

Les « 5 à 7 » sont des rendez-vous organisés avec un chercheur impliqué par les thématiques que développe Profession Banlieue: une façon de rapprocher les professionnels et les chercheurs autour des questions sociales, urbaines et politiques. Carte blanche est laissée à l'intervenant de faire état d'une étude particulière ou d'apporter un éclairage spécifique sur un sujet abordé par ses travaux de recherche. □

**Didier Fassin**, médecin et anthropologue, professeur à l'université Paris XIII et directeur d'études à l'EHESS, dirige le CRESP (Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique), laboratoire pluridisciplinaire de Paris XIII et de l'INSERM. Il est également membre du conseil d'orientation du Groupe d'étude et de lutte contre les discriminations (GELD), instance créée en 1999 pour à la fois observer, analyser et faire des propositions en matière de discriminations. □



**PROFESSION BANLIEUE** – 15, RUE CATULIENNE – 93200 SAINT-DENIS

TÉL. : 01 48 09 26 36 – FAX: 01 48 20 73 88

PROFESSION.BANLIEUE@WANADOO.FR

WWW.PROFESSIONBANLIEUE.ORG

**PROFESSION  
BANLIEUE**

les « 5 à 7 »

n° 4

## DISCRIMINATION ET SANTÉ : ENJEUX POLITIQUES ET SIGNIFICATION SOCIALE

**DIDIER FASSIN**

11 FÉVRIER 2002

Pour cet exposé, Didier Fassin s'appuie sur des recherches qui sont menées depuis longtemps en Seine-Saint-Denis autour des questions de l'immigration et de la santé, et, de manière plus spécifique, sur une enquête menée pour la Direction de la population et des migrations (DPM), organisme rattaché au ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Ce rapport publié en 2002 s'intitule *Un traitement inégal: les*

**discriminations dans l'accès aux soins. Par ailleurs, il a conduit une réflexion plus générale sur ce thème dans un article publié en 2002 dans la Revue française de science politique: «L'invention française de la discrimination<sup>1</sup>».**

---

## SOMMAIRE

Prologue	3
Qu'est-ce que la discrimination raciale?	5
Quand les discriminations étaient relativisées et justifiées	7
Quand les discriminations sont reconnues comme échec de l'intégration	8
Un chaînon manquant entre inégalité et racisme	9
Un instrument transversal	10
Une épreuve de vérité	11
Les discriminations en matière de santé	11
Légitimité du malade, illégitimité des populations	12
Indiscrimination de droit et discriminations de fait	14
DÉBAT	15
La discrimination sociale	15
Justice, écoute	17
Culturalisme, médiation sociale et culturelle	19
Infériorisation, classement, contrat social	20
POUR ALLER PLUS LOIN	21

---

1. *Revue française de science politique*, n° 4, 2002.

## PROLOGUE

Pour présenter, de façon très empirique et très concrète, les éléments dont je souhaiterais parler, je voudrais commencer, en manière de prologue, par quelques brefs récits.

Monsieur S., syrien, vit en France depuis vingt-cinq ans. À la suite d'une affaire de recel de stupéfiants, il a fait de la prison et a été condamné à une interdiction de territoire. Durant son incarcération, il a un grave infarctus. À sa sortie de maison d'arrêt, il est sans protection sociale. Il consulte un médecin qui, compte tenu de sa situation, le voit gratuitement. Mais le traitement prescrit lui revient environ à 150 euros par mois qu'il a les plus grandes difficultés à payer. Au centre municipal de santé et au service social de sa commune, c'est toujours la même réponse qui lui est faite: «Vous n'avez pas de papiers. Donc, vous n'avez droit à rien.» L'assistante sociale à laquelle il montre le document qui atteste de sa sortie de prison, en arguant de son droit à une couverture sociale, lui répond: «Oui, mais ça, c'est destiné aux Français.» Pendant plus d'une année, souffrant d'une angine de poitrine sévère, il continuera d'acheter ses médicaments en fonction de ses ressources du moment, jusqu'à ce qu'une assistante sociale hospitalière

lui permette d'accéder à l'aide médicale État, à laquelle il avait évidemment droit.

