerne près de 1,9 millions de salariés²⁵. En règle générale, les responsables syndicaux que nous avons rencontrés évaluent entre un tiers et un dixième la part des militants actifs parmi les adhérents. Toutefois, le nombre d'adhésions affiché par la CFDT est assez surprenant lorsqu'on le rapproche des résultats de cette organisation aux élections professionnelles, d'autant qu'elle connaît depuis plusieurs années un mouvement d'érosion qui profite en particulier à SUD. Ainsi, lors du dernier renouvellement des Commissions administratives paritaires départementales de la Fonction publique hospitalière, fin 2003, la CGT arrivait nettement en tête avec 33% des suffrages (+2% par rapport à 1999) suivie de la CFDT à 24% (- 5%), FO à 22% (-1%), SUD à 8% (+4%) et l'UNSA à 5%.

²⁵ En y incluant les secteurs social et médico-social.

Indépendamment des effectifs annoncés par les uns et les autres, on peut souligner des différences d'implantation des organisations syndicales. Ainsi la CGT est particulièrement forte dans les gros établissements et en particulier dans le secteur public et parmi les catégories C ; la CFDT dans le secteur privé, les établissements de moins de 1500 salariés et parmi les catégories A et B ; SUD, organisation récente et en pleine croissance, se caractérise par sa concentration dans quatre régions : l'Île-de-France, le Nord, le Lot-et-Garonne et la Seine Maritime.

3.2 Les syndicats et la question du racisme et des discriminations dans le secteur de la santé

3.2.1 Un milieu professionnel qui se pense relativement hors du racisme

De prime abord, la question du racisme dans le secteur de la Santé ne semble pas être une question prioritaire pour les responsables syndicaux que nous avons rencontrés. Non qu'ils se désintéressent de la question mais parce qu'ils perçoivent l'univers hospitalier comme relativement épargné pour plusieurs raisons.

D'abord, la discrimination à l'embauche ne serait pas de mise, du fait de la situation de l'emploi dans ce secteur :

Je pense qu'on est dans une telle situation de pénurie d'emploi et de pénurie de professionnels qualifiés que cette question elle est complètement subalterne quoi... Je ne pense pas que ça rentre dans les critères, même cachés de recrutement. (Responsable fédérale, CFDT Santé)

Ni dans l'emploi, du fait de sa fonction-même, à vocation universelle, et de son mode de fonctionnement collectif :

« On peut avoir l'impression d'être dans un milieu un peu protégé en ce sens que l'approche professionnelle fait que... si vous voulez, les gens quand ils arrivent dans un hôpital, ils sont malades, ils sont pris en charge c'est-à-dire que pour les usagers, la question raciste etc., elle entre peu en ligne de compte, même si, ici ou là, des professionnels peuvent avoir, d'un point de vue individuel, des réserves, ça ne les empêche pas de faire le travail. Après la question, à l'intérieur de la communauté professionnelle en elle-même, le sentiment qu'on a globalement c'est que pratiquement toutes les communautés, quelles qu'elles soient, peuvent être assez facilement intégrées, c'est-à-dire qu'on est rarement interpellé sur des actes ou des propos de type raciste. » (Responsable fédérale, CFDT Santé)

« L'hôpital est un lieu un peu particulier, puisque normalement tout le monde est accueilli, il n'y a pas de discriminations. (.../...) on retrouve, pas forcément dans les mêmes proportions, ces types de manifestations, mais toujours étouffées en ce qui concerne les professionnels. Pour ce qui concerne les usagers, ça sort comme ça et c'est assez courant. » (responsable fédéral, SUD Santé)

Le fait d'être un milieu très féminisé est également perçu comme un facteur positif protégeant du racisme.

« Nous, on ne tolère pas ce genre de truc, parce qu'on est des femmes aussi peut-être, va savoir. Je pense que ça doit jouer aussi, les femmes... le fait qu'on soit des... des mères, enfin quoi... on est peut-être plus... » (Responsable fédérale, CGT Santé)

« On est quand même dans un milieu essentiellement féminin. Je crois que les réflexes ne sont pas tout à fait les mêmes, malgré tout, malgré tout... [.../...] Il

m'est arrivé un jour de faire Place des fêtes- Châtelet avec mon gendre qui est guadeloupéen, j'ai vécu, enfin pas moi puisque je suis pas noire, mais j'ai compris ce que ça voulait dire, ces regards, ces... ça oui ! Mais [.../...] dans un hôpital, y compris avec des militants qui peuvent être noirs, il m'est arrivé de me promener à Henri Mondor ou dans d'autres établissements, ça jamais. Jamais de remarques ou même de regards un peu appuyés ou de trucs un peu méprisants de gens qui balancent... jamais. » (Responsable fédérale, CFDT Santé)

La pénibilité des conditions de travail, en particulier les situations marquées par la violence dans certains services comme les urgences ou la psychiatrie, peuvent apparaître à la fois comme un facteur unifiant les personnels quelles que soient leurs origines et, à la fois, comme la source d'un sentiment d'expression du racisme :

- On a tellement de violence au travail par le manque d'effectifs. Tu vas discuter avec le service des urgences de Robert Ballanger et que les filles se font taper dessus, y compris par... des gens qui viennent des autres pays parce qu'ils attendent 4 heures aux urgences et qu'ils ne comprennent pas et que les filles à l'accueil, elles reçoivent... On a des violences... J'ai l'impression que quand ils bossent à l'hôpital, les Antillais mélangés à des métros, c'est tellement difficile que, pour eux, c'est pas ça le plus grave...

De même, dans le cadre du projet social d'établissement du groupe hospitalier du Havre, les agents ont été invités à remplir un questionnaire individuel sur leurs conditions de travail, d'où il ressort qu'environ la moitié d'entre eux estiment qu'ils sont confrontés à des situations de harcèlement sur leur lieu de travail parmi lesquels 12% l'attribue à du racisme. Ce qui, selon un responsable fédéral de SUD Santé, serait

« très lié à des sentiments de pénibilité, de stress, etc., ça se mélange. L'hôpital est quand même un lieu de crise, d'autant qu'il y a une intensification des conditions de travail, même si on est moins à l'hôpital [avec le passage aux 35 heures], mais quand on y est... »

A défaut d'être totalement préservé, les manifestations de racisme à l'hôpital sont donc généralement présentées comme essentiellement cantonnées à l'attitude plus ou moins pathologique des patients et relativement contrôlées par les professionnels.

3.2.2 la relation soignés-soignants

La relation thérapeutique, avec la proximité corporelle qu'elle engage, se présente comme un cadre favorisant les expressions ouvertes du racisme de la part des patients et aboutissant à des situations conflictuelles qui ne sont pas simples à gérer :

Vous avez un médecin africain ou asiatique, donc différence de couleur de peau et vous avez fréquemment des conflits autour de ça. Le patient qui dit : « je ne veux pas qu'un Noir me touche, etc. » Idem dans les maisons de retraite. J'ai une amie d'origine camerounaise qui a arrêté parce qu'elle en avait marre d'être rejetée par les vieilles. Donc cette question là touche du haut, les médecins, jusqu'en bas, en termes de colorisation du monde hospitalier comme de la société – ce qui est bien – mais, dans le même temps, étant donné que là, il y a un contact physique, un contact direct, ce n'est pas la même chose que de se croiser dans la rue, donc c'est beaucoup plus tendu. On est vraiment dans le corps à corps. Au ciné, on laisse toujours un siège entre deux, à l'hôpital, non. Là, il n'y a plus de siège. C'est une source de conflit importante. (Responsable fédéral SUD Santé)

Mais la gestion de ce type de situations, qui peuvent être très douloureusement vécues par les personnels minoritaires, ne fait visiblement pas l'objet d'une réflexion systématique de la part des fédérations syndicales.

J'ai l'impression que... c'est-à-dire que la personne concernée, la personne rejetée elle n'en parle pas. Et à la limite, si elle vous en parle à vous, c'est peut-être parce que vous êtes extérieur à l'institution. Parce que si nous on n'est pas au courant, si l'encadrement n'est pas au courant, parce que s'il est au courant c'est scandaleux (...) soit l'encadrement n'est pas au courant non plus et ça s'arrange entre collègues et mon sentiment c'est que ça s'arrange plutôt comme ça entre collègues, c'est-à-dire que ce sont des choses dont personne ne parle. C'est-à-dire que si ça existe de façon importante c'est plus grave peut-être parce qu'on n'en parle pas... ça expliquerait peut-être aussi pourquoi on est très peu interpellé sur ces questions-là. (Responsable fédérale, CFDT Santé)

3.2.3. La relation soignants-soignés

Cependant, dans cette relation soignants-soignés, les personnels ne sont pas exempts d'attitudes racistes. Celles-ci peuvent s'exprimer « en coulisses » et refléter les stéréotypes largement associés, dans l'ensemble de la société française, aux catégories minoritaires :

Autre exemple que m'a donné une collègue récemment, c'est un jeune Beur qui a fait une chute en scooter, un jeune de 17 ans. Donc il a été soigné en urgence parce que, quand même, il ne fallait pas attendre. Et bien, dans la salle de pause, en arrière plan, dans le dos, ce qui a été dit c'est : « est-ce qu'il n'est pas tombé parce qu'il a voulu fuir la police ? » Le deuxième truc c'est : « est-ce qu'il n'avait pas volé le scooter ? » Tout ça parce qu'il était maghrébin. Il aurait été « blanc », il n'y aurait pas eu ce type de réactions. On est dans une imprégnation quand même très forte d'un racisme latent qui est la manifestation de quelques-uns, mais qui souvent nous empoisonne. Il faut avoir des convictions pour dire stop, se manifester pour faire en sorte que ce genre de propos ne soit pas... Ne soit pas ! (Responsable fédéral SUD Santé)

Mais ces attitudes peuvent aussi s'exprimer « sur scène » et se traduire en pratique, en particulier sous couvert d'une vision globalisante et essentialiste de la culture des minoritaires :

Le « syndrome maghrébin » c'est (...) si vous êtes hospitalisé, vous souffrez, vous géissez, etc., vos douleurs vont être prises en compte et l'expression de ces douleurs va être prise en compte. Si c'est un Maghrébin on va considérer qu'il exagère parce qu'il est sensible, etc. Donc, « arrêtez de pleurer, arrêtez de gémir. » C'est ça le syndrome maghrébin, c'est-à-dire que selon votre origine apparente, vous ne serez pas considéré, votre souffrance ne sera pas considérée de la même manière. Et c'est quelque chose de très, très fréquent. On retrouve ça par exemple en maternité. Une femme blanche qui en chie, sera prise en compte, une femme d'une culture autre sera considérée comme hystérique pour aller vite. Ça c'est très fréquent. (...) Le syndrome maghrébin, c'est continu, enfin, c'est certaines personnes, évidemment, qui analysent les choses... qui prennent en compte l'autre de manière différenciée. (Responsable fédéral SUD Santé)

Il faut souligner que ce type de réflexion est tout à fait exceptionnel et que sa formulation à probablement à voir avec la formation et l'expérience professionnelles en psychiatrie de notre interlocuteur. En règle générale, les syndicalistes semblent exclure la relation thérapeutique de leur champ de compétence. C'est partiellement vrai dans les

cas d'agression de patients sur les soignants et presque systématique lorsque la discrimination se produit en sens contraire. Les seules autres exceptions que nous avons rencontrées correspondent à la présentation par des syndicalistes de situation dans lesquels les attitudes discriminatoires de soignants provoquaient des conflits entre collègues. Ceci renvoie probablement à la fois à une sorte de sacralisation de la relation médicale, qui la placerait hors de l'intervention syndicale, et à la fois à une analyse du racisme qui ne le conçoit pas comme un rapport social susceptible de s'exprimer à travers n'importe quelle relation, y compris la relation thérapeutique. Et effectivement, parmi nos interlocuteurs fédéraux, le racisme tend à être analysé en termes d'idéologie politique et/ou en termes d'ignorance et de préjugés : « *En gros, on rejette, ce qu'on ne connaît pas donc on vit sur des idées préconçues qu'on se fait de l'autre.* » (Responsable fédérale, CFDT Santé).

3.2.4. Des relations où le racisme est difficile à décrypter

Au bout du compte, les relations entre les patients, ceux qui les accompagnent et les personnels sont d'autant plus complexes à analyser par les acteurs syndicaux que le mode de fonctionnement de l'institution n'est pas toujours facilement déchiffrable et que certaines pratiques ordinaires peuvent, de bonne ou de mauvaise foi, être taxées de racistes par des usagers mécontents :

Ce qui compte aussi, de manière générale, c'est une différence entre le ressenti et le réel qui peut être très importante. Par exemple, des personnes d'origines... des minorités comme vous dites, des personnes de couleur etc., par exemple au niveau d'une demande de ces personnes auprès du personnel, s'il y a un refus ou une position de dire "pas maintenant, etc.", "oui, c'est parce que vous êtes..." enfin, c'est une manifestation raciste. C'est-à-dire, il y a une frustration, il y a une autorité qui dit non et donc vous avez quelque chose qui peut être vécu... et ça c'est fréquent. (Responsable fédéral SUD Santé)

Les expressions du racisme en arrivent ainsi à être perçues conjointement comme étant de l'ordre de l'évidence, de la routine, et de l'ordre de l'incommensurable, de l'incompréhensible pour les majoritaires.

Q. : Ce qu'on m'a raconté aussi c'est que quand il y en a qui sont médecins, qui sont cadres... à un moment ou à un autre de leur carrière il y a toujours quelqu'un qui va aller leur demander, sans savoir à qui il s'adresse, de passer le balai ou de pousser le brancard.

Oui, ça doit arriver. [...] Quand vous êtes avec une blouse blanche, on vous appelle docteur ou on vous dit que vous êtes infirmière même si vous ne l'êtes pas. C'est comme ça hein. Ben oui parce que l'utilisateur est dans un hôpital, tout le monde est infirmier. (...)

Q. : Je ne suis pas sûr qu'il s'agissait de demandes émanant des usagers, mais plutôt...

D'autres professionnels ? Mais bien sûr. Quelque fois j'ai l'impression que c'est plus dur entre professionnels, ou les remarques ou les... ça peut être plus dur entre professionnels que d'utilisateur à professionnels. Je ne sais pas. Je ne sais pas, honnêtement je ne me rends pas compte. D'ailleurs, il m'arrive de penser que... Je ne suis pas sûr qu'on puisse vraiment se rendre compte que de vivre... parce que... ben parce qu'en France, on est là et puis on n'est pas noir ou on n'est pas arabe. Je pense que ce doit être quelque chose d'assez profond et je ne suis pas sûr qu'on puisse vraiment comprendre ce qui se passe, le regarder ou le ressentir, etc. (Responsable fédérale, CFDT Santé)

3.3.5. Les relations entre les personnels

Quand ils sont interrogés sur les relations interethniques entre salariés, les responsables nationaux concentrent leur propos sur l'attitude des minoritaires et parlent finalement très peu de ce qui se passe entre majoritaires et minoritaires, sauf en ce qui concerne la question des congés bonifiés que nous traiterons par ailleurs. C'est donc plutôt de communautarisme qu'il est question :

De manière générale, dans les hôpitaux, au niveau des personnes « différentes », c'est avant tout des personnes venant de nos départements d'Outre-mer (...) A l'AP de Paris, (...) vous avez une espèce de communautarisme, enfin on se regroupe pour se tenir chaud. (Responsable fédéral SUD Santé)

Ce communautarisme peut d'ailleurs être posé comme un problème et c'est alors le danger communautariste qui est évoqué :

Ensuite, il y a un autre problème, (...) j'ai été très frappée par une chose, c'est la tentation de ces communautés, pour des raisons que j'ignore, je n'arrive pas à comprendre, peut-être parce qu'eux se sentent rejetés, je ne sais pas, de se regrouper. C'est-à-dire qu'en fait, ils parlent en créole entre eux, par exemple. Peut-être parlent-ils en créole entre eux parce qu'ils ne se sentent pas bien intégrés mais, du coup, les autres se sentent rejetés de leur communauté, tout ça a des effets collatéraux qui sont assez curieux et je suis convaincue que ça mériterait des études beaucoup plus approfondies et qu'on ne peut pas se payer le luxe de la seule approche par la couleur de peau (...) C'est des choses sur lesquelles on a très peu de remontée. (...) C'est plus la question du communautarisme qui peut se poser pour les Domiens mais qui peut se poser pour d'autres communautés qui, de fait, sont un peu moins nombreuses... (Responsable fédérale, CFDT Santé)

Les minoritaires sont alors présentés comme tendant à s'auto-exclure en excluant les autres de leur sociabilité. Ils peuvent même développer des comportements agressifs en leur sein :

Ils sont y compris très, très durs entre eux. Très durs entre eux. Entre Domiens, entre les Réunionnais, les Guadeloupéens, les Martiniquais etc., je vous explique pas. Alors eux, ils se reconnaissent entre eux. Moi, vu de l'extérieur, ils sont tous noirs hein, le reste je suis incapable de savoir d'où ils viennent en les regardant. Entre eux, ils se reconnaissent. (Responsable fédérale, CFDT Santé)

Ce qui pose problème dans ce type de descriptif n'est pas tant le fait qu'il peut y avoir des relations tendues, au sein des communautés constituées dans le contexte migratoire - qui, d'ailleurs, peuvent reprendre des lignes de clivage pour partie politique et pour partie ethnicisées ou racisées, telles qu'elles existent dans les sociétés d'origine - c'est bien plutôt que cet aspect des choses tend à occulter le reste des relations entre collègues.

3.2.6 Le racisme institutionnel

Au-delà des attitudes individuelles, c'est l'organisation même de l'institution hospitalière qui peut inciter, y compris à leur corps défendant, les personnels à mettre en œuvre des pratiques discriminatoires à l'encontre des plus démunis et parmi eux, les personnes ethnicisées ou racisées :

Les filles elles s'en plaignent, ça elles ont du mal, c'est que maintenant on leur demande de trier les malades à l'arrivée [...] ça les filles elles en pleurent... [.../...] Dans les hôpitaux, justement dans les services d'urgence, c'est vrai que quand tu n'as pas de lit, que tu mets les gens dans les couloirs et ben... évidemment on va plutôt mettre sur les lits d'attente les immigrés, ceux dont on sait que personne ne viendra les voir parce qu'au moins ils ne verront pas qu'ils sont dans les couloirs. Mais on fait la même chose avec les personnes âgées (...) et les gars, les copains, les médecins et les infirmiers, ils ne le font pas par racisme, ils le font parce qu'ils ont pas le choix et celui-là, comme il n'a pas de famille ben tant pis, au moins on ne le verra pas. (Responsable fédérale, CGT Santé)

Dans cet exemple, selon cette responsable syndicale, ce serait la combinaison de la pénurie de moyens de l'hôpital public face à une demande croissante et d'une certaine éthique des fonctionnaires hospitaliers soucieux de préserver l'image de marque du service public qui aboutirait à un système de discrimination institutionnel.

Les pratiques infériorisantes de l'institution peuvent se retrouver également dans l'organisation inégalitaire du travail par l'encadrement :

Les comportements, c'est dans la parole... des paroles... comment dire... racistes... hein, ça existe... Et puis, le fait que... quand tu tries le boulot... tu vas donner des tâches plus ingrates à ... à ces catégories-là plutôt qu'aux « Blancs » quoi. Tu vois ça, c'est clair, dans la façon de distribuer le travail. Parce que l'encadrement distribue aussi le travail, il organise. (Responsable fédérale, CGT Santé)

Cependant, en règle générale, la dimension institutionnelle des pratiques discriminatoires est difficilement appréhendée par les responsables syndicaux comme le montre la question de la concentration durable des descendants de migrants et des originaires d'Outre-mer dans les emplois de catégorie C qui pose, notamment, la question de leur accès aux formations qualifiantes et aux possibilités de promotion professionnelle

Qu'ils soient, pour beaucoup d'entre eux en catégorie C, je pense que c'est exact parce qu'effectivement, il y en a beaucoup qui sont recrutés sans qualification particulière et donc qui démarrent comme agents de service hospitalier et qui, éventuellement, peuvent devenir Aides-soignants et ainsi de suite [...]. Mais est-ce qu'il y aurait une discrimination, je ne sais pas. Si c'est le cas c'est grave. [.../...] On est dans un champ professionnel où il y a beaucoup de professions réglementées, ce qui nécessite des diplômes, etc. [...] Est-ce qu'ils n'ont pas accès à la formation continue ? [.../...] Après, ce qu'on constate globalement dans la Fonction Publique Hospitalière, c'est que les gens qui ont le plus facilement accès à la formation ce sont les gens qui en ont le moins besoin. Catégories A, voire quelque fois, catégorie B. Donc de ce point de vue là, c'est vrai. Mais la discrimination pour le coup, elle vaut pour les catégories C globalement. Donc, ça c'est vrai globalement dans la Fonction publique hospitalière, mais c'est vrai aussi dans nos établissements privés. (Responsable fédérale, CFDT Santé)

On retrouve ici, de manière sous-jacente, une définition restrictive des discriminations racistes qui suppose l'existence d'une volonté d'inférioriser en fonction des origines. L'analyse en termes exclusivement sociaux des inégalités, occulte la question de la reproduction, dans l'univers hospitalier, d'un ordre social raciste qui assigne, tendanciellement, aux minoritaires les places les plus basses de la hiérarchie professionnelle.

Cette grille de lecture peut d'ailleurs être revendiquée comme un élément entrant dans une stratégie de lutte de classes, d'autant que, concrètement, s'affronter à ce type de discriminations indirectes pose la question épineuse de la preuve.

Q. Les syndicats n'argumentent jamais sur le fait que dans les catégories C on retrouve 80% d'issus de l'immigration, par exemple, et que d'une certaine manière c'est de la discrimination?

- J : *Non, pour moi ce n'est pas de la discrimination. Par exemple, dans les prisons il y a une sur-représentation des issus de l'immigration. Ce n'est pas parce que c'est culturel mais parce qu'il y a des racines sociales. Ce n'est pas un hasard si on retrouve ces populations dans les emplois les plus précaires.*

- M : *Dans la fonction publique, la discrimination n'est pas visible. Elle doit exister mais elle n'est pas visible parce que c'est interdit. Qu'une personne n'ait pas été titularisée parce que... c'est possible, mais honnêtement, c'est à la marge. La question sociologique de la formation, du niveau de qualification, là oui. Ça touche concrètement une population issue de l'immigration et une population ouvrière non issue de l'immigration qui habite tel ou tel quartier. Là c'est visible.*

- J : *C'est plus social que racial*

- M : *Oui, après, on sait qu'il y a des cas mais il faut les démontrer concrètement avec des éléments qui l'étayent. Et ça, on les a pas. C'est à la marge.*

(Responsables fédéraux SUD Santé.)

3.2.7. Au niveau national, des organisations syndicales peu sollicitées.

Tous nos interlocuteurs s'accordent à dire que les instances nationales de leurs syndicats ne sont que très rarement saisies de situations concrètes de discriminations ou d'attitudes racistes. Des cas peuvent évidemment se produire, et ils en connaissent, mais ceux-ci sont généralement traités par les militants locaux :

« *Au niveau du syndicat, on est peu sollicité.* » (responsable fédéral, SUD Santé)

« *On n'a jamais été saisi de ces questions-là, ça peut arriver que localement les gens soient saisis... je ne sais pas si c'est très fréquent...* » (Responsable fédérale, CFDT Santé)

« *Les copains disent qu'ils sont victimes de paroles et d'attitudes racistes, mais là, en parlant avec toi, je m'aperçois que ce n'est pas des questions qu'on... alors ça se traite plutôt dans les syndicats, quand les copains apprennent, peut-être pas tous, mais ils agissent localement en général. Mais c'est vrai que ça ne remonte pas au niveau de la direction fédérale.* » (Responsable fédérale, CGT Santé)

Faute d'être sollicitées par leur base, les fédérations n'ont pas approfondi cette question et la relative faiblesse de leurs forces face aux multiples dossiers qu'ils ont en charge ne les incitent pas non plus à prendre l'initiative en ce domaine :

« *Globalement on a peu travaillé ces questions-là* » (Responsable fédérale, CFDT Santé)

« *On ne traite pas bien cette question-là, mais ce n'est pas la seule [.../...] parce qu'on n'est pas assez nombreux. On traite surtout l'emploi, la formation - parce que c'est très important pour nous, c'est un secteur où on ne peut pas bosser sans qualification - conditions de travail, politiques de santé...* » (Responsable fédérale, CGT Santé)

Les fédérations participent aux campagnes anti-racistes nationales (contre l'extrême-droite, en soutien aux sans-papiers...), avec parfois des relais locaux, comme cette section SUD d'un hôpital de province qui parraine deux sans-papiers et les fait

embaucher dans l'établissement. Elles invitent leurs militants à participer aux formations confédérales (« *Les formations sont faites par la confédération sur la question du racisme, nos militants y participent comme d'autres.* » CFDT) ou laissent le soin à leurs instances locales d'organiser des formations syndicales générales sur le programme du Front National et l'histoire de l'immigration. Mais aucune n'a cherché à réfléchir systématiquement et à former ses militants aux formes particulières du racisme et des discriminations dans le secteur de la Santé. D'ailleurs aucune fédération du secteur ne s'est dotée d'un responsable de l'activité antiraciste.

3.2.8. Une absence de revendications spécifiques

De même, hormis la question des médecins à diplômes étrangers, qui sont très peu organisés dans les syndicats de salariés, et celle des originaires d'Outre-mer et de leurs revendications, que nous développerons dans le cadre de notre étude de cas, les fédérations ne sont pas porteuses de revendications spécifiques concernant les travailleurs ethnicisés ou racisés. Le discours des responsables de SUD Santé est particulièrement clair sur la question : « *il n'y a pas un positionnement national mais, dans l'activité syndicale, on a des interpellations concrètes aussi bien pour les patients que pour les soignants.* » Les difficultés qui peuvent surgir autour de l'affirmation d'une identité ethnique ou religieuse - nourriture sans porc, congés pour les fêtes religieuses musulmanes, demande de femmes d'être soignées par un médecin femme ou encore port du foulard islamique par des personnels soignants - sont très rares, elles se règlent au cas par cas, par la négociation au sein des services et des établissements et généralement sans grandes difficultés.