Deuxième cas: Monsieur T., algérien, est venu en France il y a un an. Sans parent à qui demander une aide, il vit d'expédients, étant hébergé au gré des places que lui trouve le Samu social. Il n'a pas de titre de séjour, mais bénéficie d'une aide médicale État. Il se présente dans un service hospitalier public, de chirurgie, avec des séquelles d'un accident qui a entraîné une atrophie et une rétraction de son pouce gauche. Le chef de service demande un bilan radiologique afin de décider des meilleures modalités de l'intervention chirurgicale. Lors de la seconde consultation, un de ses assistants voit le malade et refuse de l'opérer en lui disant – je le cite –: «l'aide médicale n'est pas suffisante pour l'hospitalisation». À l'assistante sociale qui lui explique le contraire, il répond: «De toute façon, il n'y a pas urgence. Ce sont des séquelles. On n'a pas à les prendre en charge et puis, il ne vous l'a pas dit, mais ce qu'il veut, en fait, c'est un certificat médical pour rester en France.»

Troisième cas: Madame A., ivoirienne, réside en France depuis quinze mois. Elle vit chez un parent, elle n'a pas de titre de séjour ni de droits sociaux ouverts. Elle consulte à

la cellule d'accueil pour démunis d'un hôpital public. Elle présente, entre autres problèmes de santé, une affection dermatologique. Elle est adressée à un spécialiste, de qui elle reçoit une ordonnance qui est composée de produits cosmétologiques coûteux. Dans la mesure où il existe à la pharmacie de cet hôpital des facilités pour obtenir gratuitement des médicaments, l'agent administratif qui traite le dossier appelle le dermatologue pour lui demander s'il peut adapter son ordonnance afin de trouver des préparations qui soient facilement accessibles à l'hôpital. Elle s'entend répondre : « Vous voulez quoi ? Que je lui donne des crèmes corticoïdes pour qu'elle blanchisse ? Elle a bien pu se payer son billet d'avion pour venir ici, elle peut aussi s'acheter ses médicaments. »

Quatrième cas : dans un service de gynécologie d'un hôpital public parisien, les patientes étrangères sont regroupées en chambres collectives. Une externe, qui est récemment arrivée dans le service, s'étonne de ce qu'une femme qui vient d'accoucher, pakistanaise, fatiguée, ne bénéficie pas d'une chambre seule et qu'elle soit placée d'autorité avec d'autres femmes de la même origine qu'elle. L'infirmière, après lui avoir expliqué que les chambres à un lit sont préférentiellement réservées aux femmes françaises, lui en donne la justifica-

tion : « Ça te plairait, toi, si tu étais une accouchée, de sentir une odeur de riz à longueur de journée ? »

Cinquième cas : dans plusieurs départements, les conseils généraux ou les caisses primaires d'assurance maladie ont établi des listes de médecins qui acceptent les malades bénéficiaires d'une mutuelle complémentaire au titre de la couverture maladie universelle, ceux dont les ressources inférieures au barème leur ouvrent le droit à la gratuité des soins. Interrogés lors d'enquêtes en région parisienne, les médecins qui refusent de soigner ces patients invoquent, dans un premier temps, les lourdeurs de l'administration, de la Sécurité sociale et les délais de versement des sommes qui leur sont dues par cette administration avant, dans un second temps, de dénoncer les comportements des malades qui « se croient tout permis », disent-ils, « et qui viennent consulter pour le moindre petit problème », affirmation que les statistiques de la Sécurité sociale invalident au demeurant. Parmi ces patients indésirables, une proportion élevée correspond, pour des raisons socio-historiques que je ne développerai pas, à des personnes étrangères ou de parents étrangers.

Sixième et dernier cas : au 114, numéro de téléphone anonyme et gratuit qui est mis à la disposition des

personnes qui sont victimes ou témoins de discriminations à caractère racial, une femme appelle de la maison de convalescence où elle est employée dans la région bordelaise. Elle veut simplement, explique-t-elle, « témoigner d'une forme de défiance à l'égard des malades d'origine maghrébine, qui s'exprime dans le fait de parler à leur propos de syndrome méditerranéen ». Ce mode de qualification de troubles divers et souvent dif-fus lui semble une manière de disqualifier la plainte en suggérant, chez le patient, à la fois une moindre tolérance au mal et un bénéfice secondaire potentiel.

Ces six études, extrêmement diverses, recouvrent des problèmes et des réalités de natures très différentes, d'accès aux soins ou de qualité des soins. Dans certains cas, il semble s'agir plutôt d'une méconnaissance du droit ; dans d'autres, plutôt d'une mauvaise volonté de la part des agents. L'importance des conséquences de ce que je viens de vous décrire va d'un risque vital à un relatif inconfort. Risque vital dans le premier cas, l'angine de poitrine grave ; inconfort dans le cas de la personne qui n'a pas accès aux chambres à lit individuel. Et en même temps, il y a, derrière toute cette variété de situations, un premier élément commun qui est l'existence d'un traitement défavorable en matière de soins.

Enfin, il se trouve que les personnes qui subissent ces traitements défavorables partagent certaines caractéristiques qui sont liées à leur nationalité, ou à leur origine, parfois également leur irrégularité de séjour.

C'est en cela que ces observations, aussi diverses qu'elles puissent paraître, relèvent d'un même phénomène que l'on appelle discrimination.

Au cours de cet exposé, j'aborderai dans un premier temps la question de la discrimination et de la manière dont elle s'est trouvée portée dans l'espace public, en France, au cours des dernières années. Je parlerai ainsi d'invention française de la discrimination.

Dans un second temps, je m'attacherai plus particulièrement au domaine de la santé et aux particularités qui permettent d'éclairer, au-delà de la question de la santé et des soins, des choix et des enjeux de nos sociétés.

## QU'EST-CE QUE LA DISCRIMINATION RACIALE ?

On parle en général de discrimination à propos d'un traitement inégal fondé sur l'application d'un critère illégitime. Trois termes sont importants : « traitement » « inégal » et « illégitime ».

– **Traitement** : on se réfère à une action et pas simplement à une intention. La question de l'intention n'est pas centrale. Le traitement s'objective dans un résultat.

– **Inégal** : le résultat est défavorable pour certains, favorable pour d'autres. Le sens de cette inégalité n'est pas inclus dans la définition de la discrimination, puisqu'il peut y avoir une discrimination positive. Je ne parlerai ici que de discrimination négative.

– **Illégitime** : ce terme suppose qu'il peut y avoir des critères légitimes de traitement inégal. Par exemple, donner des salaires plus élevés à certaines personnes parce qu'elles ont des diplômes plus élevés ou attribuer un logement à celles qui ont des revenus suffisants, fixés par un barème. Ce sont des critères que la société ne considère pas comme illégitimes. Elle les considère comme légitimes dans l'attribution inégale de ses biens, à savoir des salaires ou des logements. Il sera question ici de critères illégitimes : le sexe, l'orientation sexuelle, l'appartenance syndicale et l'origine des personnes. Ces critères sont définis socialement. Il n'y a pas de définition absolue de ce qui est légitime ou de ce qui ne l'est pas. C'est la société qui en décide. Il y a un siècle, il n'était pas illégitime de moins bien traiter les femmes dans un emploi

par exemple. Aujourd'hui, c'est suffisamment illégitime pour que cela soit devenu illégal. Déterminer ce qui est légitime et ce qui ne l'est pas implique par ailleurs des conflits entre des personnes ou entre des groupes.