« En clair, le syndicat n'a pas un tract régulier et une intervention régulière sur ces questions spécifiques. Ça dénote quelque chose. Ça prouve qu'il n'y a pas un si grand nombre que ça de personnels qui revendiquent une identité religieuse ou culturelle, donc le syndicat n'est pas exposé à ça. Il reste, à la marge, des trucs individuels. » (Responsable fédéral SUD Santé)

D'un point de vue stratégique, il s'agit de réintégrer la question des discriminations racistes dans un cadre universaliste globalisant qui permette de faire l'unité des salariés face aux employeurs :

Je dirais que le seul liant national c'est la question de la précarité et là, notre argumentation c'est de dire que les gens touchés sont les gens de milieux défavorisés et parmi eux les gens issus de l'immigration [.../...] Donc là, la revendication syndicale est portée de façon unifiante et non pas de façon spécifique [.../...] Maintenant quant à porter des revendications pour les issus de l'immigration, pour la 3^e ou la 4^e génération des quartiers, ce serait une erreur politique de le faire puisque la majorité issue de ces quartiers [...] vivent à peu près la même situation. On va retrouver à l'intérieur de ça des parcours individuels subis de discrimination à l'embauche, etc. Tout parcours d'issu de l'immigration est un parcours du combattant plus difficile que si tu n'es pas issu de l'immigration, mais le vécu et le résultat concret du vécu social est le même. Sauf qu'on va trouver à l'intérieur de chacun de ces groupes des parcours jalonnés d'obstacles différents, des vécus différents. Si t'es noir, bien sur tu as des problèmes différents. Donc on le traite ça, mais on ne le traite pas de manière spécifique en disant, ouais il faut des... parce que le bout c'est le quota hein ?

[.../...] On a parfois des postes vacants, on a des manques d'effectifs chroniques. Donc quand on y oppose le nombre de précaires, la revendication elle est simple. On ne va pas à l'intérieur de ça dire : il faut donner à... ça serait une erreur politique de faire ça. (Responsable fédéral SUD Santé)

Cette absence de revendications spécifiques justifie d'ailleurs l'absence de formes régulières d'intervention spécifiques envers tel ou tel groupe de travailleurs minoritaires :

Il y a une vingtaine d'années, il y avait des tracts qui, au verso, étaient écrits en arabe. Aujourd'hui, en France, honnêtement ça ne sert pas à grand chose. Donc c'est quasiment fini, sauf ponctuellement sur tel ou tel aspect [comme sur la question de la Palestine.] (Responsable fédéral SUD Santé)

3.3. Les minoritaires au sein des organisations syndicales

D'un point de vue quantitatif, comme toujours en France, les organisations syndicales ne dénombrent pas leurs adhérents ni leurs militants par origine ethnique. Les responsables fédéraux n'ont donc, au mieux, qu'une très vague idée de la proportion de minoritaires dans leurs effectifs.

3.3.1. L'accès aux responsabilités et la représentation des minoritaires

De même, les uns et les autres ont cité des militants minoritaires parmi les responsables ou les permanents fédéraux, sans que cela ne corresponde à une volonté systématique de promotion interne à leur organisation. Au contraire, la position affirmée par les responsables de SUD ou de la CFDT est plutôt celle du daltonisme volontaire :

Quand on a à traiter des questions de nature politique, on ne regarde pas ni la couleur de la peau ni quoi que ce soit [...] De la même façon pour le recrutement, les responsabilités etc., on n'a pas... Ici, à la fédé dans les responsables on a... une Malienne, enfin d'origine malienne, on a... quelqu'un des Comores, des salariés qui sont d'origine maghrébine, un Tunisien. On a ici, sur 37 permanents, on doit avoir à peu près une dizaine de personnes qui font le ramadan par exemple. Tout le monde s'en fout. Enfin, tout le monde s'en fout... ils font le ramadan, ils ne veulent pas manger ? Ils ne veulent pas manger, c'est leur problème ça. Personne n'en parle quoi. (Responsable fédérale, CFDT Santé)

Quant à la CGT, si l'arrivée de responsables issus de minorités ethniques est souhaitée, elle n'est ni organisée ni systématiquement suscitée jusqu'à présent. Ceci aboutit, de fait, à une situation comparable à celles des autres organisations syndicales :

Ce sont les syndicats qui font des propositions de candidatures à la CE [commission exécutive fédérale], ça ne remonte pas d'en bas. Dans les commissions de candidature, je n'ai jamais vu qu'on refuse des copains en fonction de leur origine. Au contraire, quand il y en a qui se proposent, « tient, chouette on a un Marocain, ou on un... », tu vois. Il n'y a pas de volonté de ne pas les mettre, c'est que ça ne monte pas des syndicats. (Responsable fédérale, CGT Santé)

Cette situation est d'autant plus paradoxale, que la crise des « vocations militantes » entraîne de réelles difficultés à pourvoir la totalité des postes de permanents fédéraux. Mais l'accès aux postes de responsabilités nationales suppose que les militants aient déjà pu faire leurs preuves dans leurs établissements ou dans les structures départementales.

Q. Il y a peut-être aussi un problème de cristallisation des permanents [qui deviennent inamovibles]

- Ben c'est pas le cas dans notre fédération parce que je peux te dire que je gagnerais mieux si j'étais resté dans ma boîte. *[Les permanents syndicaux perdent les primes qui constituent une part importante des revenus].*

Q. C'est pas seulement une question de salaire, c'est pas la même chose d'être aide-soignante ou de faire du syndicalisme

- Le problème c'est que... oui, oui bien sûr, mais c'est pareil, t'as du mal à trouver... Tu sais, une fois que tu sors de la CGT, pour retourner dans ta boîte, on ne te reprend pas comme ça hein ? Tu crois que les patrons ont envie de se reprendre un permanent de la CGT ?

Q. Dans le privé oui, mais dans le public ?

- Même dans le public, ils n'ont pas le choix, mais ça ne se fait pas si facilement que ça. X, elle vient d'être intégrée dans un établissement là-bas au bout de deux ans alors qu'elle est du public. [...] Il a fallu deux ans de bagarre pour qu'elle soit intégrée. (...) dans le privé je t'en parle pas.

Q. Ça va dans le sens de ce que je disais (...) ça explique peut-être aussi le nombre d'accès limité aux postes de responsabilité. Que ce soit volontairement ou involontairement, les permanents restent permanents...

- C'est vrai que, des fois, il y a des choses un peu étonnantes. Mais c'est vrai que dans certains syndicats, il y a des copains, ils ne veulent plus quitter les places et les jeunes qui arrivent derrière, ils n'arrivent pas à devenir secrétaire général du syndicat.

De même, à la CFDT, la question de la présence de salariés minoritaires en position éligibles lors des élections professionnelles n'est pas considérée comme une priorité et la représentation de la diversité du personnel est avant tout conçue en termes de sexe et de catégories professionnelles :

Q. Je pensais à des choses qu'on a vues à la RATP notamment, un élu CFDT au niveau de son dépôt de bus qui expliquait que pour accéder à des fonctions de responsabilités à l'intérieur de sa section syndicale, ça n'a pas été simple, notamment parce que les autres syndiqués se disaient que le présenter aux élections professionnelles ce n'était pas forcément une bonne idée pour faire des voix quoi.

- Ouais, ouais. A l'inverse vous pouvez avoir le réflexe de mettre des gens originaires des DOM sur les listes par exemple, pour justement avoir les gens des... Vous voyez, c'est ambigu, c'est ambigu. Non, moi je n'ai jamais eu connaissance de ça, moi. [...]

Q. Quand vous disiez on peut avoir la tentation de mettre des gens originaires des DOM pour avoir les voix des gens originaires des DOM, ça vous choque ?

- Ça me choque si c'est la seule raison et ça me choque si on n'a pas le même raisonnement par rapport aux femmes, par exemple. C'est-à-dire que quand on a 80% de personnels féminins, on ne se pose pas la question de savoir si il faut mettre plus de femmes sur les listes. On met des hommes sans hésiter. Et moi je pense qu'il faut qu'on ait le réflexe. Si on veut être représentatif de ce qu'est le personnel, ça me choque pas. Mais à ce moment là il faut l'être jusqu'au bout.

Q. Et alors, il y a une réflexion syndicale là-dessus ?

- On a deux pistes de réflexions. On a une réflexion sur la question de comment être représentatif dans le champ professionnel : c'est les proportions de femmes et d'hommes et les proportions d'origine socioprofessionnelles. En fait nos préoccupations sont plus sur les origines socioprofessionnelles ou hommes-femmes que sur la question de l'origine des personnes. [...] C'est-à-dire qu'en clair, si on dit qu'il faut être représenté dans le groupe infirmier, le problème n'est pas de savoir si l'infirmier en question est noir ou blanc, c'est de savoir si c'est un infirmier ou une infirmière. (rire) Voilà. Alors, après, on peut mettre une infirmière noire, par exemple, si on veut être... voilà. Mais vous voyez, on

est plus préoccupé par ça, parce que trop souvent dans nos milieux professionnels, on a une sur-représentation des catégories C dans les responsables syndicaux et une sous-représentation des catégories B.
(Responsable fédérale, CFDT Santé)

L'enjeu que représente la capacité d'un syndicat à représenter l'ensemble du personnel, y compris dans ses composantes minoritaires, n'est pourtant pas complètement ignorée. C'est ce dont témoigne le soucis de gestion de l'image de la diversité de ses militants par la fédération CGT qu'exprime cette responsable fédérale en montrant que dans les illustrations de la presse syndicale, et en particulier sur les photos des manifestations, il y en a toujours qui mettent en scène des originaires d'Outre-mer, etc.

Ça on y fait très, très attention. Et quand on fait des campagnes de syndicalisation, même pour le congrès on s'arrange pour qu'il y ait plusieurs visages, ça on fait très attention à ça, que tout le monde se retrouve bien à travers de notre étiquette, tu vois..

3.3.2. L'absence d'organisation autonome des minoritaires

Aucune organisation syndicale du secteur de la Santé n'a créé des formes d'organisation spécifiques destinées aux travailleurs minoritaires, ce qui d'ailleurs est cohérent avec le fait qu'elles ne sont pas porteuses de revendications spécifiques. Même la CGT, qui dans certaines entreprises ou certains secteurs organise des commissions « immigration » ne s'est pas dotée de structures de ce type dans la Santé : « *Alors, on ne travaille pas dans la fédération la filière immigration, on n'a pas de collectifs immigration où on pourrait travailler ça avec tout le monde dedans.* (Responsable fédérale CGT Santé).

Et même pour ce qui concerne les originaires d'Outre-mer qui, eux, ont des droits et des revendications spécifiques, aucune organisation syndicale n'a constitué des formes d'organisation autonome. La CFDT et SUD ont, bien sûr, au niveau fédéral des spécialistes qui travaillent sur les aspects techniques de la mise en œuvre des droits spécifiques comme les congés bonifiés ou l'indemnité d'éloignement, mais pour le reste, l'organisation spécifique des originaires des DOM-TOM est renvoyée vers les associations.

Q. Il y a des formes d'organisation spécifiques des originaires d'Outre-mer dans la CFDT ?

- Non.

Q. Pas des syndicats à part, mais des collectifs, des structures plus spécialement chargées de travailler sur les questions statutaires spécifiques...

- Non, ils font ça dans le cadre de leurs syndicats, mais c'est tout mélangé, c'est tout le monde. Je ne vois pas pourquoi d'ailleurs ils travailleraient eux tout seuls sur les questions statutaires. C'est comme si on disait, les infirmières vont travailler sur leur propre statut, les aides-soignantes sur leur propre statut. A ce moment là, ce n'est pas la peine qu'on fasse un syndicat inter-professionnel.

Q. Oui, tous les syndicats tiennent le même discours, mais dans la CGT par exemple, il y a des collectifs Outre-mer... [.../...]

- Non, on ne fonctionne pas du tout comme ça. Ils sont adhérents de leur syndicat. Par contre, il leur arrive de faire quelque fois des trucs d'information spécifique sur leur radio [...], qui n'est pas la radio de l'AP-HP mais la radio des gens d'Outre-mer. Ils font effectivement et, évidemment, c'est eux qui font, mais ce n'est pas organisé pour qu'ils le fassent. (Responsable fédérale, CFDT Santé)

Quant à la CGT, elle s'est dotée de structures collectives particulières, les collectifs Outre-mer, qui sont aujourd'hui travaillés par de nombreuses contradictions. Elle constitue ainsi une exception en la matière, mais une exception ambiguë.

3.4. Les originaires d'Outre-mer et les organisations syndicales

Dans la deuxième moitié des années 70, face à leur marginalisation sociale et économique en métropole, les migrants d'Outre-mer – en particulier ceux salariés des PTT et de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris – ont développé un mouvement revendicatif autonome. D'importantes manifestations de rue ont lieu en avril 1976, juillet 1977 et mars 1978, autour de trois revendications principales : le droit « aux congés aux pays cumulés pour l'agent et sa famille tous les deux ans avec voyage payé ; plus deux semaines de congé annuel hors cumul » ; la « titularisation des auxiliaires en métropoles et l'arrêt du recrutement des auxiliaires dans les DOM-TOM » ; le développement économique des pays d'origine et la « création massive d'emplois avec formation professionnelle correspondante et priorité d'embauche et de mutation pour les originaires des pays d'Outre-Mer »²⁶.

Si la CGT et la CFDT ont soutenu, au moins formellement, ces premières mobilisations, elles rechignaient à intégrer dans leurs démarches revendicatives globales ces exigences spécifiques et tout particulièrement celles qui relevaient de la dimension plus politique du devenir des sociétés d'origine colonisées. Ces réticences des organisations syndicales ont suscité un débat entre les militants d'Outre-mer quant aux modes de structuration et de mobilisation les plus efficaces, d'où il est ressorti deux grandes options : la constitution d'un syndicat spécifique engagée dans la lutte pour l'indépendance des DOM ou l'activisme dans les grandes organisations confédérales avec la perspective de constituer en leur sein des groupes spécifiques capables de peser sur les appareils syndicaux et leurs directions. Si les tenants de la ligne « autonome » n'ont jamais eu les moyens de la mettre en œuvre, les partisans de l'intervention dans la CGT et la CFDT n'ont connu qu'un succès mesuré, bloqués dans leur stratégie par la faible syndicalisation des ressortissants d'Outre-Mer et par l'opposition des directions syndicales qui les soupçonnaient de gauchisme.²⁷

A la fin des années 70, dans un contexte global de reflux des luttes et de montée du chômage, sans véritables relais dans les confédérations syndicales, les mobilisations des migrants d'Outre-mer vont s'essouffler. Le début de la décennie suivante va donc voir les originaires d'Outre-mer « désertier en tant que groupe spécifique le terrain des luttes socioprofessionnelles au profit de la vie associative »²⁸ avec la création de centaines de structures²⁹. A l'exception de la CGT, les organisations syndicales ont, en quelque sorte, pris acte de cette réorientation de l'engagement militant dans les associations en leur laissant le soin d'organiser et de mobiliser de manière spécifique les originaires d'Outre-mer, se contentant d'accompagner plus ou moins le mouvement.

3.4.1. Les originaires d'Outre-mer dans la CGT.

Si l'investissement collectif des originaires des DOM dans les confédérations syndicales a connu un essoufflement à la fin des années 70, il n'a pas pour autant disparu, en particulier dans la CGT, et il reflète l'ambiguïté statutaire de ces militants un peu « à part » qui sont à la fois des immigrés et des nationaux, des « Franco-Français » et des originaires de ces derniers « confettis » de l'empire colonial auxquelles la confédération reconnaît le droit à l'autodétermination. Car les originaires d'Outre-Mer bénéficient

²⁶ Cités par GIRAUD M, MARIE C-V, "Insertion et gestion socio-politique de l'identité culturelle : le cas des Antillais en France.", *REMI*, vol3, n 3, 1987 : p35.

²⁷ Cf. GIRAUD M, MARIE C-V, op. cit. p39-40

²⁸ GIRAUD M, MARIE C-V, op. cit. p36

²⁹ L'ANT en recensait 827 en 1987.

dans le syndicat d'un traitement organisationnel spécifique, tant dans les départements d'Outre-Mer qu'en métropole.

Dans les DOM, toutes les Unions Départementales de la CGT sont devenues des centrales syndicales indépendantes depuis 1974, en conservant une affiliation formelle à la CGT. A ce titre, les relations avec l'Outre-Mer relèvent de la responsabilité du secteur international de la confédération. En métropole, les originaires d'Outre-Mer se sont progressivement dotés de collectifs spécifiques (les « collectifs Outre-mer ») chargés de veiller à la prise en compte de leurs revendications spécifiques à l'intérieur des structures syndicales (syndicats, fédérations, unions) où ils sont présents. Sous d'autres formes que dans les années 70, ces collectifs sont porteurs de préoccupations qui reflètent la double dimension des originaires des DOM de populations immigrées et de populations colonisées. La première s'actualise essentiellement à travers la défense du droit aux congés bonifiés, tandis que la seconde a trouvé un nouveau terrain d'expression dans la lutte pour la reconnaissance de la traite négrière et de l'esclavage comme crime contre l'humanité³⁰.

Dans un premier temps, après la transformation des Unions Départementales de Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion en confédérations indépendantes, ces collectifs ont été rattachés au secteur confédéral « immigration ». Mais cette affiliation semble avoir été suffisamment mal vécue par les intéressés pour nécessiter la création d'une structure spécifique, l'actuel « Groupe d'Impulsion à l'activité en direction des originaires d'Outre-Mer », relevant, à partir du milieu des années 80, de la double tutelle des secteurs confédéraux « international » et « action revendicative ».

Ce Groupe d'impulsion est une structure confédérale nationale qui coordonne l'activité de collectifs locaux - dans certaines Unions Départementales et Unions Locales, essentiellement en région parisienne - et de groupes intervenant dans les secteurs d'activité - en particulier dans la Santé - où sont concentrés les migrants d'Outre-mer en métropole. Le groupe d'impulsion et les collectifs ne sont pas élus et n'ont donc pas de pouvoir décisionnel. Ils n'ont pas non plus pour fonction de regrouper séparément les originaires d'Outre-mer, la présence d'autres militants y est d'ailleurs souhaitée, mais de faire reprendre en charge leurs revendications et leurs axes de mobilisation spécifiques par les différentes instances syndicales régulières.

Dans l'ensemble, selon bon nombre de militants investis dans ce secteur d'activité, cette prise en compte ne va pas de soi et, bien souvent, l'attitude usuelle des structures syndicales face à la question des originaires d'Outre-mer oscille entre la délégation et le désintérêt quand ce n'est pas de la méfiance qui est manifestée. La tendance à la délégation apparaît dès lors qu'il s'agit de prendre en charge des revendications spécifiques, techniquement complexes à gérer mais qui sont indispensables pour conserver une base électorale et militante. Plus généralement, plusieurs militants de ce secteur se plaignent de ce que toutes les situations, aussi banales soient-elles, leur sont adressées dès lors qu'elles concernent des originaires d'Outre-mer. Le désintérêt s'exprime dans la place accordée aux originaires d'Outre-Mer et à leurs revendications spécifiques dans les réunions des instances syndicales : dernier point mis à l'ordre du jour ; difficultés pour prendre la parole, pour être écoutés et pour accéder à des responsabilités syndicales. Mais, au-delà d'une certaine indifférence, il arrive aussi que s'expriment des réactions de méfiance, de crainte du « particularisme » ou du « communautarisme ».

³⁰ La CGT revendique la transformation de la journée de commémoration de l'esclavage en jour chômé.

Ce sentiment d'être peu et/ou mal pris en compte par les instances syndicales « régulières », aboutit aujourd'hui à une situation de crise relative de cette forme d'organisation dans la CGT qui se cristallise autour du rôle et du fonctionnement du Groupe d'impulsion. D'un côté, statutairement, le Groupe d'impulsion n'est pas une forme d'organisation ou de représentation spécifique des originaires des DOM. En conséquence, les principales instances concernées (fédérations, unions syndicales) réaffirment que sa fonction consiste à alimenter leur réflexion et à coordonner leurs initiatives, tout en soulignant que, pour être efficaces, les Ultramarins ont besoin de l'appui de tous les salariés et de l'ensemble de l'organisation syndicale. De l'autre côté, les principaux animateurs du Groupe d'impulsion soulignent que, de fait, les originaires d'Outremer ne peuvent compter que sur eux-mêmes pour défendre leurs intérêts, que les instances syndicales prennent mal en charge cette question, notamment parce que les Ultramarins y sont peu représentés. Ils souhaitent donc que la confédération leur reconnaisse un rôle d'initiative leur permettant d'organiser les campagnes revendicatives devant être reprises en charge par les différentes instances syndicales.

Ces divergences de point de vue reflètent l'ambiguïté de cette forme de structuration : le Groupe d'impulsion et les collectifs ne sont pas des structures autonomes et ils ne sont pas là pour auto-organiser les originaires d'Outre-mer. Pourtant, les instances syndicales ont tendance à se décharger sur eux de toutes les questions spécifiques et, bien souvent, ils ne regroupent que des originaires d'Outre-mer. Pendant des années, cette source de contradiction a été relativement masquée par la personnalité charismatique de la principale animatrice de cette activité qui cumulait cette responsabilité avec d'autres au sein de la Fédération de la Santé et de l'Union Syndicale de l'AP-HP. « Vieille » militante CGTiste, connaissant tous les rouages de la maison, elle incarnait, au sens propre, l'interface entre les structures spécifiques et les instances décisionnelles. Sa mutation pour les Antilles s'est traduit par la nomination de nouveaux responsables qui, en exprimant des points de vues divergeant, font apparaître crûment les limites et les contradictions de ce mode organisationnel.

3.5. La gestion du racisme dans les organisations syndicales

Dans leur ensemble, les responsables fédéraux considèrent qu'il n'y a pas de racisme dans leurs syndicats, si ce n'est sous la forme de cas individuels particuliers qui sont très généralement réglés localement sans avoir recours à une intervention des instances nationales.

Q. Et il y a une réflexion particulière sur comment on intègre à l'organisation syndicale les militants qui sont issus de...

- *Non, la question ne se pose pas.*

Q. Parce qu'il n'y a jamais de réticence à l'intérieur de l'organisation syndicale, il n'y a jamais de racisme ?

- *A ma connaissance, à ma connaissance, dans notre champ fédéral, la question s'est posée une fois. Depuis 14 ans que je suis là, j'ai été alertée une fois et ça a été réglé par un coup de téléphone. Il peut y avoir des questions de nature politique, mais dans les deux cas, le problème de l'origine ne se pose pas.*

(Responsable fédérale, CFDT Santé)

Cependant, tous les responsables nationaux soulignent que les sondages « sortie des urnes » montrent à chaque élection qu'un pourcentage non négligeable d'électeurs du Front National se déclarent proches de leurs organisations. La question se pose donc de l'attitude à adopter vis-à-vis des syndiqués affichant une proximité avec l'extrême-

droite politique ou tenant des propos racistes. Bien qu'elles soient conscientes de l'enjeu pour leur image et pour leur capacité à attirer des adhérents minoritaires, il ne semble pas que les fédérations syndicales cherchent à être systématiquement informées de ces situations, ni qu'elles aient décidé d'une conduite type à suivre par les instances concernées.

- A une époque les copains, dans les syndicats, moi je me rappelle, il y avait un syndiqué, c'était un mec qui avait adhéré chez nous et qui tenait des propos racistes, on l'a viré, mais c'était l'époque où on faisait ça sans problème, aujourd'hui t'oses plus virer les gens. Moi je pense que ça porte préjudice à l'organisation parce qu'on est jugé aussi en fonction de ce qu'on est et les salariés ne nous font pas de cadeaux

Q. et la question s'est déjà posé dans la fédération de la Santé ?

- Non, moi ça ne me dit rien du tout... mais dans les syndicats, il y a des fois des... on a eu des problèmes. Le problème, on a vu lors des dernières élections, puisque tu sais à chaque fois ils font un sondage (...) on voit bien que maintenant il y a une proportion des syndiqués qui votent Le Pen... en même temps ce n'est pas étonnant parce que, quand tu vois ce qu'il est capable de faire, il en trouve partout, il en trouve plutôt dans les basses catégories ... et plutôt chez ceux qui ont le plus de problèmes hein

Q. Quand tu dis qu'il y a eu des problèmes dans les syndicats, tu veux dire dans les sections syndicales ?

- Oui, d'adhérents racistes... qui se sont fait virés, mais je pense que maintenant ça se fait plus ça, c'est plutôt toléré ça, c'est plutôt toléré je pense.

Le choix peut d'ailleurs être assumé de conserver dans l'organisation certains adhérents pour essayer de les convaincre et de les faire évoluer, plutôt que de les laisser « *tout seuls, raconter leurs conneries dans leur coin* » :

- On a encore dans notre section un adhérent qui vote FN, qui le proclame et qui est à SUD. Donc question. Il n'est pas militant FN et il n'est pas militant syndical. Et ce qui est paradoxal, c'est que la section syndicale a parrainé des sans-papiers. On en discute en section, il vient, il vote contre, on parraine deux sans-papiers mais il est toujours au syndicat. C'est quelque chose qu'il faut prendre en compte même si c'est en proportion infime. Je pense que s'il est chez nous c'est qu'on est un syndicat de lutte et qu'il s'y retrouve. (...) Malgré nos positionnements clairs sur l'anti-racisme, l'anti-fascisme (...) ça n'empêche pas une personne comme ça de se retrouver à l'aise dans le syndicat.

Q. donc là, il y a eu débat sur son exclusion ou non ?

- J : Oui, la question s'est posée. La position majoritaire était contre l'exclusion. (Responsable fédéral SUD Santé)

Cependant, là encore, les responsables syndicaux tendent à se référer implicitement à une conception très restreinte du racisme, compris comme une idéologie ouvertement affirmée. En conséquence, les représentations racisées que les militants syndicaux peuvent se faire du monde social et les attitudes et les pratiques qui leurs sont associées ne sont pas prises en compte dans leurs réflexions sur la question du racisme dans les syndicats. Cette définition réductrice peut être illustrée par une situation décrite par une dirigeante de la fédération Santé de la CFDT, mais cet exemple reflète une approche qui, loin de lui être spécifique, est largement partagée.

A l'occasion du regroupement des services de cuisine de deux hôpitaux parisiens, elle rencontre les équipes syndicales de ces établissements et elle leur propose de faire un questionnaire destiné aux salariés concernés. Elle a alors la surprise d'entendre ces militants lui répondre que ce n'est pas possible parce que la quasi-totalité des agents sont originaires des DOM et qu'ils n'écrivent pas ou ne parlent pas français.

- *J'étais sidérée. Je leur ai dit qu'ils peuvent toujours poser les questions et remplir eux-mêmes les questionnaires. Moyennant, ils ont découvert qu'ils écrivaient, qu'ils n'étaient pas plus bêtes que d'autres, etc. Mais il y avait un état d'esprit très particulier. [...] Mon sentiment c'est que c'est surtout de l'ignorance, en gros, on ignore toute une partie du personnel, c'est surtout ça. [...]*

Q. Tout à l'heure, je vous avais demandé si vous aviez rencontré des questions de racisme, de discrimination dans l'organisation syndicale, pour moi, là, on est dans ce cadre là.

- *Sauf qu'en même temps dans cette section syndicale, ils avaient deux militants CFDT qui eux-mêmes travaillaient dans cette cuisine et qui disaient, oui, oui, on ne peut pas faire de questionnaire. [...] Ils y sont allés, ils l'ont fait le questionnaire, mais je ne sais pas... Donc quand j'ai répondu, dans le syndicat il y a des personnes de toutes origines, ça ne pose pas de problème plus que ça pour l'accession aux responsabilités et autres. Après qu'on ait des militants qui aient ce réflexe là, oui. (...) [Les sondages] montrent qu'il y a environ 7% des gens qui se disent sympathisants CFDT qui votent à l'extrême droite et une proportion à peu près équivalent qui vote à l'extrême gauche, forcément, on a du rejet.*

Q. Mais ce que vous me racontez là, ce n'est pas du rejet...

- *Ben quelque part c'est on y va pas, on veut pas voir, on n'a pas envie quoi. Ce que je n'ai jamais compris c'est est-ce que c'est « on n'y va pas parce qu'on n'ose pas y aller » ou est-ce que c'est « on y va pas parce que ça ne nous intéresse pas » ? Je n'ai jamais vraiment compris. (...) J'ai été obligé de les pousser dans leurs retranchements. (Responsable fédérale, CFDT Santé)*

3.6. Les limites de l'analyse syndicale du racisme et leurs conséquences

Au bout du compte, il ressort de ces entretiens avec les responsables fédéraux une cohérence qui se construit autour de la difficulté à conceptualiser le racisme et plus encore à l'appréhender dans la diversité de ses manifestations. En cantonnant le racisme à une idéologie politique importée de l'extérieur dans l'univers de la Santé et dans ses organisations syndicales, il devient difficile d'analyser les multiples processus qui produisent quotidiennement l'altérité des minoritaires, notamment dans la relation avec les collègues ou les autres militants et ceux qui, à travers des fonctionnements routiniers, les cantonnent à des situations infériorisées dans le travail ou dans les syndicats. Faute d'une telle analyse, la question d'une prise en charge syndicale du racisme et des discriminations, comme celle de l'intégration des minoritaires dans les syndicats, tend à se limiter à des affirmations de principes, bien intentionnées mais souvent peu efficaces.

Même lorsque s'exprime une volonté réelle de saisir de cette question, la faiblesse théorique de l'analyse des responsables syndicaux les conduit à un certain désarroi dans la manière d'aborder le problème avec les principaux intéressés :

- *Après moi, je me pose la questions de savoir comment je peux aborder ces sujet là sans... sans... les blesser, tu vois... Alors sans exagérer, il faut trouver... alors je cherche...*

Q. *pourquoi tu dis « sans les blesser » ?*

- *Parce que j'en connais certain, rien que d'en parler, ils le vivent mal. [...] d'avoir le sentiment d'être victime du racisme... ils sont sensibles, hypersensibles. [...] Donc il faut qu'on arrive à parler de ça sans que ça apparaisse comme 'on en parle parce que il faut absolument en parler' et puis 'on les défend parce que il faut'. C'est comme quand je fais une manif et que je*

prends la parole, des fois je me dis « comment je vais faire pour dire ces choses là et être comprise et pas... pas faire de la récup... » je cherche, en ce moment, je cherche comment aborder ces questions-là. (Responsable fédérale CGT)

La question se pose, notamment, de prendre en compte la situation infériorisée vécue par de nombreux salariés minoritaires, sans redoubler leur stigmatisation :

(...) un copain, adorable au demeurant, (...) qui, quand on fait une manifestation, prend sans arrêt le slogan de dire « oui, on était bien content de vous trouver pour », comment dire, « torcher les fesses des malades » alors que bon... il n'y avait pas que ça ... c'est embêtant de dire ça, parce que ça dévalorise aussi leur apport. (...) Il ne le fait pas méchamment mais c'est ce genre de réflexion qui n'est pas forcément bien vécue par eux. Il faut qu'on fasse attention. (Responsable fédérale CGT)

Cette compréhension restrictive du racisme rend aussi difficile l'analyse des discriminations institutionnelles qui s'expriment notamment dans la mise en œuvre des droits spécifiques des originaires d'Outremer. Alors que, depuis des décennies, l'État français traite de manière ouvertement inégale ses fonctionnaires métropolitains « expatriés » dans les DOM et leurs homologues ultramarins affectés sur le territoire européen de la France, la qualification de ces pratiques comme racistes semble ne pas être évidente tant le terme reste chargé d'une dimension morale, accusatrice, qui rend son usage particulièrement délicat.

Nous, qu'on joue la carte des discriminations, c'est normal, c'est comme ça qu'il faut le faire. Mais après, moi je me demande, est-ce que je vais jusqu'à la carte du racisme ? (...) Ce que je ne veux pas, c'est paraître démagogique (...). Parce qu'après, ce que je me dis, mettre ça dans la balance, est-ce que ça ne leur fait pas plus de mal que de bien... je réfléchis... (Responsable fédérale CGT)

Comme souvent en pareil cas, la solution passe par une déconnection entre racisme et discriminations. Le deuxième terme paraissant plus acceptable et moins violent que le premier dont le maniement s'apparente à celui d'une arme atomique.

4. L'ÉTUDE DE CAS : L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS (AP-HP)

Nous avons plus particulièrement centré notre enquête sur l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) et certains de ses établissements en mettant au cœur de notre questionnement le cas des originaires d'Outre-mer. Créée au 19^e siècle, l'AP-HP est un énorme opérateur public du secteur de la Santé, « un État dans l'État » pour reprendre les termes d'un responsable syndical national. Avec un budget de plus de 6 milliards d'Euros en 2002, l'AP-HP emploie plus de 18.000 médecins et près de 75000 personnels non-médicaux (72.000 équivalents temps pleins), répartis dans 39 établissements. Outre les structures de soins, l'AP-HP c'est aussi 37 centres de formation professionnelle, près de 150 équipes de recherche, deux musées, quatre centrales d'achats ou encore la plus grande blanchisserie industrielle d'Europe. Par rapport à celle de l'ensemble des établissements publics hospitaliers, la répartition des personnels non-médicaux de l'AP-HP par grandes filières, présente quelques particularités : un poids plus important des personnels médico-techniques (+2,3%) et administratifs (+1,7%) au détriment des personnels techniques et ouvriers (-4,2%).

Effectifs des personnels non-médicaux des établissements de Santé en équivalents temps pleins

| | AP-HP Effectifs (2003) | AP-HP % (2003) | Ensemble Etablissements Publics (2002) |
|--|---------------------------|-------------------|--|
| Personnels administratifs | 9424 | 13 | 11,3 |
| Personnels soignants et éducatifs | 52140 | 71,7 | 71,5 |
| Personnels médico-techniques | 5192 | 7,2 | 4,9 |
| Personnels techniques | 5849 | 8,1 | 12,3 |
| Total | 72606 | 100 | 100 |

Source : SAE, DREES.

Ces légères variations ne remettent pas en question la prédominance des soignants qui représentent près des trois quarts des personnels non-médicaux.

A ces agents permanents, il convient d'ajouter un volant d'environ 3500 à 4000 personnes hors cadres (personnels de remplacement et personnels payés à l'heure) qui représentent donc entre 4,5% et 5% des effectifs non-médicaux selon les années.

4.1. Les évolutions en cours à l'AP-HP

Comme l'ensemble du secteur public hospitalier, l'AP-HP est confrontée à deux enjeux majeurs et en partie contradictoires : faire face aux difficultés de recrutement de main d'œuvre qualifiée et répondre à la commande politique de restructuration de l'offre de soins et de rentabilisation de l'institution hospitalière dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Après plusieurs exercices budgétaires en déficit, la direction de l'AP-HP a présenté un plan stratégique de retour à l'équilibre financier qui vise à réduire ses dépenses de 240 millions d'euros en cinq ans, tout en redéfinissant les activités de ses établissements. Ce plan prévoit la suppression de plus de 4000 emplois statutaires parmi les personnels administratifs et techniques et l'embauche de 2200 soignants et de 4000 emplois aidés³¹.

³¹ Payés 659 euros bruts par mois, pour 20 heures de travail hebdomadaires.

Un deuxième aspect de ce plan, vise au désengagement de l'AP-HP de l'activité de long séjour, en particulier gériatrique, par la suppression de 1600 lits et la création de 800 lits de « soins de suite » qui servent à hospitaliser (normalement) pour 24 heures maximum, les malades venant des urgences en attente d'un lit dans un service adapté à leur pathologie.

Ce double mouvement, de restriction de personnel et d'accélération des rotations risque de peser d'autant plus sur les conditions de travail des personnels que l'AP-HP rencontre des réelles difficultés de recrutement de soignants.

Ainsi, en 2003, un peu plus de 2400 infirmières ont été recrutées, nombre insuffisant pour pourvoir tous les postes vacants, dont moins du tiers provenaient de la promotion professionnelle interne à l'AP-HP ou de l'embauche d'élèves sorties de ses centres de formation. Encore faut-il souligner que ce résultat a été obtenu en augmentant de 72% les crédits consacrés à la promotion professionnelle entre 2001 et 2003 et en les concentrant sur les infirmières, les aides-soignantes et les cadres. Une des conséquences de cette concentration a été la diminution des possibilités de promotion professionnelles pour les autres catégories de personnels, en particulier les moins qualifiées comme les agents hospitaliers, avec une baisse de 9% en volume des crédits qui leur sont consacrés et qui ne représentent plus que 14,5% de l'enveloppe globale en 2003 contre 27,2% en 2001³².

4.1.1. Les travailleurs minoritaires à l'AP-HP : le poids des originaires d'Outre-mer

Les relations interethniques à l'AP-HP peuvent être caractérisées par le poids particulier des originaires d'Outre-mer qui constituent un groupe reconnu comme tel par l'institution : quantitativement, avec 12.000 agents nés dans les départements d'Outre-mer, ils représentent aux environs de 15% des effectifs non-médicaux³³ ; historiquement, ils sont partis prenante de la mémoire de l'AP-HP contemporaine, puisque bon nombre d'établissements créés ou modernisés dans les années 1960-1970 n'auraient jamais pu ouvrir sans eux ; économiquement, en raison de la masse financière correspondant au financement de certains droits spécifiques ; syndicalement, ils constituent une fraction importante de l'électorat porteuse de revendications spécifiques qu'aucune organisation ne peut ignorer ; politiquement, ils sont en mesure d'imposer des thématiques particulières à l'institution, en particulier autour de la question de la mémoire de la traite et de l'esclavage.

La population des natifs de l'Outre-mer est majoritairement féminine (67%), à 90% antillaise (47% de Guadeloupéens et 42% de Martiniquais) et relativement âgée : 33% de moins de 40 ans, 45% de quarantennaires et 22% de plus de 50 ans. Cette composition par âge reflète l'histoire des flux de recrutements par migrations des DOM vers la région parisienne : massif dans les années 1970, plus faibles mais stables dans les années 1980-1990, avec une forte augmentation à partir de 1998. C'est également une population peu qualifiée (82% d'agents de catégorie C, 17% de catégorie B et moins de 0,5% de catégorie A), peu diplômée et fortement concentrée dans certaines professions : 55% sont aides-soignants (plus d'un aide-soignant sur deux est originaire d'Outre-mer à l'AP-HP) ; 15% sont ouvriers (soit aux environs de 30% des effectifs ouvriers) ; 14%,

³² Source : Rapport d'activité 2003 de l'AP-HP

³³ Auxquels il faudrait ajouter un nombre indéterminé de descendants de migrants d'Outre-mer ayant gardé des liens avec les sociétés d'origine. Un responsable de l'US-AP CGT estimait leurs effectifs à 2 ou 3.000 agents au sein de l'Assistance Publique.

infirmiers (un dixième des infirmiers) et 6% font partie des personnels administratifs³⁴. Concentration spatiale également avec des pôles de regroupement dans certains établissements : Pitié-Salpêtrière (environ 20% des 7000 salariés), Cochin, Bichat, Lariboisière, Necker, Charles-Foix, Saint-Antoine, Henri Mondor, Tenon, Saint-Louis.

4.1.2. Des droits spécifiques : un enjeu considérable.

Comme dans l'ensemble de la Fonction publique hospitalière, les agents originaires d'Outre-mer bénéficient de droits spécifiques en matière de congés et d'indemnité d'éloignement. Cependant, étant donné leur nombre à l'AP-HP, ces droits représentent un enjeu particulièrement important, tant d'un point de vue financier qu'en matière de gestion des ressources humaines.

Le décret n°78-399 du 20 mars 1978 stipule que les fonctionnaires titulaires ou stagiaires exerçant leurs fonctions en métropole ont le droit de solliciter des congés bonifiés au terme d'une durée minimale de 36 mois de services ininterrompus, si leur résidence habituelle se situe dans un département d'Outre-Mer. Le même décret concerne également les fonctionnaires exerçant dans les DOM et dont la résidence habituelle est située sur le « territoire européen de la France ». Ces droits spécifiques sont un héritage des avantages accordés depuis 1910 aux fonctionnaires métropolitains affectés aux colonies et ce n'est que progressivement, à partir de 1946 et à la suite de mobilisations dans les années 1970, que les fonctionnaires de l'Outre-Mer « expatriés » ont obtenu des droits symétriques à ceux des métropolitains. La bonification porte leur période de congés à 65 jours consécutifs (y compris les jours fériés et les dimanches), le coût du transport aérien étant financé par l'État pour l'agent, ses enfants à charge jusqu'à 25 ans et son conjoint, sous certaines conditions de ressources ; de plus elle s'accompagne d'une prime exceptionnelle dite « de vie chère ».

A l'échelle de l'AP-HP, le coût total de la mise en œuvre du droit aux congés bonifiés serait de 21,18 millions d'euros par an³⁵. Mais ces surcoûts sont gérés au niveau des établissements. Or si chaque hôpital reçoit une dotation annuelle comprenant la prise en charge des congés bonifiés, y compris pour leur remplacement, celle-ci est fondue dans le budget global et la tentation est grande, surtout en période de pénurie de moyens, d'affecter ces sommes à d'autres objets.

De plus, la gestion des congés bonifiés en termes de ressources humaines pose des problèmes qui semblent d'autant moins maîtrisés que l'AP-HP connaît des difficultés de recrutement. La concentration des originaires d'Outre-mer dans certains établissements et certains services, tend à aggraver ces difficultés. Le remplacement partiel de ces congés se traduit par une aggravation des conditions de travail de ceux qui restent. De plus, parce qu'ils visent notamment à maintenir les liens affectifs et familiaux, les congés bonifiés sont concentrés sur la période des vacances scolaires d'été, ce qui limite d'autant les possibilités pour les autres personnels d'avoir accès à ces mêmes périodes de congés très demandées. Tout ceci n'est pas sans conséquences sur les relations de travail entre collègues et sur l'attitude de l'encadrement envers ces agents.

³⁴ Données au 31 janvier 2002, tirées de Lucette Labache, "Une photographie des originaires de l'Outre-mer à l'AP-HP", actes du colloque *Les originaires de l'Outre-mer à l'AP-HP*, organisé le 21 mars 2002 à la Mutualité par l'AP-HP.

³⁵ Marc Laffineur, *Rapport sur la fonction publique d'Etat et la fonction publique locale outre-mer*, Assemblée nationale, septembre 2003.

La deuxième question névralgique, en termes de droits spécifiques, est celle de l'indemnité d'éloignement. En 1953, est instauré par décret une indemnité d'éloignement, équivalant à une année de traitement³⁶, pour inciter les fonctionnaires métropolitains à aller travailler dans les départements d'Outre-mer. Au terme d'une longue bataille juridique, en 1981 le Conseil d'État reconnaît le droit symétrique à cette indemnité pour les fonctionnaires de l'État originaires d'Outre-mer et travaillant en métropole. Pourtant, jusqu'en 1986, les agents des hôpitaux se voient refuser le bénéfice de cette indemnité, au motif qu'ils ne sont pas fonctionnaires, puis, après la création de la Fonction publique hospitalière, au motif qu'ils ne sont pas fonctionnaire de l'État.

En décembre 2000, l'indemnité d'éloignement est supprimée et elle est remplacée par une indemnité d'installation pour les fonctionnaires de l'État, correspondant, elle aussi, à une année de traitement, à compter du 1^{er} janvier 2002. Mais cette loi n'a pas d'effet rétroactif, et les fonctionnaires affectés avant cette date restent régis par le décret de 1953.

En mars 2002, à l'issue d'une longue procédure engagée par un agent de l'AP-HP, le Conseil d'État affirme que l'indemnité d'éloignement s'applique aussi à la Fonction publique hospitalière. Si cet arrêt était suivi d'effets, il en coûterait 260 millions d'euros à l'AP-HP pour apurer le versement rétroactif des indemnités d'éloignement dues et non versées³⁷. En rapprochant cette somme des 240 millions d'euros d'économies escomptées par le plan stratégique de l'Assistance Publique, on comprend toute l'importance de l'enjeu.

Pour éviter de payer l'essentiel de leurs dettes, les établissements publics, dont l'AP-HP, ont traité les demandes au cas par cas en faisant jouer souvent une loi de 1968 qui stipule que les créanciers de l'État ont un délai de quatre ans pour réclamer leur dû et qu'au-delà, celui-ci se transforme en créance au profit de l'État. Cette manœuvre procédurière a provoqué une double réaction : réaction juridique, avec des milliers de recours devant les tribunaux administratifs au fur et à mesure que les directions d'établissements signifiaient leurs refus de payer ; réaction politique, associative et syndicale, avec des manifestations, meetings et pétitions qui se succèdent depuis deux ans. Cette mobilisation vise faire pression sur le ministère de la Santé, la direction de l'AP-HP et celles des établissements, puisque l'application de la loi de 1968 sur les créances de l'État est une décision qui est évaluée en opportunité et non pas une obligation. Chaque chef d'établissement peut donc lever la prescription quadriennale.

Si l'enjeu est considérable pour l'institution, il ne l'est pas moins pour les agents originaires d'Outre-mer. Tout d'abord parce que les sommes qu'ils peuvent toucher sont loin d'être négligeables : ainsi, un plombier de l'AP-HP dont le dossier a été accepté devrait percevoir au total plus de 28.000 euros. D'autre part, dans le cadre de cette bataille administrato-juridique, les critères individuels d'attributions ont été soigneusement étudiés et le risque est grand de voir certains motifs de rejet réutilisés par la suite, pour refuser aux mêmes agents le droit acquis aux congés bonifiés. D'où une certaine inquiétude quant à un durcissement généralisé des modalités d'accès à ces droits spécifiques.

³⁶ versée en trois fractions pour une affectation de quatre années au minimum.

³⁷ Laffineur, 2003, op cit.

4.1.3. Les syndicats à l'AP-HP

Le syndicalisme à l'Assistance Publique présente certaines particularités. Tout d'abord les organisations syndicales ont dû adapter leurs structures à l'organisation de l'AP-HP qui couvre plusieurs départements. En règle générale, elles l'ont fait en constituant un syndicat d'entreprise doté de sections dans les établissements et dans certains services particuliers. C'est le cas de la CFDT, de FO et de SUD. Mais, comme souvent, la CGT fait exception avec une structuration plus complexe qui fédère dans le cadre d'une union syndicale – l'US-AP CGT – des syndicats d'établissements et parfois de services qui organisent séparément les catégories A et (surtout) B d'une part et les catégories C de l'autre.

- On a deux sections, la générale pour les catégories C, et celle pour les B et les A. [...]

Q. vous fonctionnez de façon séparée ?

- Non, pas vraiment. On sait qu'il y a les deux sections, les deux entités pour, s'il y a un cadre qui a un souci et qui veut se syndiquer, qu'il puisse faire la démarche, qu'il ne se dise pas qu'il vient avec les C, mais on travaille quand même en binôme et on se fait les rapports de ce qui s'est passé quelle que soit la catégorie. (Aide-soignante, originaire d'Outre-mer, élue CGT)

Cependant, les relations entre les deux sections d'un même établissement ne sont pas toujours harmonieuses, surtout quand se combinent des lignes de clivages corporatives, pour ne pas dire entre fractions de classes, ethniques et politiques.

La deuxième grande spécificité tient aux rapports de forces syndicaux qui ne reflètent pas les hiérarchies nationales. Si la CGT y est aussi la première organisation avec 36,7% des suffrages lors des dernières élections aux Commissions Administratives Paritaires de 2003, SUD arrive en deuxième position avec 21,4%, loin devant la CFDT (14,7%), FO (11,9%), la CFTC (5,6%) et l'UNSA (4,1%). On trouve donc une prédominance d'un syndicalisme « lutte de classes » avec des taux de syndicalisation variables mais souvent nettement supérieurs à la moyenne nationale. Certains services ou établissements apparaissent ainsi comme de véritables « bastions syndicaux » à l'image du Service Centrale des Blanchisseries où l'on peut estimer qu'environ 40% des effectifs sont syndiqués.

Enfin, le poids des originaires des DOM dans le personnel de l'AP-HP confère une importance particulière à l'activité « Outre-mer », en particulier dans la CGT. Le responsable de ce dossier à l'US-AP décrit ainsi les activités de son organisation dans ce domaine pour l'année 2004 :

On a fait une grande AG [assemblée générale des originaires d'Outre-mer de l'AP-HP, sur le temps d'information syndicale] en février, on a fait un rassemblement à l'AP, on a fait une manif le 26 ou le 27 mars. Début mai, on a fait des AG partout dans les établissements pour relancer sur l'indemnité d'éloignement, on a continué tout le travail avec les avocats [pour déposer des recours devant les tribunaux administratifs] et la dernière semaine de mai [pour la commémoration des abolitions de l'esclavage] (...) on a fait une AG par département à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne, avec les établissements qui venaient. Et le vendredi on a fait une journée sur Haïti parce que c'était le bicentenaire de la création de la première république noire. Et [...] en septembre on a fait une AG que la fédération a organisé à l'US-AP et on a participé à la manif de décembre [pour la défense de l'indemnité d'éloignement et des congés bonifiés].

Pour organiser ces activités, l'US-AP CGT est dotée d'un collectif Outre-mer central qui fédère les collectifs d'établissements ou de services. Ces derniers peuvent recouvrir des réalités variables, allant du militant isolé chargé de ce dossier spécifique, jusqu'à des petites équipes capables de faire reprendre la question par l'ensemble du syndicat :

D'abord dans les collectifs, souvent il y a 3-4 personnes. Alors il y a des hôpitaux où ils font un travail. Ils se réunissent à 4-5, ils font le travail, ils viennent à 1 ou 2 à la réunion du collectif de l'US central et puis ils transmettent un peu les choses, mais ils viennent surtout chercher l'information. Le soucis qu'il y a, c'est que, souvent, dans les collectifs locaux, ils sont tout seul, [...] ils font leur popote tout seul. Donc t'as tous les cas de figure. (Responsable US-AP CGT)

Si le responsable actuel de l'activité Outre-mer de l'US-AP n'est pas lui-même originaire des DOM, un petit quart des membres du bureau de l'union syndicale sont des Ultramarins mais seulement trois sont secrétaires généraux de syndicats d'établissement ou de service.

4.2. Les politiques de recrutement des personnels.

L'enquête que nous avons menée, nous a conduit à interviewer des agents et des syndicalistes qui travaillent ou interviennent dans des contextes très diversifiés au sein desquels la question de la place des minoritaires, du racisme et des discriminations se pose de manière contrastée : dans les services de soins, la situation rappelle par bien des aspects celle de l'Education Nationale, avec une propension à se penser hors du racisme, une tendance au chevauchement des hiérarchies professionnelles et des frontières ethniques ou raciales et une focalisation sur les questions du rapport au public, en particulier sous l'angle de la violence. Dans la blanchisserie, la configuration est celle d'une usine concentrant des centaines d'ouvriers, en grande partie minoritaires, qui travaillent « à la chaîne », avec une longue histoire de luttes qui tend à homogénéiser les agents autour d'une identité ouvrière largement ethnicisée, de sorte que les lignes de clivage sont plutôt vécues en termes générationnels. Dans les ateliers de mécaniques, chargés de l'entretien du parc de véhicules, on trouve de petits collectifs de travail au sein desquels le racisme ouvrier peut parfois s'exprimer brutalement, avec de véritables phénomènes de harcèlement de la part de la maîtrise. Enfin dans les bureaux, c'est plutôt l'absence de minoritaires, proportionnellement à l'ensemble de l'institution, qui est frappante.

Cependant, par delà cette variété de contexte, un trait commun semble se dégager qui tient à l'omniprésence de la hiérarchie dans les relations de travail et à l'ampleur de l'espace laissé aux décisions arbitraires. Cette caractéristique à probablement à voir avec la taille et surtout l'histoire de l'Assistance Publique car, comme le soulignait un responsable syndical :

« [C'est] une institution vieillotte et très hiérarchisée. Parce qu'on a des grades comme à l'armée hein. Maintenant on les appelle cadres de santé mais avant c'était surveillants, surveillants-chef, les gardiens de prison ils s'appellent comme ça. » (Responsable US-AP CGT)

Ceci ne signifie bien évidemment pas que l'ensemble de la chaîne hiérarchique de l'AP-HP développe des pratiques arbitraires, et encore moins qu'elle est composée de « racistes », mais que l'ensemble des témoignages que nous allons présenter et analyser doivent être replacés dans ce cadre institutionnel qui peut être considéré comme objectivement favorable au développement de pratiques discriminatoires.