La discrimination dont je parle ici a pour critère l'origine réelle ou supposée des personnes. Comment est déterminée cette origine, réelle ou supposée ? Une personne peut très bien être perçue comme étrangère alors même qu'elle est française, même née en France, quand on prend le critère de la couleur de peau, le nom ou l'apparence. La discrimination, en général, repose sur une perception spontanée.

L'origine est une notion très floue. Certes, cette origine peut être objectivée par des critères juridico-administratifs comme la nationalité. Ces critères juridico-administratifs sont, eux aussi, définis socialement, bien qu'ils puissent être contrebalancés par des critères subjectifs : toutes les origines, par exemple, n'auront pas la même valeur défavorable. Une origine allemande n'a pas le même poids social en termes de discrimination qu'une origine sénégalaise ou congolaise.

Ainsi, lorsque l'on dit « discrimination en fonction de l'origine », voire

« discrimination à caractère racial », il ne faut pas la prendre comme quelque chose qui est défini une fois pour toutes, puisque la société contribue à définir ce qui est discrimination et ce qui ne l'est pas. Enfin, quand on parle d'origine ou de racial, il est évident qu'il faut là aussi considérer qu'il s'agit d'une construction sociale. J'ajoute que, lorsque je dis « racial », je n'entends pas qu'il existe des différences de races, mais qu'il existe des individus qui en regardent d'autres comme si des différences de races existaient et justifiaient des propos racistes ou des politiques racialistes.

#### QUAND LES DISCRIMINATIONS ÉTAIENT RELATIVISÉES ET JUSTIFIÉES

Les discriminations ne datent pas d'hier. Le mot « discrimination » existe depuis longtemps, mais son usage est nouveau dans l'espace public, surtout associé à l'adjectif racial. On pourrait le dater à trois ans. La discrimination par la couleur de la peau a d'ailleurs été affirmée par l'État pour la première fois, me semble-t-il, dans l'histoire de la République, lors des Assises de la citoyenneté qui se sont tenues à la Grande Arche de La Défense, en mars 2000.

Le glissement d'usage est perceptible dans une institution comme le Haut Conseil à l'intégration (HCI) qui mène une politique consultative auprès du gouvernement depuis décembre 1989, date de sa création. Le HCI rassemble des personnalités de différents milieux : universitaires, sportifs, associatifs, etc. Il produit chaque année un rapport. L'un de ses rapports importants, publié en 1992 à la Documentation française, s'intitule *Connaissance de l'immigration et de l'intégration*. Il note que l'intégration juridique des étrangers se poursuit, que l'analyse approfondie des différents indicateurs permet de relativiser les différences apparentes entre populations française et étrangère, en révélant l'importance des effets de structure de ces populations.

Ce rapport se situe dans une logique d'intégration et contient un discours volontariste sur l'intégration : la situation ne cesse de s'améliorer. Il existe des différences, qui sont en l'occurrence des inégalités, mais qui ne sont pas énoncées comme telles et qui doivent être relativisées. Elles sont liées à des effets de structure : pour des raisons socio-économiques, les immigrés ou les enfants d'immigrés sont plus au chômage, avec des salaires plus bas, des niveaux d'éducation plus faibles... À propos des inégalités de salaires, le rapport fait la mise en garde suivante : « Pris globa-

lement, les étrangers ont un salaire moyen inférieur à celui des Français, mais la population étrangère n'a pas la même structure par qualification, diplôme, âge, sexe que la population française.» Cette observation est par ailleurs justifiée par les auteurs : «L'observabilité par l'employeur du capital humain pourrait être plus faible pour un étranger que pour un Français. Culture différente, absence de références antérieures, non-comparabilité des diplômes, ce qui justifierait un salaire d'embauche plus faible. Cette différence devrait s'amenuiser au cours du temps, au fur et à mesure que l'employé a la possibilité de se révéler par son travail.» N'est-ce pas dire qu'un étranger aurait moins de valeur économique et donc sociale qu'un Français? On considère en tout cas que c'est à l'étranger de faire ses preuves pour arriver à gagner la confiance de son patron et d'attendre que son capital humain et son niveau d'employabilité – pour reprendre les termes du rapport – égalent celui d'un Français. Que peut-on constater? Les données statistiques sont alors soumises à une double épreuve: relativiser et justifier.