4.2.1. Précarisation et double marché du travail

D'après nos interlocuteurs, et probablement en raison de la pénurie de personnels soignants qualifiés, les discriminations à l'embauche, qui prennent d'abord la forme d'une précarité statutaire, semblent se concentrer sur les catégories soignantes les moins qualifiées (agents de service hospitalier -ASH) et les personnels ouvriers et administratifs qui constituent les cibles principales des réductions d'effectifs prévues par le plan d'économies de l'AP-HP :

Q. Est-ce qu'il y a beaucoup de non statutaires, CDD, intérim...

- *Oui, surtout dans les agents hospitaliers puisque cette fonction est en extinction puisqu'ils veulent supprimer ce corps [...]. C'était la catégorie la moins qualifiée à l'hôpital. Mais les ASH sont aussi des contractuels qui arrivent dans certains secteurs pour passer le concours d'ouvrier et, dans ce cas là, ils ont une ouverture, une possibilité de déroulement de carrière. Et il y a ceux qui sont purement et simplement contractuels. Jusqu'alors, on les gardait en faisant des prolongations de contrat jusqu'à ce qu'on puisse les mettre en stage, selon les vacances de postes, et qu'ils puissent aller en promotion professionnelle dans telle ou telle filière pour se qualifier. Sauf que, depuis que la direction générale s'occupe activement de nous, [...] elle s'est attaquée à la situation des contractuels sur l'AP en disant, "mon dieu, mais c'est scandaleux, il y a trop de contractuels à l'AP, on ne peut pas laisser ces gens-là sans être titularisés". Sauf qu'en fait, son discours c'est de dire tout ceux qui sont là actuellement on les titularise, donc il y en a eu un millier, et il n'y aura plus de contractuels à l'AP. On a fermé l'embauche définitivement et ceux qui arrivent, [...] ce sera par mutation interne à l'AP donc elle n'ouvre pas l'embauche. [...] C'est comme le système des chaises musicales. Ceux qui partent à la retraite, ils suppriment les postes. Plan d'économie. Et on est en train de fermer les labos. Privés. Ça c'est le marché, on est plein dedans. [...] Et là, les contractuels qui sont là, tous ceux qui arrivent qui ne sont pas qualifiés, au lieu d'avoir une espérance de déroulement de carrière et de se qualifier, sauf pour la filière ouvrière et encore, elle a décidé que le maximum qu'ils resteraient, ce serait trois mois. Dans certains secteurs comme les standards, les cuisines, ces agents là ils peuvent rester trois mois, on les jette, on en prend un autre, à chaque fois il faut les former, parce que c'est très spécifique. Et ils sont dégoûtés [...] Donc on a précarisé l'emploi, on a fermé l'emploi, et on est content. On n'a plus de contractuels et on s'arrache les cheveux dans les services. Parce que ces contractuels-là nous permettaient de tourner et puis, pour eux, d'accéder à l'emploi. Même ceux de la filière ouvrière, elle a décidé de faire des économies sur les secteurs techniques de support, donc les labos, les blocs, les cuisines. Donc elle supprime les postes dans ces secteurs là, elle n'ouvre pas de concours [...]*

Q. Et on retrouve un profilage... ethnique ou racial dans les contractuels ?

- *Oui, dans les contractuels, les statuts les plus précaires on retrouve une grande majorité (...) soit d'origine d'Outre-mer, soit de Maghrébins dans les secteurs les moins qualifiés. Chez les ouvriers un peu. (Secrétaire Générale, syndicat d'établissement, CGT)*

De même, dans certains services administratifs, les minoritaires ne semblent acceptés qu'en CDD, masquant ainsi, en apparence, la réalité du tri à l'embauche :

On était trois personnes de couleur dans le bureau et [la nouvelle chef] trouvait qu'on était trop de personnes de couleur, alors qu'il n'y en avait qu'une qui demandait les congés bonifiés. Alors ça ne gênait pas. Et lorsque mes collègues sont parties, on ne les a pas remplacées par des personnes de couleur. Et pour

son secrétariat, également, elle ne prend jamais de personnes de couleur, ni pour la direction. C'est elle qui fait les embauches, et elle n'a jamais pris quelqu'un de couleur ou autre. Si jamais c'est des Maghrébins, c'est juste pour des contrats de courte durée. Pour les mutations, c'est à croire qu'il n'y a jamais ces gens là qui se présentent pour les postes. Mais c'est étouffé parce que c'est une personne qui dit, oui, j'aime bien aller dans les pays... très colorés. [...]

Personne n'a fait attention à cela, je suis sûre que personne n'a remarqué. Comment ça se fait qu'il n'y a jamais d'autres personnes... Alors, quand il y a des contrats de courte durée, oui, elle en prend. Alors peut-être aussi que ça cache un peu le reste. Mais quand c'est des gens qui demandent une mutation, on n'en a jamais vu. (Agent administratif, militante CGT)

Il arrive même que certains puissent, de l'extérieur, faire des « tests de discrimination » qui confirment les constats fait de l'intérieur de l'institution :

- J'ai une de mes potes qui s'appelle Ben X, qui a envoyé son dossier ici. Ben non, il n'y a pas de poste. C'est une fille hein, elle est mariée et son nom de jeune fille c'est Martin. La même a envoyé son dossier à son nom de jeune fille et là elle a été prise tout de suite.

Q. Et c'était pour quel type d'emploi ?

- C'est secrétaire administrative ou secrétaire médicale, enfin secrétaire quoi. Ils se focalisent sur le nom en réalité. Après dès qu'ils vont t'avoir au téléphone, ils vont entendre ton accent. [...] Il y a plusieurs étapes de sélection. Le nom, rien que le fait de porter un nom issu de l'immigration, aujourd'hui ça peut être un handicap à l'embauche. Je le sais, je l'ai déjà vu plusieurs fois. (Délégué syndical d'établissement hospitalier, CGT, d'origine africaine)

Les restrictions de personnels dans ce qui n'est pas le « cœur de métier », se traduisent donc par une précarisation des emplois les moins qualifiés qui apparaissent, en conséquence, comme un créneau d'emploi dévolu en grande partie aux travailleurs minoritaires, et par un recours à la sous-traitance et à l'intérim qui permet d'étendre l'utilisation d'une main d'œuvre précaire aux non-nationaux :

- Disons qu'on aime garder la coloration du paysage, parce que les Africains francophones, y compris d'origine arabe, et les Africains francophones des pays noirs, on en trouve beaucoup plus qu'avant.

Q. Ça a commencé à changer quand ?

- Ça a commencé, moi sur mon établissement j'ai perçu cela, ça remonte à environ trois ans et ça s'accroît. Alors on trouve ces catégories de personnel beaucoup dans les secteurs privés qui sont autour de l'hôpital, donc dans les prestataires de service, style Hôpital Service qui s'occupe du nettoyage ou ceux qui enlèvent les poubelles qui occupent beaucoup de Sénégalais et puis on trouve vraiment des populations dévolues à certaines tâches. (Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT)

Et là où, comme au Service central des blanchisseries (SCB) à la suite d'une longue grève et d'un suivi syndical, l'ensemble des contractuels a été titularisé, on retrouve le même type de pratiques en recourant essentiellement à l'intérim pour palier l'absentéisme lié à la pénibilité du travail posté, répétitif et cadencé :

Sur une maison qui engage 420 salariés, il y a une trentaine d'intérimaires [...] la plupart ce sont des Africains et des Rebeux. (Responsable SUD SCB)

Cette gestion des ressources humaines par la précarité et la mise en concurrence rend corvéable à merci les plus vulnérables, en les mettant dans un état de tension

permanente qui peut les amener parfois à « s'auto-éliminer » alors même qu'ils pourraient commencer à bénéficier de certains droits minimum :

- On a [arrêté le contrat d'une collègue au bout de 88 jours. Il lui manquait trois jours pour qu'elle puisse toucher l'allocation de perte d'emploi. Et on l'a refait travailler trois semaines après. La fille elle est venue me voir, elle était en pleurs, elle a deux enfants, elle en a pleuré. En plus, elle a fait son dossier [pour être sur la liste des ASH considérés aptes à être stagiaires puis titulaires] parce qu'elle venait assez régulièrement pour dépanner. Une mère de deux enfants, il fallait qu'elle travaille pour les élever et on l'appelait à tous moments pour dépanner. Pour elle, elle rendait service à l'institution, elle pensait qu'un jour elle serait remerciée et son dossier n'a même pas été retenu dans les dossiers pour les agents hospitaliers [...] elle a eu un avis défavorable. Et c'est à ce moment là qu'elle a compris que l'institution ne voulait pas d'elle.

Q. et il n'y avait pas d'explication là aussi ?

[...] Son souci... elle était africaine, mais française puisqu'elle est de la deuxième génération, elle a travaillé en diététique et elle a discuté avec le cadre qui lui avait dit, je ne peux pas vous garder mais dès que j'aurai quelque chose, je vous rappellerai. Et elle allait tout le temps dans le bureau du cadre, elle lui disait : vous n'avez toujours rien pour moi ? Elle l'appelait au téléphone et peut-être que le cadre s'est senti harcelé et ça lui a permis de prendre une décision négative au lieu de positiver. Peut-être que c'est elle qui s'est mise dans cette situation, peut-être pas, mais bon... Je comprenais sa souffrance. Je lui disais, n'appelle pas comme ça, peut-être qu'elle ne va pas apprécier. Et elle remettait toujours en avant : oui, mais tu sais, il y a une petite qui est arrivée après moi... (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

Dans un contexte de restructuration-rentabilisation de l'hôpital, les luttes menées avec succès par les organisations syndicales pour la titularisation des non-titulaires se heurtent aujourd'hui à une réorientation de la gestion des personnels d'appoint par l'AP-HP. L'accélération de la rotation des contractuels et le recours à la sous-traitance et à l'intérim rendent plus difficile l'opposition à la précarité dans la Fonction Publique et créent un nouveau segment du marché du travail secondaire³⁸, destiné à être pourvu, de fait, en grande partie par une main d'œuvre minoritaire discriminée sur un marché principal de l'emploi de plus en plus restreint.

4.2.2 La « discrimination aux congés bonifiés » à l'embauche

Un deuxième aspect des pratiques discriminatoires à l'embauche a été souligné par nombre de nos interlocuteurs. Il concerne spécifiquement les originaires d'Outre-mer et prend la forme de ce que l'on pourrait appeler « la discrimination aux congés bonifiés ». Nous avons souligné les enjeux, financiers et d'organisation du travail, liés aux congés bonifiés et à l'indemnité d'éloignement. De nombreux témoignages indiquent qu'une part importante des responsables du personnel de l'AP-HP vérifie si les candidats « noirs » à l'embauche sont susceptibles de bénéficier de ces avantages statutaires et qu'ils en font un critère de recrutement.

La vérification peut-être indirecte, à partir du dossier de candidature :

Quand deux originaires d'Outre-mer vont se présenter pour être embauchés, on va regarder si il est né au pays où pas... parce que déjà il est noir, donc on va regarder d'où il vient. On va voir qu'il est de nationalité française, donc on va chercher le lieu de naissance, parce que tout ça c'est écrit dans le dossier,

³⁸ Doeringer, Peter ; Piore, Michael. 1971 : *Internal Labor Markets and Manpower Analysis*, Lexington, Massachussetts, D.C. Heath and Co.

et puis on va voir, il est né à Paris. Agent hospitalier, Paris, donc il n'a pas droit aux congés bonifiés. L'autre on va regarder, il est né à Pointe-à-Pitre. Agent Hospitalier celui là, il a droit aux Congés Bonifiés. Ben si on a besoin des deux, on prendra les deux, mais s'il y a un choix à faire on prendra celui qui n'a pas droit aux Congés Bonifiés. (Responsable US-AP CGT).

La question du lieu de naissance peut-être posée directement au candidat lors de l'entretien :

Quand je suis arrivée à Saint-Louis pour qu'on m'embauche, on m'a posé la question : « est-ce que vous êtes née ici ou vous êtes née là-bas ? ». « Je suis née ici ». « Ah bon ». Bon, alors là c'était positif. Vous voyez, j'aurais dit que je suis née là-bas, non merci. Ils font le nettoyage comme ça maintenant à la base. (Aide-soignante, non-syndiquée).

L'interrogation peut porter plus directement sur l'intention d'exercer ce droit :

J'ai ma petite cousine qui est née là-bas mais qui a fait une partie de ses études ici [...] pour être aide soignante. Donc elle a suivi la formation, elle a eu son DEPAS et elle [...] a été à Trousseau. On lui avait dit, "oui, oui, on vous rappelle". On ne l'a pas rappelée. Donc elle m'a appelée un peu affolée, en m'expliquant comment ça se passait et en me disant qu'on lui avait demandé si elle pensait partir en congés bonifiés. Donc elle a dit oui, naïvement. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT).

Cette pratique et sa généralisation peut d'ailleurs être datée, à partir du début des années 1990, avec les premières mesures de rentabilisation de l'hôpital public qui ont directement pesé sur les relations interethniques dans l'hôpital et elle peut aller jusqu'à des demandes d'engagement écrits à renoncer par avance aux congés bonifiés :

L'AP, à partir de la réforme hospitalière, la réforme Juppé, [...] a changé, cette AP qui protégeait ses agents, y compris les originaires d'Outremer. [...] Moi j'ai la sensation que les discriminations se sont accentuées [...] dès lors qu'on est rentré dans des difficultés budgétaires. Les choses se sont... ça a été plus tendu et ça a commencé à monter. Ça se voyait au niveau de l'embauche, c'est-à-dire que, de plus en plus, on vous demandait si vous alliez prendre vos congés bonifiés. (Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT)

La discrimination aux congés bonifiés dans le processus d'embauche peut apparaître aussi comme une mise en concurrence des originaires d'Outre-mer, avec d'autres minoritaires sur le marché du travail :

Dans mon service, il y a trois originaires d'Outre-mer qui sont partis, ils ont été remplacés par trois Africaines. (Délégué syndical d'établissement hospitalier, CGT, d'origine africaine)

Or, les conditions de cette mise en concurrence apparaissent comme déloyale et comme une ingratitude, un déni de la contribution historique des originaires d'Outre-mer à la modernisation de l'Assistance Publique lorsqu'elle avait un besoin indispensable de cette main d'œuvre :

- Alors tu m'as dit que dans ton hôpital, il y avait environ un tiers d'originaire d'Outre-mer dans les années 1970...
- Il y en avait un tiers mais maintenant ça diminue parce que depuis les années 90, ils ont commencé à embaucher beaucoup moins d'originaires.
- Et ils ont plutôt embauché qui ?
- Alors... ils embauchent plus de personnel d'origine africaine, maghrébine... qui sont de la deuxième génération, qui sont français. Et moi, [...] je me suis dit, la main d'œuvre à qui on avait fait appel dans les années 60-70 pour venir travailler dans les hôpitaux, va être remplacée par nos compatriotes d'origine... maghrébine et africaine. Parce que, bon, il n'y aura pas cette raison de congés bonifiés à payer.

[...] Si par exemple il y a un poste vacant, si il y a quatre originaires d'Outre-mer et une originaire d'Afrique ou du Maghreb, ça sera elles qui seront prises pas les autres. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

Les filières de recrutement par le jeu des recommandations à l'embauche par les agents déjà en place n'existent plus, même pour les emplois saisonniers qui permettaient aux enfants du personnels de trouver un « job d'été » et/ou de se socialiser dans ce milieu professionnelle en attendant une opportunité de recrutement :

- Ça n'existe plus, ça existait à un moment. Un agent partait et il demandait que son fils ou sa fille soit embauché, c'était fait mais ça ne se fait plus. Même quand les enfants des agents originaires d'Outre-mer demandent à être embauchés pour les congés, ils en prennent beaucoup moins. Avant ils essayaient d'équilibrer la répartition, mais maintenant non. Ils n'en prennent vraiment pas beaucoup. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

- Avant il prenait les enfants du personnel et, comme il y avait des difficultés à pouvoir prendre tous les enfants du personnel puisqu'il n'y avait pas beaucoup de place à la blanchisserie, [ils ont décidé de] prendre les dossiers qui se présentent. [...] Du coup on trouve de moins en moins les enfants du personnel et [...] donc on a pris effectivement des étudiants... (Responsable SUD SCB)

Les filières de recrutement fonctionnaient lorsque l'Assistance avait un fort besoin de main d'œuvre peu qualifié et de nationalité française. Elles n'ont sans doute pas totalement disparues, mais elles profitent essentiellement à l'encadrement. Or, étant donnée la répartition des Ultramarins dans la hiérarchie de l'AP-HP, ils sont mal placés pour en bénéficier :

Des filières familiales, ça existe un petit peu... enfin je veux dire globalement hein, au niveau des originaires d'Outre-mer, je ne sais pas si ça a beaucoup existé... Parce que l'AP, je te dis, c'était notre maison, c'était un peu familial, mais je pense que c'était moins évident quand même que pour les autres originaires. Ceci dit, ça a toujours existé oui, et ça existe encore un petit peu. On trouve le fils de untel qui vient faire un petit remplacement. C'est un vestige de ce que faisait l'AP pour ses agents. [...] Mais le problème c'est que c'est souvent toujours les mêmes, qui sont bien placés, pour leurs gosses, leur machin, leur truc... C'est rarement, enfin ça arrive, mais c'est rarement le fils de l'agent de catégorie C. (Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT)

Ces embauches par relations peuvent concerner les petits boulots d'été, comme le cas de ce fils de directeur d'établissement hospitalier embauché comme agent hospitalier pour la période des congés, qui se retrouve totalement ostracisé par le reste du personnel. Mais elles concernent surtout l'accès aux postes d'encadrement supérieur, après concours sous conditions de diplôme, puisque les chefs d'établissement ont un rôle déterminant dans la constitution des équipes de direction :

Q. C'est la DRH qui gère les politiques de recrutement ?

-Voilà, sauf pour les cadres, là c'est le directeur, c'est le copinage. (agent administratif, militante CGT)

4.2.3. Un recrutement ethno-stratifié

Indépendamment de la question de la sous-traitance et de la précarité, les processus de recrutement à l'AP-HP aboutissent, de fait, à une forme d'ethno-stratification du travail. Nous avons déjà souligné que plus de 80% des Ultramarins de l'AP-HP relevait de la catégorie C de la Fonction publique hospitalière. Si la plupart des syndicalistes que nous avons rencontrés a noté une certaine évolution dans le recrutement avec, en particulier,

l'arrivée d'infirmières originaires d'Afrique ou d'Outre-mer, les frontières hiérarchiques ont toujours fortement tendance à se recouper avec les frontières interethniques. Cette coïncidence semble particulièrement nette dans les services de soins avec la répartition par origines entre infirmières et aides-soignantes. Or cette évolution se combine avec des tensions entre ces deux catégories, qui découlent des évolutions en cours dans le secteur hospitalier mêlant réforme statutaire, réorganisation et intensification du travail (cf. supra) :

G : C'est vrai que les petits-déjeuners, à 10 heures, la petite pause café, la séparation ne se fait pas trop par couleur mais plus par catégorie. Il y a les infirmières qui prennent leur petit déjeuner ensemble, les aides soignantes dans l'autre.

Q. Oui, mais comme il y a une répartition ethnique par catégorie...

G : Oui et non... C'est vrai que, quand on arrive et qu'on voit de l'extérieur, on peut voir ça comme ça. Alors que ce n'est pas ça. La différenciation n'est pas de couleur mais de catégorie. La vision de l'extérieur, c'est vrai que tu vois les Blacks, les Blancs. Mais ce n'est pas ça la différence. C'est B/C, IDE/AS³⁹ ! Et cela on l'a gagné en 1990-95, la séparation IDE/AS en deux camps qui ne se reconnaissent pas. Ça c'est professionnel.

Q. Parce qu'avant ce n'était pas comme ça ?

G : Non, avant c'était beaucoup plus soudé, il y avait un binôme infirmière/aide-soignante et disons que la reconnaissance populaire de l'infirmière, à travers les coordinations, etc., a fait péter ce couple. Ce qui fait que, maintenant, il y a une opposition entre les deux. Dans les services, ça peut être chaud hein. Décret de compétences... [...]

P : Je crois qu'il y a aussi la nouvelle façon de travailler hein ? Le binôme n'existe plus...

G : Avant, au lit du patient, il y avait une infirmière et une aide-soignante de concert. Alors, on pourrait presque dire schématiquement, ce n'est pas vrai mais schématiquement l'infirmière était « métro » et l'aide-soignante était antillaise. Il y en a qui s'entendaient comme larrons en foire, ça se passait très bien. Et je pense que ce qu'on pourrait appeler racisme actuellement ce n'est pas ça. Ce n'est pas un racisme Blancs/Noirs, mais c'est racisme entre catégorie infirmières et catégorie aide-soignantes parce que ce binôme a été cassé pour que le personnel soit plus flexible d'un endroit à un autre. C'est-à-dire que l'infirmière est avec deux aides soignantes pour gagner de la main d'œuvre et puis pour éviter qu'il y ait trop d'affinités hein ? Quand il y a trop d'affinités, ce n'est pas bon. Et nous, c'est notre difficulté. (Responsables SUD, section d'établissement hospitalier).

Si cette ligne de clivage peut être interprétée en termes strictement corporatifs par ces militants, tous issus du groupe majoritaire, elle peut être analysée de manière plus complexe par les agents minoritaires qui vivent l'articulation de ces deux lignes de clivage :

- Par contre entre les infirmières et les aides-soignantes, on ne mélange pas les torchons et les serviettes.

Q. Pourtant il y a beaucoup d'infirmières qui sont des aides-soignantes passées par la formation.

- Oui, oui. On oublie vite [rires], on oublie très vite. Mais même les infirmières antillaises. Certaines, pour se faire intégrer au groupe, sont même prêtes à casser du sucre sur ceux qui sont de même origine qu'elles. J'en avais une comme ça. [...]

Q. C'est-à-dire, il se passait quoi ?

³⁹ Catégories B vs C, infirmières diplômées d'Etat vs aides-soignantes.

- *Du style, elle va tout faire pour montrer qu'elle a une ascendance. Parce que leur jeu c'est ça, d'avoir une ascendance sur une aide-soignante. Donc, moi aussi je vous prouve que j'ai de l'ascendance. Et des fois, c'est même pire que quand c'est une blanche qui vous... Parce que non seulement vous voyez que c'est votre compatriote mais il faut qu'elle en fasse au moins dix fois plus que les autres.* (Aide-soignante originaire d'Outre-mer, non-syndiquée)

Cette ethno-stratification n'est pas spécifique aux services de soins. On nous l'a présentée, de manière même plus prononcée, dans des services administratifs :

- *Non, non, pas du tout. Il n'y a pas beaucoup d'originaire d'Outre-mer, on est 5 sur une soixantaine au total. Il n'y a pas de cadre originaire d'Outre-mer chez nous, il y a un agent technique et le reste ce ne sont que des agents administratifs.* (Agent administratif, militante CGT)

Ou encore dans un service technique :

- *B : Ah, il faut que je vous montre un truc. Des observations que j'ai faites, sur ça [il s'agit de tableaux récapitulant la répartition des congés bonifiés par catégories d'agents dans le service]. Si vous observez bien : les congés bonifiés, où se trouvent les congés bonifiés ? Les congés bonifiés c'est les Antillais hein ! Où se trouvent les Antillais dans le diagramme par rapport aux catégories C ? Catégorie C, ici, c'est des ouvriers, hein ! Observez. Là, les congés bonifiés, il n'y a pas un cadre A, dans aucun service. Posez-vous la question, pourquoi ?*

Q. Parce qu'il n'y a pas de cadre A qui ait droit aux CB ? Ici vous devez savoir si il y a des cadres A qui ont droit aux congés bonifiés.

- *A : non, il n'y en a pas ici.*

Q. Mais il n'y en a pas non plus en catégorie B !

B : C'est pour vous dire qu'il y a un problème

(A : responsable SUD, section syndicale de service ; B : personnel ouvrier, originaire d'Outre-mer, non-syndiqué).

La seule situation qui nous a été présentée comme rompant avec cette ethno-stratification dominante, est celle, très particulière, du service central des blanchisseries sur laquelle nous reviendrons par la suite lorsque nous aborderons la question des évolutions de carrière.

4.3. Les relations interethniques à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (A.P.-H.P.)

4.3.1. L'affectation des personnels, la répartition des tâches et la question de la mobilité interne.

Une fois franchi l'obstacle de l'embauche, ce sont les pratiques discriminatoires en matière d'affectation des personnels à tel ou tel service, de répartition des tâches en leur sein et de demande de mobilité entre les services ou les établissements, qui sont soulignées par les interviewés.

• Affectations discriminantes et représentations des minoritaires

Dans les services de soins, beaucoup de syndicalistes ont souligné que les salariés minoritaires étaient affectés prioritairement et autoritairement dans les secteurs les plus pénibles :

- *Je serais dans un [service de] long séjour, je trouverais plus d'originaires d'Outremer, plus d'Africains francophones parce que ce sont ces gens-là...*

D'abord on ne leur demande pas leur avis quand ils viennent pour l'embauche et c'est là où la discrimination se fait déjà. C'est des Blacks, on les envoie directement dans les services les plus lourds...

Q. C'est quoi les services les plus lourds ?

- *Ben, les longs séjours, avec les patients très âgés, alités, médicalisés.*
(Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT).

De même certaines attributions dans les services techniques semblent particulièrement destinés à certaines catégories d'agent :

- *Il est dans un secteur où on met... la plupart c'est des Antillais ou des Africains ou des Maghrébins, aux déchets, à la récupération des déchets.*(Responsable syndicale US-AP CGT)

Quant au travail à la chaîne en blanchisserie, il apparaît clairement comme un « travail d'immigrés » :

A : *Moi ce que j'ai pensé, c'est qu'il y a eu une période ces dernières années où ils ont dû [...] recevoir des consignes pour essayer d'intégrer plus la population maghrébine donc c'est pour ça que... Moi je pense qu'il faut équilibrer quand même, c'est pas une mauvaise chose [...]. C'est vrai qu'on a beaucoup de postulants des DOM, mais on ne va pas faire une blanchisserie que de DOM.*

B : *Oui, mais, si je peux me permettre, c'est des métiers très durs, avec une souffrance physique, parce qu'ils ont des problèmes de troubles musculo-squelettique et, si tu veux, tout le monde ne peut pas faire ça... Donc pourquoi une population immigrée ? C'est parce que c'est des métiers durs.* (A : responsable CGT SCB ; B : responsable US-AP CGT)

Ces pratiques d'embauche, d'affectation et d'attribution de tâches renvoient à un ensemble de représentations des originaires d'Outre-mer, en particulier, et des minoritaires, en général, qui les orientent et les justifient.

Les stéréotypes associés à la catégorie « originaire d'Outre-mer » ou « Antillais », sont enracinés dans l'histoire de l'institution et de son mode de fonctionnement comme le souligne cette syndicaliste évoquant le parcours professionnel de sa mère dans les années 1960-70 :

Le BUMIDOM organisait ces flux migratoires. Donc ce sont des gens qui sont essentiellement venus pour travailler et surtout des femmes [...] En général, les postes les plus difficiles c'était quand même eux qui les prenaient. A l'époque, il faut savoir aussi que c'était plutôt les provinciaux et les originaires d'Outre-mer qui acceptaient de travailler au chevet des patients. C'était des salles communes de 10-20 lits, c'était les filles de salle ou les garçons de salle.
(Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT)

Selon une aide-soignante, ces représentations associent des images de résistance au travail et de docilité et elles évoqueraient l'histoire de l'esclavage :

Q. Pourtant à l'hôpital X, je pense qu'ils doivent avoir l'habitude de voir des originaires d'Outre-mer ?

- *Oui, mais bon, qui leur tiennent tête comme ça, non. Ce n'est pas dans leurs habitudes de tenir tête. Je vois bien que, pour certaines personnes, je suis l'antithèse de ce qu'ils attendent de voir devant eux.[.../...] Ben oui, je suis une personne qui me laisse pas faire, donc automatiquement, c'est sûr que vous avez en face des gens qui ne peuvent pas comprendre quoi. Vous n'êtes pas docile, vous êtes problématique dans le service. Voilà.*

Q. Alors ?

- *Du genre, déjà on va vous mettre dans le service le plus dur.*

Q. Ça c'est parce que les derniers arrivés vont dans les services les plus durs ou c'est... ?

- Non, c'est parce qu'ils savent très bien qu'une négresse elle sait travailler, résistance au travail. C'est dû à l'esclavage. Ils sont codés hein ? Ils ont des codes déjà dans la tête. Donc on va les mettre dans les secteurs les plus durs et, comme ça, on sait que le boulot est fait au moins [...]

Q. Et alors le service le plus dur c'est quoi ?

- Hémato.

Q. Et pourquoi il est plus dur que les autres ?

- Vous avez le sida, vous avez le cancer. La charge de travail est très dense quoi. Surtout au début, il n'y avait pas la trithérapie. Vous n'arrêtez pas. Vous avez fini un malade, vous passez au suivant, vous êtes obligé de retourner au premier, retourner au deuxième, puis au troisième, surtout dans des secteurs où les gens ne veulent pas aller. (Aide-soignante originaire d'Outre-mer, non-syndiquée.)

Ces représentations seraient d'ailleurs entretenues par le comportement « doudouïste » de certains Ultramarins qui, hors de toute relation amicale entre collègues, peuvent être amenés à endosser cette image d'indolence et de bonhomie exotique, pour se faire accepter, en particulier par leur hiérarchie :

Vous voyez comment les Antillais fonctionnent ? On leur fait les pires crasses et ils se permettent encore de... (...) Et les Antillaises, surtout les anciennes, elles faisaient des gueuletons dans les services pour les professeurs, ceci, cela. Je dis : mais attends, c'est incroyable, on est encore au temps de l'esclavage ou quoi ! Alors ça arrive, alors Monsieur le Professeur, et comment allez-vous et tous les week-end c'était ça. Elles font le gueuletons, elles arrosent et tout ça. Malgré qu'elles se font traiter pire que des je-ne-sais-quoi dans le service. (Aide-soignante originaire d'Outre-mer, non-syndiquée.)

Que ce soit pour s'en démarquer, comme le fait cette jeune femme, ou pour les reprendre à leur compte, comme ces aides-soignantes qui nourrissent à leurs frais leurs « patrons », les minoritaires n'ont d'autre choix que de tenir compte des stéréotypes associés à leurs catégories d'appartenance, qu'elle leur soit imputées ou qu'ils les revendiquent. Dans tous les cas, ils en sont tenus pour comptable et, à tout moment, ces stéréotypes peuvent servir à évaluer leur action, y compris pour les discréditer⁴⁰.

Ces stéréotypes puisent fréquemment dans le registre de la culture. Aussi, l'argumentaire qui consiste à souligner certaines caractéristiques culturelles supposées des groupes minoritaires pour justifier leur assignation aux services les plus « lourds » revient-il régulièrement dans les entretiens, y compris, comme ici, dans les propos des minoritaires :

- Donc, si vous faites un tour dans les longs séjours, vous serez frappé de voir le nombre d'originaires d'Outre-mer ou d'Africains ou quelques Maghrébins qui sont là. D'abord ils le font volontiers parce qu'on ne peut pas dire qu'ils sont peu portés sur le respect des seniors. Donc c'est un peu dans notre culture, donc ça va. Mais en même temps, quand vous vous présentez, on va garder les postes les plus, entre guillemets, intéressants pour les originaires de l'hexagone, alors qu'on aura plutôt tendance, toujours entre guillemets, à proposer à ces agents là, les secteurs les plus lourds. (Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT)

Il peut alors se produire une sorte de retournement du stigmaté, une matière de fierté qui met en avant des valeurs de solidarité et de respect transgénérationnels dont les majoritaires seraient largement dépourvus :

⁴⁰ WEST Candace, FENSTERMAKER Sarah (1995) Doing Difference, *Gender & Society*, 9, pp. 8-37.

- L'AP avait écrit dans un livre d'ailleurs... c'est-à-dire qu'ils avaient reconnu que les gens d'Outre-mer étaient très familiers. Qu'on avait une certaine qualité sociale que les autres n'ont pas. Et c'est pour cela qu'ils acceptaient de nous mettre auprès des malades, et ainsi de suite. Et c'est vrai que ce qui choquait beaucoup de gens de l'Outre-mer... nous on est des gens qui n'abandonnons pas nos vieux. On garde nos vieux chez nous, on va trouver une tante, une cousine pour les garder comme on fait pour les gamins. Nous, on était choqué ici, de voir cet état d'esprit, que les gens mettent les vieux dans les institutions et qu'on les oublie ici... C'est pour cela que je rigole un peu quand on parle de canicule. Les vieux sont morts ! Les vieux ne sont pas morts parce qu'il y avait la canicule, les vieux sont morts parce qu'il n'y avait pas le personnel pour leur donner à boire et s'occuper d'eux. (Responsable SUD, section de service).

Ce processus d'attribution de caractéristiques culturelles, plus ou moins réifiées et essentialisées, ne se limite pas aux seuls Ultramarins. Il apparaît plutôt comme un cadre mental, un mode d'appréhension suffisamment répandu pour qu'il puisse déboucher sur la formalisation d'une véritable typologie ethnique des qualités professionnelles :

- J'ai eu une dame, d'origine antillaise, qui me disait qu'elle était choquée par la manière dont les Maghrébins se comportaient au sein d'un service, que c'était différent de la conception du travail de l'Afrique qui se rapproche plus de la notre, donc, au boulot, ce sont des gens qui sont discrets, qui ne tirent pas au flanc et qui sont relativement proches du malade et qui ne revendiquent pas systématiquement que ce ne soit que les acquis. Alors pour elle, le Maghrébin a un comportement qui est complètement différent. Qui est plus dur, plus individualiste, etc. Et je dois avouer qu'il y a une différence quand même... de comportement. Mais je ne sais pas si c'est plus individualiste, plus en retrait vis-à-vis de certaines choses. Moi je crois que ces communautés-là ont des spécificités en elles. Elles rendent de bons services dans certains secteurs ou certains types de travail. Moi je dirais que le Maghrébin, au niveau administratif, il est excellent. parce que... Je ne sais pas comment affiner ça... Parce qu'il a des capacités d'organisation qui sont supérieurs à celle des originaires d'Outremer... Pas à celles de l'Africain noir, mais à celles de l'originaire d'Outremer qui travaille plus au feeling et à l'affect. Mais ça, je me trompe sûrement hein ? C'est des sensations par rapport à ce que j'ai observé. On est plus dans l'affect, dans le feeling, dans l'intégration, dans l'appréhension de... s'approprier le travail, mais vraiment à fond quoi. Alors que lui, il est plus dans l'organisation. C'est-à-dire, de telle heure à telle heure, on fait ça, on avance. Après, moi je ne ferai pas ça, ça, ça. Et celui d'Afrique il est organisé aussi. Il est à la fois presque dans les deux. Ce qui est excellent [rire]. Mais ça c'est des analyses... personnelles hein, on ne peut pas généraliser, peut-être que je me trompe, peut-être que je ne me trompe pas. (Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT)

Bien évidemment, les minoritaires ne sont pas les seuls à être affectés à des services ou des tâches peu demandés. En général, c'est l'essentiel des nouveaux venus qui est assigné autoritairement aux postes les moins souhaités, comme c'est fréquemment le cas dans les administrations publiques. Cependant, dans le cas des minoritaires, cette première affectation peut prendre un sens différent et ne pas être simplement une période obligée de « purgatoire » :

En réalité pour entrer ici aujourd'hui, il faut entrer sur un poste bidon. Sur un poste où un titulaire d'ici ne veut pas aller. Et, sur des postes comme ça, tout le monde y va, que ce soit Blancs ou Noirs, tout le monde y va. Mais après, les uns

vont pouvoir changer de poste facilement et les autres vont rester toujours dans les mêmes domaines. (Délégué syndical d'établissement hospitalier, CGT, d'origine africaine).

• **Mobilité interne et changement d'affectation**

Différents témoignages évoquent les obstacles à la mutation opposés aux demandes de certains minoritaires pour changer de service au sein d'un même établissement ou pour changer d'établissement au sein du groupe. La question des congés bonifiés revient, bien sûr, comme une des motivations de ces refus, les chefs de service ne souhaitant pas être confrontés à des problèmes de remplacement de longue durée durant les vacances d'été :

Tout dépend de la politique de l'établissement ou de la DSI⁴¹ qui est là, si elle a tendance à faire de la discrimination ou non. Moi je suis intervenue auprès de la direction il y a trois ans parce que j'avais le témoignage d'un agent. [...] La DSI lui avait dit : est-ce que vous allez prendre vos congés bonifiés ? Elle avait dit oui et on lui dit, il n'y a pas de poste. Et il y a eu des secteurs où les cadres ont dit aux agents qu'ils ne les prenaient pas parce qu'ils prenaient leurs congés bonifiés. J'ai du demander à la direction de rappeler à l'ordre les cadres. Mais après on peut toujours écrire une note de service, quand les gens sont décidés à mener une politique, après la personne se retrouve en service, elle va se retrouver en but à des critiques, ce qu'elle fera, ce ne sera jamais assez bien, jusqu'à ce qu'elle se barre. Et ça, après c'est un long travail derrière, mais on ne change pas complètement les gens. (Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT)

Ce type de situation semble assez courant et il souligne les limites de l'intervention syndicale. Sans doute, les organisations peuvent-elles intervenir pour imposer une mutation refusée quand elle semble motivée par la répugnance à accorder un droit statutaire. Mais, dans ce cas, l'agent risque d'être exposé à des mesures de rétorsion dans son nouveau service et être victime de formes de harcèlement. Nous y reviendrons. Les possibilités d'intervention syndicale sont d'autant plus limitées que, au sein des organisations, l'illégitimité même de ce type de discrimination n'est pas unanimement perçue :

G : Cela dépend ce qu'on appelle racisme. [...] Je sais que certaines organisations syndicales, la CGT notamment, vont dire qu'une partie des cadres sont racistes parce qu'ils ne veulent pas prendre... parce qu'ils freinent quand ils savent qu'il y en a un qui va venir dans le service. Mais je vais donner la version d'un cadre : si je le prends moi, tous les deux ans j'ai un congé bonifié à compenser C'est vrai que c'est un acte...

P : Mais c'est pareil pour les femmes...

G : oui, c'est pareil pour les femmes. Pas toi, parce que tu vas pas tarder à avoir un même. C'est un petit peu ça. Pour moi ce n'est pas un acte raciste au sens public que ça peut avoir à l'extérieur. C'est un acte d'un cadre qui cherche à gérer son service de manière à avoir le moins de trous possibles dans un effectif qui est un peu ric-rac.

P : Oui, mais les congés bonifiés, c'est un droit, donc si tu reviens sur un droit... Pour moi c'est un peu raciste parce que, c'est un droit. C'est parce qu'il est black, enfin qu'il est Antillais, qu'il a le droit de partir. Tu reviens là-dessus, ben je pense que c'est du racisme. De même que dire : je ne veux pas prendre une femme, parce qu'elle peut être enceinte. Donc si elle vient dans mon service, pendant deux mois je vais être emmerdé. (Responsables SUD, section d'établissement hospitalier).

⁴¹ Directrice des soins infirmiers

Ce genre de débat n'est pas propre à cette section syndicale et à cette organisation. Il semble, au contraire, qu'il traverse toutes les organisations et qu'il puisse mettre en opposition les militants syndicaux dans leurs rapports à la hiérarchie de l'établissement comme dans le cas de cette militante qui se fait accompagner au service du personnel par une autre déléguée syndicale, « métropolitaine », afin d'obtenir les jours de repos auquel elle a droit :

Elle est déléguée syndicale, donc elle vient avec moi. Moi je dis à l'adjointe du chef du service du personnel : " je ne comprends pas. Expliquez-moi pourquoi on me dit que je suis catégorie administrative et on ne me donne pas les avantages, entre guillemets, de l'administratif, par exemple pour la prime, et quand je réclame mon nombre de jours de RTT on me dit que je suis de jour, je suis personnel social ? Donc je ne comprends pas." Elle me dit oui, vous êtes attachée à votre service, le chef du personnel m'a dit que maintenant il faut que je vous compte pareil que les collègues du service. Et elle était là avec moi et elle ne comprenait pas pourquoi est-ce que je revendiquais ces deux jours. Elle est sortie du bureau et elle m'a dit : « mais tu as déjà des jours de congés bonifiés, tu n'as pas à réclamer » et elle était en colère. Elle m'a accusé de malhonnêteté intellectuelle. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

Les entraves à la mutation ne se limitent pas au refus d'accueillir des agents bénéficiant des congés bonifiés. Certains témoignages évoquent des tris au faciès, au gré de l'arbitraire hiérarchique :

- La DRH m'appelle et me dit, j'ai constaté [...] que dans certains sites il y a des problèmes de racisme, ils n'acceptent pas les gens de couleurs.

Q. Qui ça, ils ?

A : Les responsables, les toubibs, c'est eux qui font la pluie et le beau temps sur les SMUR. S'ils veulent virer quelqu'un, ils font virer un agent, ils ont un pouvoir terrible [...] Comme la direction ne veut pas avoir des ennuis avec les toubibs, ils capitulent. Le gars, nous en tant que syndicat, ce n'est pas qu'on se plie mais on est obligé, dans le cadre de l'aménagement du travail, de demander un reclassement du gars dans un autre poste. C'est ce qu'on fait pour qu'il garde son ancienneté, ses avantages. Mais l'administration connaît le système et donc ils acceptent assez facilement de reclasser les gens. Tout cela c'est un jeu d'hypocrisie, mais derrière tout ça, il y a une souffrance. (Responsable section de service SUD)

La question de la mobilité interne comprend donc aussi les mutations forcées qui peuvent prendre la forme d'une infériorisation brutale :

J'ai une petite collègue antillaise, M, qui [...] travaille en salle de garde et ils étaient cinq. Donc les agents qui viennent d'arriver, ils restent en salle de garde, parce qu'ils réorganisent le service et ils ont enlevé les deux plus anciennes. [...] Et ça, M l'a très mal vécu. C'est des filles qui faisaient la cuisine, elles n'ont pas de diplôme, elles faisaient la cuisine pour les médecins. Elles l'ont fait jusqu'à maintenant et, du jour au lendemain, on leur dit vous n'êtes plus du tout bonne à travailler en salle de garde, donc on vous met ailleurs et c'est les nouveaux qu'on garde. Ça fait quand même un peu mauvais genre. Comme elles disent, on aurait pu nous dire on garde une ancienne et puis les trois nouveaux et, comme vous êtes agents de services hospitaliers, il faut que vous soyez près des malades. Trouver une forme de discussion, des messages pour leur faire comprendre, mais pas leur dire d'emblée vous n'êtes pas capables de travailler en salle de garde c'est pourquoi on vous mets ailleurs. Elles auraient mieux accepté. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

Il est très probable que ces méthodes brutales de gestion des ressources humaines ne touchent pas que les minoritaires. Mais, parce qu'ils sont surreprésentés parmi les catégories les plus basses de la hiérarchie hospitalière, ils sont aussi les plus susceptibles d'en être victimes. Cette part d'ombre dans les processus de mutation prospère à la faveur de procédures officieuses, basées sur des formes de cooptation choisie par ceux qui détiennent l'information :

Q. Parce que ça se fait comment les changements de poste ?

- *C'est l'agent qui demande, il va demander un service donné et après, en fonction de ce qu'il demande, ça va être oui, non, il y a des postes, il n'y a pas de poste, et... souvent pour certains il y en a, pour d'autres, il n'y en a jamais...*

Q. Je ne comprends pas bien. Les agents savent qu'il y a un poste qui va se libérer ou qui est libre et ils postulent. Ou bien est-ce qu'ils disent, au hasard, je voudrais aller dans tel ou tel service sans savoir si...

- *Ils ne disent pas au hasard, ils vont d'abord à la direction. C'est la direction qui propose des services. Ils sont au courant que dans tel service il y a un poste, mais généralement quand ils arrivent dans un service où il y a un poste, actuellement, c'est un poste qu'on appelle des postes fantômes. C'est des postes, quand il sera à la direction on lui dira, non, non, il n'y a rien qui existe alors que si, c'est des postes un peu fantôme. C'est des postes réservés pour le cousin, le machin de ceci... Et ceux-là, on n'est pas au courant à la direction de ces postes-là. Mais la démarche c'est d'aller à la direction qui propose deux ou trois services et puis après c'est à l'agent de voir si un poste lui convient après un entretien avec la cadre supérieure ou la cadre de proximité, et puis il va faire un essai et puis voilà. (Délégué syndical d'établissement hospitalier, CGT, d'origine africaine)*

Bien évidemment, dans le rapport à l'information et à son contrôle qui détermine les possibilités de mutation, ce ne sont pas les agents de catégories C qui sont les mieux placés. De surcroît, les entraves à la mobilité interne peuvent avoir des conséquences sur les possibilités d'évolution de carrière et entériner l'assignation des minoritaires aux fonctions les plus dévalorisées :

C'est un gars qui est d'origine algérienne (...), qui a 3 gosses, qui est marié, un mec très bien, qui a réussi à aller jusqu'au bac, un mec qui réfléchit. Et il est [...] à la récupération des déchets. Quand on a eu une réunion avec la Directrice, on a demandé qu'il soit déplacé parce qu'il veut faire les cours d'aide-soignant. Et nous, on avait argumenté que s'il veut faire les cours d'aide-soignant, autant qu'il fasse autre chose, qu'il ait un rapport avec les malades plutôt qu'avec les ordures. Et la directrice en est tombée d'accord. On en avait déjà parlé avec le Directeur des Soins Infirmiers, il avait dit oui pour se débarrasser de nous et puis il n'a rien fait. Et, en fait, on s'est rendu compte que son cadre avait été dire au service où il aurait pu aller qu'il est toujours malade, alors qu'il était en accident du travail, et que c'était pas un mec fiable quoi. Et cette surveillante, régulièrement, elle faisait des réflexions... je dirais de type raciste. Un jour elle a dit : « je vais chercher mes Noirs et mes Arabes ». Tu vois du style comme ça, bien ciblé, surtout qu'elle a un maximum d'agents de ces origines. Tu vois, on a un contexte comme ça. (Responsable US-AP CGT).

Dans ce contexte d'ethno-stratification des emplois et des tâches, la question des possibilités de promotion professionnelle constitue un enjeu essentiel en termes de reproduction systémique des relations interethniques au sein de l'AP-HP.

4.3.2. Évolution de carrière et promotion professionnelle

• Titularisation, notation et sanctions

Les premières difficultés dans l'évolution de carrière des minoritaires peuvent commencer – et se terminer – avec l'étape de la titularisation :

Q. Est-ce qu'il y a des agents qui viennent à la section pour se plaindre de problèmes de racisme, de discrimination ?

- *Oui. Moi j'ai eu l'occasion une fois, il y avait une petite africaine qui était embauchée à la crèche. Et auquel le cadre... bon, on l'a pas titularisée, elle a fait des rapports disant qu'elle était incapable de travailler et tout... Le fond du problème, c'était plus de la discrimination que la capacité de la collègue. Et le DRH ne l'a pas titularisée non plus, il n'a pas cherché à comprendre, il s'est allié au cadre et la collègue est venue me voir. [...]*

Q. Mais qu'est-ce qui te fait dire, toi, que c'est de la discrimination ?

- *Moi je dirais que c'était de la discrimination parce que la collègue elle était... apte à travailler, ce qu'on lui reprochait n'était pas fondé. On lui reprochait des incompatibilités d'humeur et de travail avec ses collègues. Mais la collègue avec laquelle elle travaillait et la collègue qui s'était plainte, j'étais allé la voir et elle m'avait expliqué tout autre chose, qui n'avait pas de rapport. Mais à l'époque le DRH n'avait pas approfondi. Le cadre avait dit, donc c'était tout. Il avait dit que des parents s'étaient plaints d'elle, lorsque j'ai demandé, il n'y avait pas de plainte de parents... Bon c'est parce qu'on ne voulait pas la titulariser.*

Q. Et pourquoi ils ne voulaient pas la titulariser ?

- *Il y avait des petits trucs de on dit ... qui n'étaient pas fondés. Elle n'a pas été titularisée, elle est partie d'ailleurs de l'hôpital. Elle était passée en commission paritaire pour sa titularisation, elle était déjà en stage, quand c'est comme ça, on obtient 6 mois de prolongation, elle ne l'a pas obtenue. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)*

Ce sentiment d'arbitraire dans l'appréciation de l'encadrement, peut se retrouver dans la question de la notation qui constitue un élément important dans l'évolution de carrière dans la Fonction publique :

Même mon cadre supérieur, quand j'ai commencé à militer, avec mon problème de fracture, au début elle me marquait « travaille selon son humeur ». Moi je me disais, c'est pas méchant, au moins quelqu'un qui me connaît. Honnêtement, quand elle me disait quelque chose, je l'envoyais sur les roses parce qu'à cette époque là, j'avais réponse à tout, et dans ma tête, je voyais pas le mal et je dramatisais pas [...] Et puis quand elle m'a marqué « absences régulières », j'ai pris le temps d'analyser tout ce qu'elle me mettait comme appréciations sur ma feuille de notes et c'est à ce moment là que j'ai tout fait enlever puisque ces annotations n'étaient pas très sympas et tout. Mais il n'y aurait pas eu cette histoire de cheville, je serais restée à dire, au moins quelqu'un qui sait que si je suis bien lunée je vais accepter ce qu'elle me dit [rire]. Ce n'était même pas une question d'être mal lunée mais c'est la manière de dire. Parce que je vois ce cadre de X qui m'appelait « mon petit oiseau des îles », elle avait l'art et la manière de te parler avec douceur et de te demander les choses si gentiment que, même si dans son comportement il y avait une pensée des discriminations, tu ne le ressentais pas parce que c'était dit d'une manière qui mettait tout le monde sur un pied d'égalité. Tandis que l'autre... (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

Le décryptage de la notation demande un apprentissage, de même que la compréhension de son usage en cas de rébellion face à des traitements jugés indignes et infériorisant.

Cette marge d'arbitraire laissée à l'encadrement, se retrouve également dans la manière de gérer, de manière plus ou moins compréhensive, les faiblesses individuelles des agents :

- C : *Et puis chaque individu a sa personnalité. Il n'est pas forcément mauvais dans tout ce qu'il fait mais des fois il a des dérives. Et il suffit qu'il rentre dans ce cadre de dérive, et qu'en plus il soit originaire d'Outre-mer ou africain ou maghrébin, tout de suite, on profite de cette opportunité là pour le discriminer. En disant, oui, Untel s'est trop absenté, etc. Donc là, l'organisation syndicale intervient en disant, certainement, il y a des choses qui ne vont pas, vous recadrez mais arrêtez de le discriminer.*

Q. Ça se traduit par quoi, des sanctions ?

- C : *Ça peut être des sanctions, sur l'avis de stages, sur les notes...*

C'est notamment le cas du traitement des problèmes d'alcoolisme :

A : *Il y avait un gars, il a été licencié....*

C : *oui, il est passé au conseil, et puis c'était la mauvaise période comme tu disais, le collègue maghrébin-là, il a été licencié.*

A : *ils ont mis le paquet pour s'en débarrasser. Il y avait un vrai travail dans le CHSCT, avec la médecine du travail et tout, pour réintégrer les agents qui avaient des conduites addictives et pour le directeur, c'était le coup de sabre. Alors que dans le même temps on faisait un travail...*

Q. C'est une politique brutale qui consiste à se débarrasser des canards boiteux. Mais est-ce que tout le monde était traité de la même manière ?

A : *Justement je ne crois pas. Après je ne peux pas te donner d'exemples précis.*

C : *Ben, tu as eu Y, personne ne l'a fait passer en conseil de discipline jusqu'à maintenant. Tu vois, il est reparti en cure.*

A : *alors que X il a été viré. En plus dans des conditions, le pauvre...*

(A : responsable US-AP CGT, C : responsable CGT SCB)

Les éléments d'appréciation fournis par l'encadrement, peuvent donc avoir des conséquences graves allant jusqu'à la radiation. Cependant, dans la plupart des cas, c'est sur les possibilités d'accès aux formations que le sentiment de l'existence de pratiques discriminatoires se focalise dans les discours syndicaux.

• L'accès à la formation

Les possibilités de bénéficier d'une formation, peuvent d'abord apparaître comme relevant d'une sorte de loterie, d'un hasard individuel qui peut permettre de sortir de la logique d'utilisation maximale des agents :

Quelques jours plus tard, la surveillante générale arrive avec une petite brochure, justement sur ces histoires de congés de formation. D'habitude il n'y avait aucune information dans ce service parce qu'elle ne voulait pas de gens qui aillent faire des formations et ceci, cela. Il faut rester en permanence dans le service pour bosser. Ce jour-là elle se dit « tiens, on va faire une bonne action », sachant que personne ne prendra ça, dans sa tête. Elle distribue. Moi je prends toujours et je lis toujours les informations. Je me suis dit, c'est exactement ce qu'il me faut. Donc j'ai cherché les informations, j'ai été chercher mon dossier dans un organisme. Ensuite il fallait avoir l'approbation au niveau du bureau du personnel, c'est tout. Donc j'ai fait mon petit truc et j'ai prévenu, une fois que j'avais envoyé mes affaires, j'ai prévenu mes chefs. [...]

Ça s'est passé d'une manière incroyable. J'ai été au bureau du personnel, la personne qui devait signer était occupée, elle voulait se débarrasser de moi. Il me dit : « mais qu'est-ce que vous voulez faire là ? Qu'est-ce que vous avez ? ». J'ai dit : « un dossier pour une formation. » « Vous avez raison, allez... ». Il a

signé le papier, sans regarder. Moi mon dossier il était rempli, signé, et hop j'ai été voir l'organisme. (Aide-soignante originaire d'Outre-mer, non-syndiquée.)

Cependant, dans cette « loterie », certains de nos interlocuteurs perçoivent des régularités parmi les gagnants et les perdants.

Régularité en terme de statut professionnel :

Je ne sais pas si la couleur ou la race joue pour la formation. (...) Mais les cadres ont beaucoup de formation, les agents beaucoup moins. (Responsable syndical, section d'établissement, SUD).

Régularités en termes d'origine :

Q. Est-ce qu'il y a des formes de racisme, de discriminations qui seraient communes aux originaires d'Outre-mer, aux agents d'origine maghrébine, africaine ?

- Ben moi je dirais ... je n'ai pas tous les éléments mais, en général, ça se retrouve sur l'accès à la formation. L'accès à la formation, l'accès à la promotion professionnelle. En général, pour ces agents là, il y a plus de difficulté pour le cadre de laisser l'agent partir à une formation. Là j'ai du intervenir quelque fois sur, entre guillemets, des chantages fait à l'agent, sur ces jours, ou on lui rend pas ses jours de formation ou... Il y a un cadre qui a dit à un agent de catégorie C, il est vrai que c'est un agent qui a échoué plusieurs fois, elle veut passer le CAPAS et elle a échoué. Elle était dans un service où, à un moment donné, ça c'est mal passé avec le cadre. Et elle est venue nous faire remplir sa feuille, mais je ne sais pas si c'était lié au fait qu'elle est originaire, ça se passait mal. Et elle lui a dit : « est-ce que vous n'en avez pas marre d'échouer, il serait temps de vous arrêter. » Moi je trouve que c'est inadmissible de sortir ça à un agent. (Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT)

Les questions de classe, ici de catégorie statutaire, et de « race » ou d'ethnicité se mêlent intimement pour assigner aux minoritaires une place infériorisée dont ils ne peuvent sortir. Il est vrai qu'une part importante des agents de catégories C, et notamment parmi les originaires d'Outre-mer, a été recrutée avec un niveau de scolarisation peu élevé et que, de surcroît, ces acquis ont pu régresser après des années de pratiques professionnelles qui ne sollicitent pas forcément les qualités de raisonnement abstrait requises pour suivre des formations qualifiantes et pour passer des concours :

Le problème qu'on a aussi qui est important c'est que les agents qui sont ici, il y en a beaucoup qui sont en échec scolaire et c'est vrai que pour passer un concours, c'est pas spécifique aux originaires d'outremer hein. A partir du moment où ils rentrent comme Agent Hospitalier, c'est qu'ils n'ont pas de diplôme déjà, c'est pas forcément l'échec scolaire mais le niveau n'est pas forcément comme il faudrait. [...] En plus tu as des professions, comme Agent Hospitalier, tu n'as pas besoin d'écrire ou de prendre de notes, donc au bout d'un moment, tu n'écris jamais donc tu perds. (Responsable US-AP CGT)

Ceci pose donc la question de l'adaptation des formations à un public qui a besoin de remise à niveau, si l'on envisage sérieusement la possibilité de le promouvoir. Or la conception de ces formations ne semble pas vraiment constituer une priorité pour l'institution :

Nous, on a un souci chez nous, c'est que c'est la chef du personnel qui fait la mise à niveau. Des cours de français et de maths, et il y a une majorité d'agents qui ne veulent pas y aller parce que c'est elle. (...) On a déjà demandé que ce soit une autre personne de l'extérieur qui le fasse, elle a l'impression qu'on lui en veut quand on fait ça, c'est un peu compliqué. Sauf qu'il y a plein d'agents

qui restent sur le pavé. C'est difficile relationnellement. C'est vrai que les gens y vont une fois et... Alors, elle adore faire ça, elle le fait sincèrement je pense, sauf qu'avec les agents ça passe pas. (...) Donc les gens ne font pas la mise à niveau, ils passent directement le concours et ils le ratent parce qu'ils ne sont pas prêts. Il y a beaucoup de nos collègues antillais qui sont dans ce cas là. (...) Là c'est gratos, parce qu'elle le fait sur son temps de travail. Mais si tu fais venir un enseignant, faudra le payer. (Délégué CGT, établissement hospitalier).

Ce mélange des genres, n'est pas sans évoquer une démarche caritative pour le moins étonnante dans une institution aussi importante que l'AP-HP. Si ce cas peut sembler caricatural, il fait écho à ce qui semble être plus généralement le peu d'intérêt accordé à cette question dans certains établissements de l'Assistance Publique :

J'avais discuté avec une ancienne surveillante parce que je trouvais que la remise à niveau pour les agents de service hospitalier n'était pas adéquate, qu'il fallait leur redonner les bases élémentaires en révision et tout, mais pour les motiver, pour rendre ça plus attrayant, ce serait mieux de faire ça sous forme de dissertations, de résumés de textes, plutôt que de leur apprendre la grammaire, le vocabulaire comme ça. Peut-être qu'ils arriveraient mieux à retenir ce qu'on leur apprend. Et elle m'avait dit que ce n'était pas une mauvaise idée et puis elle est partie à la retraite et ça n'a pas eu de suite. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT).

Ce relatif désintérêt peut être rapproché de la perception des agents minoritaires par l'encadrement qui contrôle la conception et l'accès aux formations :

- Je pense que l'intégration... enfin, entre guillemets, parce que si on était considérés comme des Français on ne parlerait pas d'intégration, elle vient par la formation, par la promotion. [...] Et sur la promotion, moi ce que j'ai vu de certaines collègues, elles ont eu du mal hein. Il faut beaucoup plus travailler.

Q. C'est-à-dire que ça bloque à quel niveau ?

- C'est-à-dire qu'on a tendance à douter que vous puissiez réussir. Ah bon, tu veux faire la formation ? Tu penses que tu vas réussir ? Ça c'est la pression que certains cadres mettent à certains et pas à d'autres. Ou bien on a tendance à freiner, il n'y a jamais la possibilité sur le planning, etc.

Q. Donc c'est dans l'accès aux formations que ça bloque ?

- L'accès à la formation et donc aux promotions parce que la formation c'est pour passer à autres chose. (Secrétaire Générale, syndicat d'établissement hospitalier, CGT)

Cette tendance à la sous-estimation des minoritaires peut avoir un effet inhibiteur sur ceux à qui elle s'applique. Mais elle intervient aussi pour légitimer, en toute bonne conscience, les appréciations arbitraires qui vont très concrètement entraver les possibilités d'évolution de carrière :

Moi je suis AS, j'ai été embauché ici comme AS. Quand j'ai été embauché, avec l'infirmière générale, (...) j'ai été embauché en vue de faire l'école d'infirmiers. Bon, au début je me suis dit, je vais me faire une expérience du milieu professionnel, et en attendant je vais voir si infirmier ça m'intéresse ou pas. Et donc j'ai bossé, j'ai fait 5 ans ici et j'ai vu ce que c'est le métier d'infirmier, ça peut être intéressant. Mais étant donné que j'ai bossé pendant cinq ans, j'ai perdu mes acquis. On bosse tous les jours... il fallait faire une remise à niveau. Et la remise à niveau se passe à... il faut passer par le cadre du service. C'est-à-dire que je vais au bureau de la formation faire la demande, ils me font passer un test, après c'est le cadre du service qui donne son avis et c'est cet avis là qui fait que vais aller en formation ou pas. Et elle a dit non, que je n'étais pas fait pour la médecine, alors que je venais d'arriver dans le

service, elle ne me connaissait pas. J'étais arrivé depuis à peine un mois. Si j'avais bossé avec elle pendant dix ans et qu'elle me dise... ça tenait plus mais elle ne me connaissait pas. Elle a dit "non, monsieur X n'est pas fait pour ce service", qu'elle ne me voulait pas, grosso modo, comme infirmier, patati, patata. (Délégué syndical d'établissement hospitalier, CGT, d'origine africaine)

La plupart des syndicalistes que nous avons rencontrés nous ont rapporté des situations similaires, caractérisées par l'absence de justification des refus de formation ou par des justifications tellement générale qu'elle en perdent toute signification ou encore par des motifs sans rapport avec l'objet de l'appréciation, quitte à récuser les outils d'évaluation standards :

- Il y avait une autre fille de la Martinique à qui elle a refusé, elle lui a mis avis défavorable. Et la collègue a eu un courrier disant que même si elle passait le concours, même si elle était reçue, elle n'aurait pas bénéficié de la promotion professionnelle. Ce qui veut dire que même si elle avait eu son concours et qu'elle était rentrée à l'école d'infirmières, elle n'aurait pas eu la bourse de formation, elle n'aurait pas touché son salaire d'aide-soignante. Parce que ce n'était pas de la promotion, parce qu'on lui avait dit non, parce qu'elle avait un avis défavorable.

Q. C'est le cadre qui a un pouvoir discrétionnaire ?

- C'est la DSI qui a un pouvoir de dire si c'est opportun ou pas, donc on peut te dire oui et tu y vas mais si on veut te mettre défavorable ça veut dire que tu ne seras pas payé pendant la formation.

Q. Et là, c'était motivé ?

- Elle l'a simplement reçue verbalement et elle lui expliqué simplement qu'elle jugeait qu'elle n'était pas capable d'être infirmière. Sans donner plus de... (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT).

Les obstacles à la promotion des minoritaires peuvent parfois être organisés sciemment de manière préventive, voire planifiée, en usant du monopole de l'encadrement sur le contrôle de l'information :

Q. Ça se passe comment pour devenir chef : il y a des concours internes ?

- Oui, il y a des concours, mais le problème qui se pose c'est que c'est une minorité de personnes qui sait qu'il y a les concours. Nous, à l'atelier, on n'est pas au courant qu'il y a des concours ! Les chefs sont censés afficher les concours et c'est seulement quand les concours sont passés qu'ils affichent le concours. Souvent c'est ça. Mes deux collègues [ouvriers qualifiés originaires d'Outre-mer] qui sont partis, c'est un exemple, et bien ils devaient passer un concours. Eux, à la dernière minute, on leur dit : "ah, il y a un concours qui doit se faire. Il faut que vous vous inscrivez". Alors que nous avons un magasinier ["blanc"], lui, il a préparé le concours pendant une année. Il savait qu'il y avait un concours, pendant un an, tous les lundis il allait prendre des cours. (Personnel ouvrier, originaire d'Outre-mer, non syndiqué).

• Une intervention syndicale défensive et limitée

Face à ces pratiques arbitraires, les organisations syndicales ont du mal à réagir en premier lieu parce qu'elles n'en sont pas toujours informées :

- Moi j'ai trouvé ça injuste. Je suis venu en parler ici avec les collègues, on est allé la voir. Et, à peine arrivée, elle a retourné sa veste. C'est-à-dire bon, c'est... tout le monde a le droit à l'erreur... et que... en réalité qu'elle s'est fait un mauvais jugement sur moi et du coup, elle a signé tout de suite... Du coup j'ai eu accès à la formation. Ce qu'ils m'ont fait là, en réalité ils l'ont fait pour plusieurs, sauf que maintenant ils vont subir ça, ils ne vont rien dire. Ils vont se

dire, c'est la fatalité. Il y en a qui sont timides, ils vont se taire. Et puis il y en a d'autres comme moi qui vont dire, ce n'est pas normal. Elle savait pas que j'étais syndiqué, sinon je suis sur elle l'aurait pas fait. (...)

Q. Et donc ça c'est quelque chose qui arrive régulièrement ?

- Oui, ça arrive souvent ça. Malheureusement, il n'y en a pas beaucoup qui osent venir parce que celle qui donne son avis c'est la surveillante générale du service, donc la cadre supérieure, et il y en a qui hésitent énormément à mettre son autorité en jeu... par peur de représailles. Et puis il y en a qui viennent et heureusement parce que ça permet de remettre les choses sur les rails. (Délégué syndical d'établissement hospitalier, CGT, d'origine africaine)

Même si il est possible d'intervenir défensivement, comme dans l'exemple précédent, en mettant en évidence l'arbitraire d'une appréciation, le résultat n'est pas garanti. D'une part, comme nous l'avons vu à propos des mutations, l'encadrement peut, après avoir fait marche arrière, prendre des mesures de rétorsion à l'encontre de l'agent lors qu'il est de retour dans son service. D'autre part, les pressions syndicales exercées sur certains cadres pour qu'ils rectifient les appréciations portées sur leurs subordonnées peuvent se heurter à une réaction collective de défense de la hiérarchie :

Un agent hospitalier qui me dit : « ma surveillante m'a mis une sale note parce que je suis une Arabe ». OK, elle me l'a dit. Mais est-ce que moi je vais rapporter : on a mis une sale note à un agent parce que c'est une Arabe ? Je n'ai aucun élément pour le dire. Je ferais aussi de la discrimination envers la cadre. [...] On va dans son service avec un collègue. On démontre, noir sur blanc, que sa note elle est bidon. Qu'elle a une très, très mauvaise note qui ne se justifie en rien. Qu'est-ce qui se passe ? La cadre change la note et je reçois une lettre de la direction, qui nous accuse d'avoir menacé la cadre et d'avoir fait de l'intimidation pour lui faire changer de note. [...] L'avocat [de la CGT] écrit à la direction, mais la lettre de la direction a été envoyée à tous les cadres par e-mail. D'une mauvaise note pas fondée, c'est devenu : le syndicat a menacé et intimidé la cadre pour lui faire changer sa note. (Secrétaire Général, section d'établissement CGT)

Surtout, il est beaucoup plus difficile de mettre en évidence des pratiques discriminatoires régulières qui ouvrirait la voie à une démarche plus préventive :

- Le cadre donne son avis. C'est important quand même, mais on a un service de formation derrière où on a un contrôle. Il y a F qui est le représentant du personnel au service formation. Est-ce qu'il y a plus de refus... Alors ça fait longtemps qu'on ne l'a pas fait. On avait dit qu'on se pencherait dessus, parce qu'il y avait plus de refus... Mais après il faut voir. Il faudrait être sûr des raisons du refus. Est-ce qu'il est vraiment motivé ou pas ? F dirait certainement qu'il y a eu des blocages en fonction de la couleur. Mais on ne l'a pas prouvé. Et tant que ce n'est pas prouvé... (Responsables SUD, section d'établissement hospitalier)

La question étant formulée en termes de discrimination directe et donc de motivation, les organisations syndicales sont souvent embarrassées et les militants hésitent à parler de racisme, à la fois pour des raisons juridiques liées aux risques de poursuites en diffamation et, à la fois, pour des raisons « humaines », tant le fait de porter ce type d'accusation paraît infamant :

J'entends : « on ne veut pas me donner une formation parce que je suis noir ». Je l'entends, je l'ai entendu. « On ne me prends pas parce que j'ai mes congés bonifiés » mais je n'ai pas de vrais arguments qui arrivent. Moi je ne peux pas accepter, en tant que secrétaire général : « on ne me donne pas ma formation

parce que je suis noir ». [...] Moi je ne veux pas utiliser raciste, raciste systématiquement. (...) Si je veux utiliser même le mot discrimination envers une communauté étrangère, issue de l'immigration, si je l'utilise, je veux qu'il soit fondé. [...] Il faut se donner les moyens et pouvoir enquêter. Et ça je pense que ça doit être dans une démarche syndicale générale, une démarche en se donnant les moyens, un outil de travail, une formation, comment combattre... Parce qu'en face de nous il y a des femmes et des hommes. On est humain. Attaquer quelqu'un comme raciste et qui n'est pas raciste, c'est dur. C'est humainement difficile. Je n'ai pas envie d'attaquer un cadre en lui disant, vous lui avez mis une sale note parce que c'est une Arabe. Je ne veux même pas laisser une supposition sur un seul cas. Mais on doit se donner les moyens de lever une suspicion. Cette fille là, elle s'appelait Rachida, il s'appelle Mamadou, et systématiquement ceux-là, vous leur donnez de mauvaises notes. Avec des éléments, je peux dire, là, il y a un vrai problème. Mais même si j'en avais 50, je ne dirais pas, elle est raciste. Je dirais, il y a une suspicion, il y a un vrai problème là. [...] Il faut qu'on puisse donner des éléments, des preuves et de arguments. Si demain je veux combattre et dire que cette personne elle est raciste, on doit avoir les moyens pour dire elle est raciste et la poursuivre au tribunal. (Secrétaire Général, syndicat d'établissement, CGT)

Cette approche du racisme et des discriminations, centrée sur la motivation des pratiques discriminatoires, limite d'autant plus les capacités d'initiative syndicale qu'ils ont du mal à maîtriser, en amont, l'offre de formation de manière à pouvoir définir des cibles prioritaires :

Q. En fait il n'y a pas vraiment de réflexion syndicale pour penser la mobilité professionnelle, les carrières, les choses comme ça.
- Non. Déjà quand tu essaies d'en discuter, on te met toujours en avant qu'on ne peut pas permettre aux gens d'aller correctement en formation parce que... dans la tête des gens, quand tu discutes, même si on instaurait une formation correcte, les gens n'arriveraient jamais à acquérir les bases nécessaires pour être au top, comme eux.. C'est-à-dire qu'ils ne veulent pas une formation... Donc c'est une dévalorisation pour eux.... Je ne sais pas, je n'arrive pas à m'expliquer. C'est vrai, dans mon CTE, on ne discute pas trop quand on a le plan de formation. On ne l'analyse pas suffisamment parce qu'on pourrait voir, dans le contenu de la formation, ce que l'administration, le patron a l'intention de faire au niveau du projet d'établissement et sur les postes de travail, si on va comprimer ou si on doit évoluer... C'est là que l'on arrive à déceler les choses. Mais c'est vrai qu'on ne prend pas le temps d'approfondir les choses. On a beaucoup de données, beaucoup d'informations ; est-ce que c'est trop d'informations qui tue l'information ? [rire] (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

• Formation et promotion professionnelle

Une fois l'étape de l'accès à la formation franchie, son déroulement, aux dires de certains de nos interlocuteurs, peu encore contenir des expériences désagréables comme le sentiment d'être noté, par certains enseignants, selon un barème spécifique :

La moitié de l'année j'ai eu un bon prof [à l'école d'aides-soignantes] une femme qui était très ouverte. Et après, elle a dû changer de section et alors là je suis tombée sur une... Toutes mes notes ont baissé d'un coup et ce n'était pas justifié. Elle voyait que j'avais un très bon niveau, elle a baissé toutes mes notes et une, qui était sa préférée, qui avait des grandes difficultés, elle avait les notes les plus hautes. Et là, un jour ça m'a, là ça a monté, et j'ai dit là il va falloir que vous m'expliquiez le barème, sur quoi vous notez parce là, les contrôles que

je vous rends, c'est du par cœur, expliquez moi, devant tous les élèves. Elle ne savait plus où se mettre, elle était rouge, et elle commençait à bafouiller, et elle ne savait plus quel barème elle avait mis. [...] C'était du racisme, tout court. Pourquoi une négresse pouvait avoir autant de notes positives ? Ce n'était pas possible. [...] Je ne lui ai pas dit : c'est du racisme. Non, je ne prononce pas ce mot. Mais je savais très bien son mécanisme et je voulais lui prouver... [...] Elle est restée sur son "non, je maintiens votre note". J'ai dit "bon, d'accord, mais ça ne m'empêchera pas d'avoir mon examen à la fin". Et je l'ai eu. (Aide-soignante originaire d'Outre-mer, non-syndiquée.)

Ou encore, de manière plus générale, une différence de traitement à l'égard des minoritaires considérés comme des étudiants de seconde zone, comme ce serait le cas dans cette école d'infirmières :

- Une de mes collègues antillaise, de couleur, qui venait de sortir récemment de l'école d'infirmières, me dit qu'à l'école il y a un problème terrible. Elle le ressent comme ça. Pourtant ce n'est pas la fille à voir du racisme partout. Elle avait l'air de dire qu'à l'école d'infirmiers, il y avait beaucoup de problème de racisme, qu'ils avaient tendance à faire bosser systématiquement les gens... heu... les Européens... Et que pour les gens de couleur il y avait beaucoup de blocage, et me disant que... il y en a énormément qui sont partis. Je trouve ça écœurant. Ça c'est pareil, que faire ?

Q. Ils sont partis ?

- Ils sont partis, ils ont démissionné. On leur a mis la pression : vous n'êtes pas fait pour ça, vous êtes ceci, vous êtes cela. Aucun compliment, toujours à dénigrer et ça, ça décourage au bout d'un moment. Rien qu'à l'école d'infirmiers, moi je pense qu'il y a du boulot à faire. [...] Ce n'est pas des cas isolés. Ce que me disait la collègue l'autre fois, il y en a plus d'une quarantaine qui sont partis comme ça. Si les quarante venaient ici dire que, et qu'on remarquait qu'ils sont tous de couleur, là on pourrait... Mais comme les gens ne viennent pas, qu'ils prennent ça comme une fatalité et ils font autre chose, ou ils s'orientent vers d'autres métiers...

- Normalement, la formation est payée par l'AP ?

- Ce qu'il y a, c'est que dans ce cas, ils retournent dans leur service et puis c'est tout. (Délégué syndical d'établissement hospitalier, CGT, d'origine africaine)

Ce type de différence d'attentes et de sollicitations des enseignants à l'égard des élèves minoritaires est bien connu en sociologie de l'éducation et ses conséquences sur leurs résultats ont été démontrées⁴². Ces effets sont d'autant plus importants que les mêmes différences de traitement peuvent se retrouver lors des concours eux-mêmes et se traduire par des surcroûts d'exigence ou, à tout le moins, par une inflexibilité dans le jugement vis-à-vis des candidats minoritaires « moyens » :

Je vais te donner un exemple : un agent hospitalier à passé deux fois l'examen, il a fait deux fois la formation d'aide-soignant. Il travaille très bien, c'est un gars comme ça. Il a raté la première fois à ¼ de point et la deuxième à ½ point. Il pouvait être rattrapé. En plus c'était un très bon élément, pas de problème, pas d'histoire, rien du tout. A la limite, ils auraient du le nommer et ils ne l'ont jamais fait. Et c'est un Guadeloupéen. Mais là, tu le sais que c'est ça. Tu ne peux pas le prouver, mais tu le sais. Parce qu'on ne met pas un ¼ de point, on arrondit. (Responsable US-AP CGT)

⁴² "L'effet pygmalion" cf. Jacobson & Rosenthal, 1975, *Pygmalion à l'école*, Paris, Casterman.

Si aucun de nos interlocuteurs n'a remis en cause globalement le mode d'organisation des concours, certains exemples font porter la suspicion sur leur régularité ou sur l'équité de certains d'entre eux :

B : Ils ont fait un concours pour la carrosserie. C'étaient des questions sur la carrosserie. Comme mon collègue me disait : « Je suis carrossier, je connais mon métier, je connais les pièces. » Comment expliquer qu'il y a six points de différence entre lui, qui est dans le métier, qui fait tous les jours de la tôle, et l'autre qui est magasinier ? Hop, il a eu son concours et les autres ne l'ont pas eu. [...]

A : Ils ont toujours bidouillé, c'est connu mais, ça aussi, ce n'est pas facile à prouver.

(A : responsable SUD, section syndicale de service ; B : personnel ouvrier, originaire d'Outre-mer, non-syndiqué).

Les différences de traitement ne s'arrêtent d'ailleurs pas avec la réussite aux concours.

• Les personnels d'encadrement minoritaires

Dans un contexte comme celui du Service central des blanchisseries où une bonne partie de la maîtrise et de l'encadrement intermédiaire est composée d'originaires d'Outre-mer, les militants évoquent le souvenir d'une de leur camarade, une pionnière qui, la première, a tenté d'obtenir une promotion en passant des concours dans les années 1980 :

- A : elle a passé le concours elle a eu 18 et 19 en maths et en français

- B : Mais elle c'est de la discrimination syndicale, c'est pas du fait qu'elle soit antillaise.

- A : c'est les deux [...] rappelle-toi, quand elle a passé ce concours, il y a même une chef qui a dit, on le sait puisqu'on est intervenu pour ça, il y a une chef qui a été voir une copine pour lui dire : vous n'allez quand même pas mettre une noire comme chef ? Vous n'allez pas vous faire diriger par une Noire ? C'est clair que Ce n'était pas seulement syndical. [...] C'était dans les années 80. C'est grâce à cette copine que les mentalités ont évolué dans le SCB. [...] Elle s'est battue, elle a refusé de repasser le concours, parce qu'on la prenait pour une conne quoi. Donc elle a refusé. [...]

- C : Et après son passage, ils ont accepté de faire passer le concours aux autres et ils ont été admis. Là, ils sont bien une dizaine d'originaires qui sont cadres. [sur 25 cadres techniques]

Q. C'est presque la même proportion que chez les ouvriers...

(A : responsable US-AP CGT ; B et C : responsables syndicat CGT SCB)

Avec le temps et des changements de direction, la situation s'est donc profondément transformée. La composition ethnique de la hiérarchie technique de la blanchisserie alimente d'ailleurs des discussions autour du thème du « copinage » par groupes d'origine :

C'est vrai que j'ai entendu aussi des métropolitains qui me disaient : ouais, elle ne peut pas nous encadrer parce qu'on n'est pas noirs. Les gens ont tendance vraiment à confondre. Parce que nous, on en a un qui est comme ça. Ce mec-là c'est systématique, c'est un bon à rien, et dès que la maîtrise s'en prend à lui, c'est tout de suite parce que la maîtrise est noire et pas lui. C'est faux ! C'est un type qui n'arrive pas à se situer... (Responsable section SUD SCB)

Si cette composition de la hiérarchie, exceptionnelle pour l'AP-HP, paraît s'être relativement banalisée au service des blanchisseries, il semble qu'il n'en aille pas de

même ailleurs et que les minoritaires qui accèdent à des fonctions d'encadrement sont bien souvent dans une situation inconfortable :

Je crois qu'il y a certaines personnes qui acceptent de vous voir rester à votre place, c'est-à-dire passer le balais ou être dans des fonction subalternes et, à partir du moment où vous êtes un peu dans un autre cas de figure, on va vous pousser le plus souvent dans vos retranchement. D'ailleurs, tous les cadres originaires d'Outre-mer dans mon secteur, ont eu maille à partir avec leurs supérieurs hiérarchiques médicaux qui ne voulaient pas d'eux en tant que cadre dans leur service. Qui les ont harassés, qui les ont... et ça c'est vraiment très particulier. A un moment donné, tiens, vous n'êtes plus à votre place ! [...]

Les cadres qui sont originaires d'Outre-mer soit sont dans l'effacement, soit sont dans la... ils sont, à partir du moment où ils ne sont pas des lèches cul, des lèches bottes, ils ont beaucoup de difficultés. Il faut être un bon... serviteur. Je ne sais pas si on est crédible, parce qu'on peut l'être et être discriminé. Si on a en face quelqu'un qui veut vraiment vous emmerder parce que votre gueule ne lui revient pas et qu'il a décidé que vous ne faisiez pas l'affaire, vous pouvez être ce que vous voulez, on vous emmerdera. (Secrétaire générale, syndicat d'établissement hospitalier CGT)

Différents syndicalistes évoquent les multiples petites situations au cours desquelles on leur rappelle qu'ils ne sont pas vraiment à leur place :

C'était le chef du service d'orthopédie, il y a une dizaine d'année, c'était un Antillais. Plusieurs fois c'est arrivé que quelqu'un lui dise : « tu peux pousser le brancard. » Voilà, un fait qui montre un petit peu l'état des lieux, parce que c'est un peu ça sur l'établissement, c'est vrai qu'on retrouve une majorité d'Antillais en catégorie C, même si on a des tas de filles qui monte de plus en plus.

Certains cas montrent clairement qu'il ne s'agit d'une question de compétence mais de statut :

J'ai un cadre qui est dans mon hôpital, elle est cadre anesthésiste, et pendant des années son cadre supérieur anesthésiste a été malade, et c'est elle qui faisait tourner la boutique. Elle est en réa-chir⁴³, c'est une personne de compétence et de carrure, qui fait marcher le service impeccable. Et quand son cadre supérieur a été en longue maladie et ne pouvait plus revenir, elle voulait rester sur ce poste, passer ses titres et travaux pour être cadre supérieure nommée. Parce que, de fait, elle exerçait la fonction tous les jours. De sorte que le chef de service réanimation a dit niet ! Il ne voulait pas d'elle. Alors il l'a voulait bien en tant que faisant fonction, mais il ne l'a voulait pas en tant que cadre sup. Ce n'est même pas pour dire « la personne n'est pas compétente, je ne la veux pas » ou « je veux le poste pour quelqu'un d'autre », il ne la voulait pas, il la voulait seulement faisant fonction. Et c'est quelqu'un qui était quand même assez réputé pour être assez discriminant là-dessus. (Secrétaire générale, syndicat d'établissement hospitalier CGT)

Les minoritaires peuvent être considérés comme suffisamment compétents pour remplir des fonctions d'encadrement, ils peuvent, plus difficilement, obtenir le statut correspondant à leurs responsabilités mais ils restent toujours exposés au risque d'une contestation, d'une remise en cause de leur légitimité. Comment s'étonner, dès lors, du peu de motivation, exprimé par certains, pour accéder à ce type de fonctions :

Oui, on peut passer les concours, ça se fait, il faut vouloir et puis après il faut pouvoir. Et vous savez, quand on est cadre, surtout à l'AP, j'ai l'impression que

⁴³ Réanimation-Chirurgie

c'est un peu... et je ne crois pas qu'on motive les gens pour être cadre. Même les gens des DOM, je ne pense pas que ça les motive d'être cadres. Pour l'instant moi ce n'est pas mon objectif, pas à l'AP en tout cas. (Agent administratif, militante CGT)

4.3.3. La gestion quotidienne des personnels

Le sentiment de subir un traitement inégal de la part de l'encadrement ou de l'institution peut concerner de multiples aspects de la gestion quotidienne des personnels. Selon certains de nos interlocuteurs, les minoritaires seraient plus souvent désavantagés dans l'organisation des congés et des heures de récupération ou, tout du moins, ils seraient plus nombreux à venir s'en plaindre auprès du syndicat :

Q. Finalement la principale raison pour laquelle on vient voir le syndicat, en tout cas dans le domaine qui me concerne, c'est les congés bonifiés...

- *Oh, il peut y avoir d'autres raisons, ça peut être la RTT ou les congés qui sont refusés pour une période donnée. (...) les problèmes d'enfants malades... c'est plus les problèmes de personnel. Souvent c'est ça. Parce qu'ils ne remplacent pas.*

Q. Et alors là, il y a le sentiment d'un traitement spécifique ou d'un traitement à part des originaires d'Outre-mer, des issus de l'immigration ou ça concerne tout le monde...

- *Ça pourrait concerner tout le monde de la même manière sauf que c'est toujours les mêmes qui viennent nous voir. Et ça aussi il faut l'expliquer. Ça varie. A un moment, ça peut être des personnes de couleur, à un moment... Grosso modo, moi j'ai remarqué que c'est les gens de couleurs et ceux qui sont issus de l'immigration qui sont les plus touchés par ces problèmes-là. Maintenant il faut rester prudent. Ils ne sont pas fous, ils savent très bien qu'aujourd'hui le racisme au travail c'est considéré comme... ça n'a pas lieu d'être. Donc il y a une manière, une façon plus subtile de faire les choses, ils n'y vont pas franco quoi. (Délégué syndical d'établissement hospitalier, CGT, d'origine africaine)*

La question de l'acceptation des congés bonifiés pendant les vacances d'été alimente ce sentiment parmi les originaires d'Outre-mer, avec un constat assez largement partagé d'entraves croissantes à l'exécution de ce droit, mises en oeuvre par une fraction de l'encadrement :

Ça rentre aussi dans une répression des congés bonifiés. Alors, répression avec des guillemets. C'est-à-dire que, par exemple, (...) on va leur dire : non, vous ne pouvez pas partir au mois d'août parce que je n'ai pas de personnel, donc vous partirez en juin et juillet mais pas juillet-août comme vous le demandez. Et le problème c'est que, quand les agents ont des enfants en âge scolaire, leur supprimer tout le mois de juin... Et pour l'école, on leur dit : vous n'avez qu'à les mettre à l'école là-bas. C'est presque de la provocation vis-à-vis des agents. (Responsable US-AP CGT)

Le sentiment d'un traitement arbitraire peut porter plus généralement sur l'organisation du travail et sur la répartition des tâches, notamment entre équipes de jour et équipes de nuit, d'autant que peut s'y ajouter l'enjeu que représentent les primes attachées au travail de nuit :

Q. Et alors, c'étaient quoi les injustices ?

- *Du type on va vous mettre plus de boulot dans la journée pour l'équipe de jour et l'équipe de garde, vous vous croisez les doigts, faire des repas, cuisiner, prendre leur temps et voilà, se la couler douce quoi.*

Q. Et en plus de ça, je suppose que pour l'équipe de garde il y a des primes...
- *Ben oui, parce qu'ils sont payés un peu plus que nous. Donc là je dis, il faut arrêter, ça suffit. (Aide-soignante originaire d'Outre-mer, non-syndiquée.)*

Plus généralement, la question de la détermination des primes laisse un espace important à des pratiques discriminatoires. Ces discriminations peuvent être directes, conçues comme une volonté de « punir » les indésirables ou les « rebelles » :

B : Il y a un truc bien simple, moi j'ai eu ma prime de fin d'année, j'ai perdu 40% par rapport aux collègues sur ma prime de fin d'année.

Q. Et qui est-ce qui décide du montant de la prime ?

B : C'est le chef de service.

Q. Et je suppose qu'il faut qu'il fasse un rapport qui motive la chose...

B : Non, non je me suis renseigné, il paraît qu'ils sont en groupe, ils ont un budget et ils le répartissent entre eux.

A : Il y a une règle mais ils font à la tête du client.

Q. Il n'y a pas besoin de justification ?

A : non, non, non !

B : La justification c'est quoi ? Que je suis un incapable.

A : Voilà, exactement. Ils peuvent dire n'importe quoi.

B : Alors que, deux semaines avant, je suis allé voir mon chef, on avait rendez-vous, et il me disait que « je n'ai rien à vous reprocher sur votre travail ».

Q. C'est le même avec qui vous avez des problèmes ?

B : Oui, oui, oui, c'est toujours le même, et ça ne change pas. Ça fait combien d'années qu'ils sont là et ça ne change pas. Je lui dis, "voilà, vous me dites, je n'ai rien à vous reprocher sur mon travail". D'accord, mais pourquoi je n'ai pas eu de prime convenable comme tout le monde ? » Moi, j'ai eu 298 euros de prime alors que l'année dernière j'en ai eu 450. J'ai vu d'autres collègues, ils ont 450 comme moi... et ils sont arrivés après moi.

(A : responsable SUD, section syndicale de service ; B : personnel ouvrier, originaire d'Outre-mer, non-syndiqué)

Mais l'arbitraire dans l'attribution des primes peut être organisé avec l'accord de responsables syndicaux dans le cadre de négociations paritaires et aboutir à des résultats imprévus lorsque les frontières générationnelles recoupent les frontières ethniques :

Q. pour revenir à la prime, il y a une position syndicale là-dessus

- B : oui, oui. Il y a quelques années il y avait eu des négociations autour de cela et elles avaient été mal faites... Ils ont voulu favoriser les anciens. Mais ça a trop favorisé les anciens par un système de notation. C'est-à-dire qu'il y avait un système de coefficient qui marchait par rapport à la notation.

- A : la prime est versée à l'indice... donc, déjà, elle est à l'ancienneté. Mais là, ils avaient accentué le truc...

- B : En faisant une grille de coefficient par rapport à la notation. C'est-à-dire qu'en plus que la prime soit indiciaire, c'est à dire que selon le taux d'indice on obtient un montant de prime, ils avaient fait une deuxième ligne à côté. Donc ils avaient fait une prime moyenne à l'indice pour chaque grade et, de là, on faisait intervenir un coefficient de notation. Plus la note était élevée et plus le coefficient était élevé. C'est-à-dire que celui qui venait de rentrer dans la boîte, il avait un coefficient de 0,45, il ne touchait même pas la moitié du taux normal. Et celui qui avait environ 16 de note, ça passait à 1. Alors avec le système de notation de l'AP-HP, pour arriver à 16, il fallait environ huit ans de boîte. Au bout de 8 ans on arrivait à toucher le taux normal de prime et après, au dessus de 16, pffff, alors là.... Celui qui avait par exemple 19, il touchait pratiquement une prime et demi. Il touchait sa prime normale et il touchait la moitié de la prime de celui qui avait 14... Et ça, ça a été dénoncé. J'ai vachement dénoncé

ça. Et moi j'étais quand même l'un de ceux qui s'est le plus battu parce que, tu vois, les anciens n'étaient trop chauds pour changer les choses.

(A : responsable US-AP CGT, B : responsable CGT SCB)

Qu'il s'agisse de l'embauche, de l'affection, de la promotion professionnelle ou de la gestion quotidienne des personnels, les éléments marquants qui ressortent des propos de nos interlocuteurs relèvent, pour la plupart, de la marge d'arbitraire laissée à une chaîne hiérarchique qui semble omniprésente. Il s'agit donc de chercher à comprendre ce qui, dans le mode de fonctionnement de l'AP-HP, ménage un espace au développement de pratiques qui peuvent être discriminatoires.

Globalement, les procédures de recrutement, de mutation et d'accès à la formation semblent souvent « obscures », laissant une large place à l'arbitraire hiérarchique : possibilité d'émettre des appréciations pénalisantes peu ou pas motivées ; contrôle de l'information sur les opportunités d'évolution de carrière qui circulent à travers des réseaux de relations interpersonnelles (recours à des « postes fantômes », manipulation de la publicité des concours) ; intervention opaque d'une psychologue du travail dans le cadre de demande de mutation d'établissement à établissement...

Cette marge d'arbitraire paraît favorisée par une répartition ambiguë des responsabilités, avec notamment certaines attributions hiérarchiques qui se chevauchent comme celle des directeurs des ressources humaines (DRH) et celles des directeurs des soins infirmier (DSI). Si les premiers sont en charge de la gestion des agents, en matière de personnels soignants leur pouvoir est limité par les prérogatives des seconds qui sont responsables de la qualité des soins et, à ce titre, sont donc amené à juger de la compétence des personnels affectés aux services de soins. A cela s'ajoute la place spécifique de la hiérarchie médicale qui, dans un contexte de pénurie de ce type de main d'œuvre, nous a été très fréquemment présentée comme totalement incontrôlée, y compris par les directions des établissements. Dans ce contexte, une certaine ethno-stratification des emplois et des tâches peut parfois se développer sous couvert d'explications « culturalisantes ».

4.4. Des rapports de type clientéliste

Aux dires de nos interlocuteurs, ce mode de fonctionnement peut même aboutir à la constitution de sorte de « baronnies » dans certains services, caractérisées par des rapports de type clientéliste, auxquels les minoritaires doivent se soumettre. Ainsi, dans un service technique, cet ouvrier qualifié originaire d'Outre-mer qui est embauché sous condition d'assumer certaines contraintes qui incombent normalement à la maîtrise :

Il y a deux sortes de trucs, des gardes et des astreintes. Lorsqu'on est de garde on est censé être logé sur place, c'est pourquoi il y a des mecs qui montent la garde dans les hôpitaux et ils sont logés sur les hôpitaux et, nous, on a les astreintes mais on n'est pas censé être logés. Mais le problème qui se pose, c'est que j'habite [en grande banlieue]. Qu'est-ce qu'ils m'ont dit ? On vous donne le boulot à condition que vous fassiez les gardes ! J'ai accepté, il n'y a pas de problème, je voulais le poste. Mais, au bout d'un an, j'ai lu les textes, ce qu'ils m'ont dit, ce n'était pas vrai. Les astreintes sont sur la base du volontariat. C'est ceux qui veulent qui font. Moi j'ai demandé d'appliquer la loi, ils m'ont fait tout un scandale, mon chef est venu, nez à nez avec moi, en me disant « de toute façon si vous voulez pas faire les gardes, je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour vous baiser ». Maintenant il me provoque,

physiquement il me provoque. (Personnel ouvrier, originaire d'Outre-mer, non-syndiqué).

A partir de là, c'est un véritable harcèlement qui va être subi par cet agent : sa prime semestrielle est diminuée de 40% ; épiée constamment, il est surchargé de tâches dévalorisantes et répétitives au point de perdre de son savoir faire, alors qu'il avait été embauché en raison de sa qualification ; tous les accès à la formation lui sont refusés ; la possibilité de faire entrer son véhicule dans l'enceinte du service, comme ses collègues, lui est retirée ; jusqu'au montage de véritables « traquenards » professionnels pour pouvoir lui imputer une faute grave.

Dans ce contexte, les propos racistes se mêlent aux différentes formes de répression pour faire rentrer dans le rang le récalcitrant :

Et quand on a une difficulté dans le travail et qu'on s'est disputé avec son chef et quand il dit « c'est pas un nègre qui croit qu'il va faire la loi ici »... vous voyez je suis désolé que... Et des fois, nous on entend, mais qu'est-ce qu'on peut faire dans ces cas là ?

D'évidence, cette situation n'est pas nouvelle dans le service et les minoritaires y sont maltraités de longue date :

On était quatre dans le service, en tant qu'Antillais, et je peux vous dire que c'étaient des bons, de très, très bons mécaniciens. Cela fait tellement longtemps qu'ils sont là... Et quand je suis arrivé, ils m'ont mis en garde : fais attention, y a ci, y a ça. On n'arrive pas à prouver qu'il y a du racisme qui existe ici [...] Et ces deux mécanos qui sont partis, c'est des très bons mécanos, ils ont trouvé un poste ailleurs, sans regret ils sont partis. Un de ceux qui sont partis, il aimait son boulot, il travaillait avec des mains en or et il est parti. Qu'est-ce qu'il fait, il s'occupe des déchets dans un hôpital. C'est pour vous montrer à quel point il était prêt à tout pour pouvoir partir.

Il s'agit souvent de jouer sur leur vulnérabilité pour maintenir un mode de fonctionnement fait de « petits arrangements » :

- Il y a un Africain, lui, quand il est arrivé on l'a pris pour un chien, hein. (...) On lui gueulait dessus, on le faisait tourner en bourrique. (...) Après mon chef me dit : « Après tout ce que j'ai fait pour lui, ça serait pas moi, il serait encore en train de travailler au black et de pointer au chômage ». Vous vous rendez compte ? Et il sait à qui il le dit ! Il me le dit à moi... Comment moi je peux dire : "Attention..." Vous voyez ?

Q. Qu'est-ce qu'il est censé avoir fait pour lui ?

- En fait, en bas, ils ont une grosse difficulté, ils n'arrivent pas à recruter. Ils n'arrivent pas recruter des mécanos et des carrossiers et lui, il n'avait pas de diplôme, ils ont arrangé... Lui, il est vite venu... bon, il travaille. Mais d'un autre côté, ils croient que, parce qu'ils ont fait ça pour lui, du matin au soir il doit... [...] Là ils sont en train de le titulariser, il est entre les deux. Il n'a pas de diplôme mais ils lui ont fait un micmac pour qu'il travaille dans l'atelier. En fait, ils l'ont pris en tant que contractuel au début, puis ils lui ont fait un stage en tant qu'aide-soignant et, de l'autre côté, ils lui ont fait signer un papier comme quoi, quand il sera titulaire il ne quittera pas l'atelier...

Dans ce contexte de pénurie de main d'œuvre qualifiée, les agents harcelés sont aussi empêchés de changer de service afin d'éviter que la situation ne tourne en crise ouverte :

Même pour partir... parce que, eux, ils n'arrivent pas à trouver. Et si tout le monde s'en va, si par exemple, moi je m'en vais et d'autres s'en vont, le système veut que la faute revienne au chef. Parce que si tout le monde s'en va c'est qu'il y

a une mauvaise ambiance et qu'ils ne savent pas gérer leur truc. Et dans ce cas-là, ils mettent des bâtons dans les roues pour partir.

Face à cette situation, l'intervention syndicale semble d'autant plus limitée qu'il est impossible d'obtenir des témoignages probants, soit que la maîtrise prenne soin de créer des situation sans témoin pour proférer des propos racistes, soit que les autres agents se taisent, de crainte d'handicaper la suite de leur carrière. Ils sont d'ailleurs d'autant plus enclin à se taire que la direction du service semble, de longue date, au courant de cette situation :

La DRH m'a dit : « Évitez de prendre ces personnes de front, contournez le problème et, vous, essayez de partir ». Plusieurs fois ça m'est arrivé.

Pris en tenaille entre la hiérarchie médicale qui exige un minimum de qualité dans les prestations de ce service logistique et la résistance de l'encadrement de proximité, la direction du service préfère fermer les yeux. Dans ce contexte, les élus syndicaux ne peuvent guère que dénoncer la situation, essentiellement en termes de conditions de travail et prendre date en attendant qu'un incident, plus grave que les autres, finisse par bloquer le fonctionnement du service et que la situation éclate publiquement.

Globalement, différents témoignages font apparaître une large tolérance de l'institution aux attitudes racistes de l'encadrement, qu'il s'agisse de la tolérance de propos plus ou moins ouvertement racistes ou de pratiques discriminatoires qui peuvent aller jusqu'au harcèlement, mais aussi de la part de collègues ou d'usagers⁴⁴. De manière générale, face aux pratiques arbitraires ou discriminatoires qui frappent des agents minoritaires, les organisations syndicales tendent à adopter une attitude « défensive » en intervenant ponctuellement lorsque les agents concernés viennent se plaindre. Mais, comme nous l'avons vu, dès lors que le contexte institutionnel organise une large tolérance de ces pratiques, l'efficacité de ce type d'intervention syndicale est très limitée :

J'ai du demander à la direction de rappeler à l'ordre les cadres. Mais après on peut toujours écrire une note de service, quand les gens sont décidés à mener une politique, après la personne se retrouve en service, elle va se retrouver en but à des critiques, ce qu'elle fera, ce ne sera jamais assez bien, jusqu'à ce qu'elle se barre. Et ça, après, c'est un long travail derrière. Mais on ne change pas complètement les gens. (Secrétaire générale, syndicat d'établissement hospitalier CGT)

Les responsables syndicaux minoritaires peuvent d'ailleurs parfois être eux-mêmes mis en question par la hiérarchie hospitalière, comme dans cet exemple où la direction d'un établissement joue d'une position féminine pour disqualifier des syndicalistes hommes, ethnicisés ou racisés, en les accusant de « faire peur » à un encadrement majoritairement féminin lors de leurs interventions. Ce qui provoque cette réflexion du secrétaire général, d'origine maghrébine, du syndicat CGT de l'hôpital : « *elles ne peuvent rien dire sur nos attitudes, c'est du délit de sale gueule.* »

Ce contexte diffus de tolérance à la discrimination est aggravé par une manipulation volontaire de la question des congés bonifiés par l'institution qui, en faisant des économies sur des remplacements pourtant budgétés, fait porter sur les originaires d'Outre-mer la responsabilité d'une partie de la pénurie de personnel dans certains service :

⁴⁴ cf. COGNET M. *Migrations, groupes d'origine et trajectoires : vers une ethnicisation des rapports socio-professionnels ?* Thèse de doctorat, Université Paris 7-Denis Diderot, 1998.

Les originaires d'Outre-mer sont un petit peu sous le feu du regard parce qu'on est vraiment dans une situation de plus en plus critique du point de vue budgétaire et que l'AP-HP a pris le parti de ne pas remplacer les congés. Quand je dis ne pas remplacer, c'est simple, c'est qu'on sait que tous les trois ans, il y a un cycle pour un certain nombre d'agents de congés bonifiés. Normalement, si on était logique, on sait que tous les trois ans ce cycle-là retombe, on sait qu'on va avoir besoin de tant d'infirmiers et d'aides-soignants, à quelques écarts près. On pourrait très bien avoir un planning, faire une évaluation des remplacements ou un système pour réellement remplacer ces agents. Maintenant on vous argumente sans chercher, sans demander et sans rien faire pour remplacer grade pour grade, donc les mensualités sont utilisées en générale à l'intérieur du service pour bien d'autres choses, y compris pour les remplacement de congés annuels, parce que l'AP a baissé le nombre de mensualité de remplacement de congés annuels. Ce qui fait que la plupart des congés annuels, si on regarde bien, ne sont pas remplacés. C'est la mensualité des congés bonifiés qui sert au remplacement des agents en congés annuels. Parce que chaque agent qui a le congés bonifiés a une mensualité et c'est une mensualité par agent. Cette mensualité est donnée globalement et après ils en font ce qu'ils en veulent. Donc on a un peu la surprise de voir que toutes les mensualités ne sont pas utilisées, on vous raconte qu'elles ont été utilisées mais qu'il y a moins d'agents qui prennent les congés bonifiés. Pourquoi il y en a moins ? Quand on va regarder, c'est qu'on a refusé systématiquement à plein d'agents alors qu'ils avaient le droit. (Secrétaire générale, syndicat d'établissement hospitalier CGT)

Au total, il apparaît que la combinaison d'une hiérarchie qui, vue de l'extérieur, semble omniprésente et d'une politique de rentabilisation du service public créé un contexte favorable au développement de discriminations dans les relations de travail.

5. RÉSISTANCE ET LUTTE DANS UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL FAVORABLE AUX DISCRIMINATIONS

5.1. Les originaires d'Outre-mer dans les organisations syndicales

5.1.1. La participation des agents minoritaires à la vie syndicale

La participation des agents minoritaires à la vie syndicale est très variable selon les établissements et les services, pouvant aller depuis une quasi-absence jusqu'à une présence majoritaire parmi les adhérents et les responsables. Ces différences sont bien évidemment à mettre en relation avec la composition des personnels mais aussi avec les priorités revendicatives et le type de campagnes de recrutement menées localement. Étant donné le poids des Ultramarins à l'Assistance Publique, la question des congés bonifiés et celle de l'indemnité d'éloignement jouent un rôle central dans la capacité des syndicats à les organiser.

A cet égard, la CGT a une longue expérience de mobilisation sur ce sujet, appuyé sur un réseau de collectifs Outre-mer internes. Cette orientation, unique parmi les organisations syndicales, est parfois critiquée comme une forme de manipulation communautaire pouvant être assimilé à du racisme :

On ne cherche pas à organiser les travailleurs minoritaires parce que ce serait une première forme de racisme, les séparer dans une même catégorie, quelle que soit la catégorie. Dans notre section on n'a pas de ségrégation entre différents secteurs (Responsable section d'établissement SUD)

Ils disaient : je vais me syndiquer à la CGT parce que finalement on se voit dehors, on se côtoie un peu plus et tout. Je ne leur en tiens pas rigueur, mais je sais que, bon, finalement, ce n'est pas du syndicalisme ça, c'est du rassemblement. Et c'est vrai qu'ils sortent ensemble dans des boîtes antillaises. Est-ce que, quelque part, on ne peut pas mettre ça sous une forme du racisme ? (Responsable SUD-SCB)

Cependant, au sein même de la CGT, le travail en direction des originaires d'Outre-mer est très variable. Dans certains cas, leurs revendications ne sont purement et simplement pas prises en compte :

A l'intérieur du syndicat, moi quand je suis arrivée, les questions de l'Outre-mer, on n'en parlait pas. On les ignorait. C'était presque une sorte de folklore quoi. On recevait les trucs sur les congés bonifiés et puis on mettait ça de côté. Et pourtant, il y a avait des syndiqués originaires d'Outre-mer. [...] En tout cas, moi je pense que, dans certains syndicats, les questions de l'Outre-mer ne sont pas prises en compte parce qu'on estime que ce sont des questions (...) qui sont secondaires et, en quelque sorte, ce sont des gens qui ont des acquis qui choquent déjà. (Secrétaire générale, syndicat d'établissement CGT)

Et différents témoignages indiquent que la défense de ces droits spécifiques est loin de faire l'unanimité, même à la CGT :

Je me défonce pour défendre les congés bonifiés et l'indemnité d'éloignement, et il y en a à la CGT qui viennent me dire : c'est pas normal qu'ils aient des congés bonifiés... C'est pas du racisme, c'est de l'ignorance (Secrétaire général, syndicat d'établissement CGT)

Certains Cégétistes ultramarins se demandent même si cette question n'est pas considérée comme secondaire par les instances nationales de leur organisation, au point que celles-ci la ferait volontairement passer au second plan pour orienter la mobilisation vers d'autres sujets, comme les retraites ou les restructurations du secteur hospitalier :

A l'intérieur de la CGT elle-même, moi je dis et je persiste à dire qu'il y a un problème. Parce que, sur les questions comme l'indemnité d'éloignement, (...) politiquement, est-ce qu'on a vraiment choisi d'avancer sur ce dossier ? Parce que, en même temps, certains étaient quand même relativement frileux, aller défendre des gens pour qu'ils aient du fric, par rapport à une catégorie bien précise. Est-ce que les questions du congés bonifiés ça passionne vraiment la fédération ? Alors, ils l'ont fait parce que derrière, on pousse un peu les choses. Mais j'ai quand même le sentiment qu'à l'intérieur même du syndicat, que c'est la transposition de (...) situations qui sont dans les hôpitaux et dans nos secteurs. (...) Il y a des gens qui (...) au fond d'eux-mêmes, estiment que ce sont des questions qui ne sont pas importantes. Qui sont moins importantes que les grandes questions de la retraite, etc. [...] Peut-être qu'il y a des perspectives de négociations sur d'autres dossiers plus importants qu'on préfère privilégier parce qu'on sait que c'est très dur et qu'on en laisse certains en suspens.
(Secrétaire générale, syndicat d'établissement CGT)

Cependant, en règle générale, cette question n'est pas totalement délaissée et, au moins de manière formelle, les originaires d'Outre-mer sont sollicités pour se présenter sur les listes syndicales au moment des élections professionnelles :

On a sur notre liste deux originaires d'Outre-mer qui ne sont pas syndiqués mais qui sont sympathisants, mais qui ne s'investissent pas trop parce qu'on ne les sollicite pas. Quand il y a un remplacement à faire, on ne leur demande pas systématiquement si je ne suis pas là pour dire : tiens, on pourrait appeler Untel. On demande aux copains de l'hexagone. C'est... machinal. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

S'il est quasiment impossible de remporter des élections en se passant des électeurs ultramarins, différents témoignages font ressortir les représentations minorisantes colportées à leur égard par les militants syndicaux :

Au local on me dit, quand le téléphone sonne, "tiens, c'est encore un cas difficile, ça doit être un originaire d'Outre-mer". Je ne dis rien parce que je ne vais pas mettre de l'huile sur le feu, mais c'est vrai que ça me blesse... parce qu'il n'y a pas que des originaires d'Outre-mer qui ont des soucis. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

Ces représentations des ultramarins comme des « cas sociaux » se doublent d'une focalisation sur la question des congés bonifiés et l'indemnité d'éloignement :

Et ça, je le fais comprendre aussi à mes compatriotes. A un moment donné, il faut sortir du truc : je ne me déplace que pour mon congés bonifiés, je ne me déplace que pour mes acquis... Parce que l'autre, il aura ce regard-là sur vous et il ne vous verra que par ça. Et c'est un regard qui est réducteur, parce que l'originaire d'Outre-mer c'est autre chose que ça. Il a les mêmes problèmes que tous les salariés, il a des problèmes de retraite, même si c'est accru parce qu'on est, en plus, dans une position difficile, parce qu'on n'est pas sur notre sol.
(Secrétaire générale, syndicat d'établissement CGT)

Cette combinaison aboutit donc au portrait de personnes essentiellement intéressées par leurs avantages financiers, qui sont plus vus comme des consommateurs de syndicat que comme des militants potentiels :

A : C'est vrai que quand tu traites certains sujets comme l'indemnité d'éloignement, tu vas attirer les Antillais.

B : en sachant que quand tu fais ça, tu attires les Antillais qui sont intéressés par leur intérêt financier. Pour moi le syndicalisme ce n'est pas ça. Tout ce qu'ils veulent, c'est de la tune.

Q. c'est humain non ? (...)

A : ah oui, ce n'est pas ça que je remets en cause, mais une grande partie de la communauté antillaise qui pourrait nous rejoindre sur la prime d'éloignement, disparaîtra immédiatement dès qu'ils auront eu la prime. Et ça c'est la mort du syndicalisme. (Responsables SUD, section d'établissement hospitalier)

Les militants ultramarins sont donc confrontés à ces représentations de leurs co-ethniques à l'intérieur de leur syndicat :

Q. Et alors, qu'est-ce qu'ils n'osaient pas te dire ?

- Ben, c'était que mes collègues envahissaient un petit peu trop. Que, bon, les Antillais étaient là seulement pour ne faire que des démarches pour l'argent, qu'ils feraient mieux de s'investir autrement que pour venir faire juste un dossier pour l'indemnité d'éloignement. Mais, bon, ils auraient pu me dire ça avec plus de finesse que de me faire... exploser. [rires] (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

Or, s'il est probablement exact que certains originaires d'Outre-mer, comme d'autres agents, ont un rapport consumériste au syndicalisme, il semble aussi que les attitudes développées par les militants majoritaires à leur égard n'y soient pas pour rien :

- Il y a cette attitude que... Elles ne se rendent même pas compte qu'elles heu... je ne dirais pas rejettent, mais ça ne les intéressent pas de s'en occuper. Parce qu'ils te disent, d'emblée on est catalogué, que quand un originaire vient dans un local syndical, c'est qu'il a un problème. Et quelque fois, c'est pas comme ça. Quelquefois c'est qu'il vient demander un renseignement, quelquefois il vient faire la démarche pour savoir comment se syndiquer, mais en arrivant et en voyant l'attitude de... des collègues et bien, ils font demi-tour.

Q. Parce qu'elles se comportent comment ?

- Quand mes compatriotes arrivent, je les observe. Elles font autre chose. Elles les écoutent d'une oreille, mais pas attentive. Quand on a traité les dossiers sur l'indemnité d'éloignement, il y avait un agacement. Il n'était pas dit, mais quand même, le personnel qui venait pour remplir son dossier s'en rendait compte. (...) Quand j'ai la tête sur le guidon, je ne me rends pas trop compte de certaines choses, mais quand je vais dans d'autres établissements, je me rends compte que ce que mes collègues me disent, ça se retrouve au sein d'autres syndicats de l'AP. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

Ce type d'attitude peut donc décourager les meilleures volontés militantes :

Il y avait une petite infirmière qui voulait s'investir et qui voulait syndiquer une autre infirmière, originaire aussi, qui est dans le même service qu'elle. La collègue que je te dis... elle ne se contrôle pas, elle ne réfléchit pas... Cette fille elle a voulu s'investir et elle lui a fait une remarque qui était désobligeante, qui n'était pas dite avec tact. Et cette collègue avait déjà fait beaucoup d'effort en laissant ses autres collègues dans le service, en se culpabilisant, en se disant, puisqu'elle me demande de venir au CHSCT, je vais essayer de m'investir et voir qu'est-ce que c'est, comment je pourrais m'organiser avec le service et m'investir un petit peu plus. Et... elle n'est pas revenue depuis. Elle a même voulu rendre sa carte. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)

Ces attitudes et ces représentations marginalisantes, articulent fréquemment une dimension de classe, ou de fraction de classe, et une dimension ethnique ou raciale :

Q. Et quand c'est des agents d'origine maghrébine ou africaine, ils sont reçus pareil ?

- *Ça dépend. Ça dépend de la catégorie. S'ils sont catégorie C, ils sont traités comme nous. Mais s'ils sont de la catégorie B, ça change... Non, mais c'est vrai en plus*

Q. Ils ont le sens de la hiérarchie...(rire)

- *Oui, c'est hiérarchisé.*

Q. Et on te les envoie aussi ?

- *Oui, oui. Et puis, ce n'est pas pour me vanter mais, même si je ne connais pas la personne, même si elle n'est pas de ma catégorie, je prends le temps d'écouter. Parce que je me dis, peut-être que je ne peux pas faire grand chose, mais le fait d'écouter la personne ça aidera déjà.(...) et c'est vrai que les gens apprécient ça énormément. Et c'est vrai que mes collègues, elles ne le font pas. (Déléguée syndicale d'établissement hospitalier, CGT)*

Les organisations syndicales ne sont pas à l'abri des préjugés de classe qui se combinent avec des stéréotypes de genre et d'origine et apparaissent clairement lorsqu'il s'agit de l'accès à des fonctions de responsabilités importantes :

A : *C'est une camarade qui a une très forte personnalité. Elle était secrétaire du CHSCT, elle était dans toutes les instances, elle était membre du Conseil d'Administration de l'AP. Donc tu vois, c'était quand même une petite pointure. Elle avait une rigueur... (...) A l'US-AP, quand (...) elle prenait la parole, tout le monde se taisait alors qu'en général, on parle tous entre nous. (...)*

Q. Et donc elle n'a jamais été secrétaire générale de l'US-AP ?

A : *Non, elle n'a jamais voulu monter hein... Parce qu'on lui avait proposé à elle aussi de prendre le poste Outre-mer. Elle ne voulait pas, elle voulait rester sur le terrain. C'est une femme de terrain.*

B : *elle aurait pu être permanente, mais secrétaire générale... c'était trop pour elle. Elle aurait tenu, vu son...*

A : *oui, ses capacités...*

B : *mais ce serait mal passé hein. Parce que, c'est pareil, faut pas croire, dans les structures, ça serait pas non plus... hein ? En plus, une blanchisseuse secrétaire générale !*

A : *une blanchisseuse... ça ne se fait pas (rire)*

(A : responsable US-AP CGT, B : responsable CGT SCB)

Bien que l'actuel responsable en charge du dossier Outre-mer au sein de l'US-AP CGT, ne soit pas lui-même un Ultramarin, on retrouve ici une tendance très fréquente à cantonner les militants originaires d'Outre-mer à la prise en charge de tout ce qui concerne leurs co-ethniques. Plus globalement, l'accès des minoritaires à des fonctions de responsabilité syndicale ne va pas de soi.

5.1.2. L'accès des minoritaires aux responsabilités syndicales

Alors qu'habituellement les successions aux fonctions de secrétaire général se font de manière consensuelle avec des candidatures cooptées par la direction sortante, plusieurs secrétaires généraux (ou anciens secrétaires généraux) issus de groupes minoritaires que nous avons rencontrés ont du batailler ferme pour arriver et se maintenir à ce poste. Les seules exceptions étant dues à l'absence d'alternative entraînant une « *promotion coup de pied au cul, c'est-à-dire qu'il y a personne pour y aller, si t'y vas pas ça s'écroule* », ou au fait de succéder à un prédécesseur ayant dû lui-même s'imposer.

C'est la cas par exemple de ce militant d'origine maghrébine qui, en tant que secrétaire général adjoint assume l'intérim du secrétaire général démissionnaire en cours de mandat et se trouve confronté à une liste concurrente lors du congrès suivant :

- *On était deux candidats*

Q. c'est rare !

- *C'est rare, mais il y avait deux candidats pour un poste et j'ai été élu. Ça a été difficile pendant un an et demi après l'élection. Une certaine méfiance...*

Cette méfiance n'est pas sans rappeler la surveillance spécifique dont font l'objet les minoritaires et qui contribue à constituer leur situation minoritaire. Ainsi, dès son élection, des rumeurs de malversation se répandent sur son compte dans le syndicat, ce qui l'amène à demander lui-même la constitution d'une commission de contrôle financier :

J'ai l'habitude depuis tout petit d'être objet de suspicion, par exemple lors des contrôles dans les transports en commun... J'ai appris à me protéger d'éventuelles erreurs que n'importe qui pourrait faire. Si je n'étais pas d'origine algérienne, une erreur c'est une erreur. Mais, moi, c'est de la malversation.

Fait exceptionnel, la direction de l'hôpital elle-même fera procéder à un audit de l'ensemble du matériel acheté par le syndicat avec le budget de fonctionnement qui lui est alloué.

En constituant la nouvelle équipe dirigeante du syndicat, il propose à trois agents, issus de groupes minoritaires et choisis pour leurs compétences complémentaires, de devenir permanents ou demi-permanents. « *Le bruit a couru dans la CGT, que j'avais monté une équipe d'Arabes et j'ai été obligé de me justifier.* »

Ce type de rumeur semble récurrent dès lors qu'une organisation syndicale est dirigée par un responsable minoritaire. Elle ne se limite ni à la CGT, ni à l'intérieur du syndicat, et il s'agit alors de se défendre d'être une « *organisation de Noirs et d'Arabes.* » Pourtant, lorsque ceux-ci sont absents des postes de responsabilités, personne ne semble s'interroger sur la nature « blanche » du syndicat.

Ce genre de situation ne se limite pas aux fonctions de secrétaire général et elle peut se retrouver pour bien d'autres fonctions électives, avec la crainte de perdre des voix :

Quand on a changé un copain à la mutuelle parce qu'il y en avait un qui partait à la retraite, nous, le syndicat, on avait décidé de mettre un originaire d'Outre-mer, parce qu'on avait pensé : pourquoi pas lui ? Il correspondait bien... un mec accueillant. Et l'ancien a dit : "non, non, je ne suis pas d'accord." On nous a sorti des raisons... on nous a dit : "oui, vous comprenez, si on met un Antillais, ils vont tous se tirer de la mutuelle." J'ai dit : pourquoi ? Ils vont tous changer de mutuelle, parce qu'il y a deux mutuelles dans les hôpitaux. Donc il disait : "oui si vous mettez un Antillais, ils vont tous se tirer parce que..." Les mutualistes seraient partis parce qu'on met un Noir. Je l'ai interprété comme ça. On n'a pas lâché, donc c'est le Noir qui a gagné si tu veux. Mais le gars nous avait sorti ça : "Non, je trouve pas que ce soit bien de mettre un Antillais, parce que les gens ne vont pas apprécier que ce soit un Noir". Il te le disait avec plus de..., tu vois, mais c'est ça qu'il disait. On s'est accroché avec lui, il y a eu un vote de la CE⁴⁵ et il a arrêté... En même temps, il le faisait sous couvert de la mutuelle. Comme si il pensait que ce ne serait pas apprécié. Mais c'était typique hein. (Responsable US-AP CGT).

⁴⁵ Commission exécutive

5.2. La résistance

Les établissements hospitaliers de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris présentent le cas d'une organisation bureaucratique, au sens weberien du terme, structurellement ethno-stratifiée. Cela signifie que cette ethno-stratification participe (paradoxalement ?) de sa rationalité.

La « clause de nationalité » élargie à l'ensemble des citoyens des pays de l'Union Européenne exhibe une discrimination légale dont la base de référence (l'exercice de la compétence étatique) est non seulement absente, mais contredite quotidiennement sur le plan fonctionnel par le fait que nombre de services disparaîtraient purement et simplement s'ils devaient se priver de ces travailleurs (des médecins aux aides-soignants), maintenus en des statuts plus précaires et moins bien traités que leurs homologues européens. Bien au delà de la symbolique étatico-nationale, il est aisé de voir ici qu'avec le recours de plus en plus massif aux emplois précaires, cette discrimination participe de la limitation des dépenses en matière de santé publique.

Le cas des médecins à diplôme hors Union Européenne est à cet égard exemplaire : la question de leur statut légal et celle de leurs conditions d'exercice en France, en général, et à l'hôpital public, en particulier, sont si crûment posées depuis de nombreuses années que des *grands patrons*, faisant partie de *l'establishment* ordinal⁴⁶, traditionnellement très malthusien, ont pris parti pour une modification de leurs statuts. A cette exigence, accompagnée par les organisations syndicales et portées par des associations à vocation syndicale créées par les intéressés, n'a répondu qu'un empilement de mesures successives de « régularisation », adoptées par les gouvernements de gauche et de droite, qui n'ont pas réussi à régler ce problème d'une violence inégalitaire criante.

L'ethno-stratification des emplois, et, en ce domaine, le cas particulier des travailleurs originaires d'outre-mer, n'a pas reçu une semblable reconnaissance, c'est le moins que l'on puisse en dire. Cette ethnostratification professionnelle est « historique » et liée au recrutement organisé par le gouvernement français dans les départements d'Outre-mer depuis les années 50. Depuis cette époque, elle paraît « naturelle » et n'est guère mise en question. Pire, elle n'est pas interrogée, comme si, en un demi de siècle, les originaires d'Outre-mer n'avaient pu acquérir les compétences pour accéder à des qualifications supérieures à celles des tâches d'exécution les moins bien classées dans la hiérarchie des statuts.

La situation globale est marquée par la scotomisation⁴⁷ du racisme et de l'ethnisme comme éléments structurants du monde hospitalier.

Au jour le jour, une gestion qui « pathologise » leurs expressions les plus dérangeantes dans les relations interpersonnelles laisse accroire qu'il existe un consensus anti-raciste au niveau des collectifs fonctionnels (les services). D'autres rationalisations — relevant d'une « psychologie des peuples » qu'on pourrait qualifier de vulgate ethnologique — permettent de rapporter à des traits culturels essentialisés des comportements non-admis comme « normaux ». Ceci s'opère dans l'ignorance générale du procès d'ethnisation-racisation que ce raisonnement comporte intrinsèquement.

⁴⁶ On se réfère ici à l'Ordre des médecins, institution corporatiste d'inscription et de cotisation obligatoire, qui réglemente l'exercice professionnel (accès au titre, fonction disciplinaire) sous le contrôle de la loi et représente la profession auprès des pouvoirs publics.

⁴⁷ "Ce terme de psychanalyse se dit du rejet inconscient et sélectif, hors du champ de conscience, d'une perception d'une réalité pénible pour le sujet." *Dictionnaire Historique de la langue française*, Robert.

Au-delà des interactions quotidiennes et de face-à-face, l'ordre ethno-stratifié du personnel hospitalier est si incorporé dans les représentations qu'il n'est pas remis en question. Seules, quelques situations jugées singulières et spécifiques, où le racisme pourrait être « trouvé », en tant qu'idéologie à l'œuvre, sont parfois, mais pas toujours, prises en considération.

Le refus d'interroger les modalités de recrutement, d'attribution de primes, d'accès à la formation, de promotion professionnelle, jusqu'à l'intérieur même des organisations syndicales, est massif et consensuel. Les minoritaires eux-mêmes y participent parfois, comme pour se protéger de la violence que la mise au jour de la discrimination généralisée provoquerait.

Ceci ne revient pas à dire qu'il n'existe aucune conscience de la réalité. Chez les minoritaires, en particulier, la conscience du traitement inégalitaire est vive. Mais elle demeure assez souvent parcellaire et éclatée. D'ailleurs, l'accusation de « paranoïa » viendrait rapidement marginaliser celui ou celle qui proposerait officiellement et explicitement une telle analyse de l'« ordre social » structurel de l'univers hospitalier.

Au sein d'un ordre institutionnel où règne la « tyrannie des petites décisions », dans un contexte bureaucratique qui laisse largement place à l'arbitraire hiérarchique, la suspicion est finalement généralisée. Aux protestations contre l'inégalité répondent les réquisitoires contre le « communautarisme » ou l'« instrumentalisme ». Le recours même à la notion de « racisme » est rendue presque impraticable du fait du poids accusatoire et profondément infamant qu'il comporte.

La résistance individuelle, passive ou active, se développe, non sans difficultés, avec, éventuellement, de graves conséquences matérielles et psychologiques pour les personnes.

Les voies de l'auto-organisation entraînent sans doute moins de coût personnel. Pour autant, cette dernière, comme évoqué précédemment, encoure le soupçon de communautarisme. Surtout, qu'elles se situent à l'intérieur de l'organisation syndicale (cf. le Groupe d'Impulsion à l'activité en direction des originaires d'Outre-Mer, de la CGT) ou à l'extérieur (sous forme associative), les formes d'auto-organisation existantes sont souvent considérées comme seules concernées par les problèmes qu'elles contribuent à mettre en lumière et se retrouvent isolées, sans véritable relais et/ou contraintes de traiter tous les problèmes rencontrés par leurs co-ethniques, de quelque nature qu'ils puissent être. Toutes leurs initiatives sont alors interprétées comme « spécifiques », y compris, en tout cas pour partie, celles qui relèvent purement et simplement du droit commun ou de l'exigence d'application d'un droit reconnu (comme c'est le cas pour les « congés bonifiés » ou l'indemnité d'éloignement).

6. RECOMMANDATIONS

Le secteur hospitalier public a connu de nombreuses transformations qui ont rendu les conditions de travail plus difficiles et plus stressantes qu'auparavant. Par surcroît, dans un contexte où s'affirment les difficultés de recrutement et une précarisation des emplois nouveaux, certaines catégories de personnel se retrouvent de fait mises en situation de rivalité.

Ce secteur est marqué par d'importantes inégalités touchant le personnel (et le public) dans un univers imprégné d'une culture de métier forte et orientée vers le service public et l'offre de soins universelle. L'emploi de nombreux minoritaires - et en particulier de médecins à diplômes hors Union Européenne, d'une part, et provenant des Départements d'Outre-Mer, principalement des Antilles françaises, d'autre part - est structurellement ethno-stratifié.

Cette ethno-stratification relève du racisme institutionnel dont les conséquences en matière discriminatoire sont directes et marquées par leur confinement dans les catégories les plus basses (ou, plus récemment, les moins protégées) de la Fonction publique, leurs faibles possibilités de formation et de promotion, leur faibles capacités d'opposition à l'arbitraire, aux discriminations, voire au harcèlement racistes. Pour les Ultramarins, les droits qu'ils ont acquis légalement en vue de l'égalisation de leur statut avec les métropolitains « expatriés » dans les Départements d'Outre-mer sont non seulement l'objet de contestations, mais ils constituent même un instrument de discrimination directe.

La scotomisation généralisée du racisme et une conception extrêmement restrictive de ses modalités d'expression tendent à réprimer les modalités mêmes de résistance et d'opposition qui peuvent se manifester. Ainsi, toutes les formes d'auto-organisation des minoritaires sont-elles plus ou moins accusées de « communautarisme », en même temps que, tendanciellement, chargée de résoudre les problèmes de tous leurs co-ethniques, quand bien même ceux-ci ne relèveraient pas d'un traitement spécifique.

Les organisations syndicales, comme telles, participent pour une bonne part à cette situation, en dépit d'actions qui manifestent une certaine défense des droits, parfois non sans quelques réticences. Elles nourrissent à l'égard des travailleurs minoritaires les mêmes préventions et les mêmes stéréotypes que leurs collègues et l'encadrement, stéréotypes parfois renforcés par des préjugés de classe que l'on ne s'attendrait pas à trouver dans la bouche de militants syndicaux.

6.1. Former les syndicalistes aux questions relatives au racisme et aux discriminations.

Dans un tel contexte, il semble que l'urgence soit de trouver les moyens pour former des militants à l'analyse du racisme, à les alerter sur le racisme institutionnel et les discriminations directes et indirectes qu'il induit. L'enquête montre qu'il serait possible de s'appuyer sur la conscience qu'ont certaines personnes, minoritaires ou non, de la situation actuelle et qui, aujourd'hui, se sentent impuissantes et maintenues dans l'incapacité d'agir. Une telle formation pourrait sortir ces personnes de la marginalité, à la condition que la formation dispensée soit fortement soutenue et légitimée par les syndicats eux-mêmes.

6.2. Limiter la marge d'exercice arbitraire du pouvoir des cadres

Une réflexion pourrait aussi être menée sur la marge d'appréciation et de décision dont l'encadrement bénéficie et qui, au vu de l'enquête, lui permet de recruter, de favoriser la formation ou la promotion, voire la mutation, sans avoir à répondre explicitement de ses critères de choix. Le rappel à la loi - à savoir à l'interdiction de certains critères, en particulier celui de l'origine, pour ne pas dire de la « race » - pourrait aussi être exigé au niveau de la direction de l'AP-HP et des établissements.

Une réflexion sur les plans de formation et le contrôle des procédures d'avancement pourrait permettre, par une voie plus indirecte, aux organisations syndicales de combattre le racisme institutionnel. Ceci permettrait, à terme, d'inclure la lutte contre le racisme dans les procédures-mêmes et d'aider à le redéfinir d'une façon plus réaliste et opérationnelle.

6.3. Sortir les revendications et la défense des minoritaires de leur isolement.

Les revendications des minoritaires, et même le simple rappel de leurs droits acquis légalement, occupent, dans le contexte que nous avons étudié, un rôle ambigu. Les syndicats sont sensibles aux perturbations que les « congés bonifiés », parce qu'ils ne font pas l'objet de remplacements complets et systématiques, provoquent dans les services. Facteur de discrimination pour l'encadrement, ce droit devient un élément de tension entre travailleurs et d'isolement des minoritaires qui s'en prévalent. La réintégration de la question des revendications et des droits « spécifiques » dans un ensemble revendicatif porteur des valeurs universaliste est une nécessité pour surmonter cet isolement. De même, plutôt que de toujours tenter de régler « au cas par cas » des situations où il n'est généralement pas aisé de faire la preuve de la discrimination raciste, il serait possible de se saisir de situations connues, moins fortement personnalisées, pour élaborer un ensemble de revendications antiracistes. Ces éléments aideraient à la pleine participation syndicale et à la promotion interne aux syndicats des minoritaires.