## QUAND LES DISCRIMINATIONS SONT RECONNUES COMME ÉCHEC DE L'INTÉGRATION

Pourtant, en 1998, le HCI édite un rapport intitulé *La Lutte contre les discriminations: faire respecter le principe d'égalité*. Ce rapport marque un virage symbolique et une double rupture dans le discours des institutions officielles.

Première rupture: on y affirme que des discriminations existent dans la société française et sont liées à l'origine des personnes. La question de l'intégration se trouve déplacée, puisque, là où on parlait de réussite et d'amélioration, on parle d'échec. On pose ainsi une sorte d'inversion de l'imputation causale. Ce traitement défavorable n'est plus dû au fait que l'étranger ou la personne d'origine étrangère ne fait pas ses preuves; c'est la société, ou du moins des segments de la société qui la traitent de manière discriminatoire, «y compris par des comportements non intentionnels qui conduisent à une situation discriminatoire de fait».

Seconde rupture: le critère de la nationalité n'est plus pertinent «pour définir le périmètre de nos travaux contrairement à ce qui était le cas pour nos précédents rapports». «Car les discriminations,

ajoutent les rapporteurs, peuvent affecter des Français de couleur, notamment d'outre-mer, ou d'origine étrangère non européenne.» Autrement dit, le rapport dénonce là, sans dire les mots, le caractère racial de la discrimination, c'est-à-dire le fait que la discrimination s'opère selon des critères de couleur.

Il ne s'agit donc plus d'intégration. C'est la reconnaissance d'un état de fait des discriminations et de leur fondement qui est de nature raciale. Les politiques publiques ont accompagné ce changement de regard, à la fois en termes de dispositifs institutionnels et de dispositions juridiques: création du Groupe d'étude et de lutte contre les discriminations (GELD), des commissions départementales d'accès à la citoyenneté (CODAC), mise en place de la table ronde qui réunit les représentants de l'État et les partenaires sociaux et qui aboutit à la Déclaration de Grenelle sur les discriminations raciales dans le monde du travail, engagement du FAS<sup>2</sup> dans les contrats de ville, etc. Parallèlement, des dispositions juridiques réglementaires se développent: une loi a récemment été votée

sur l'aménagement de la charge de la preuve dans les discriminations dans le monde du travail<sup>3</sup> et, surtout, toute une série d'éléments jurisprudentiels.

On peut avoir une lecture cynique et prétendre que ce sont des mots, que la lutte contre les discriminations est dans l'air du temps, surtout dans le contexte européen, et qu'elle aura uniquement une vertu pacificatrice. Pourtant, quand des choses sont dites, elles ont un certain poids dans la société. En tout cas, elles en ont pour ceux qui veulent s'emparer des discours, mais aussi des dispositifs institutionnels et des dispositions réglementaires qui découlent de ces discours.

Parler de discrimination raciale comme on le fait désormais a de fait une certaine portée innovante, sous un triple aspect.

### Un chaînon manquant entre inégalité et racisme

Première innovation: la discrimination établit une sorte de chaînon manquant entre ce qui était posé en termes de racisme et ce qui était posé

2. Le FAS (Fonds d'action sociale) est devenu en 2001 le FASILD (Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations).

3. Se reporter à la publication du GELD: LANQUETIN Marie-Thérèse (dir.), LATRAVERSE Sophie, PATARIDZE Nicolas, «Le recours au droit dans la lutte contre les discriminations: la question de la preuve», *Note du conseil d'administration du GELD*, n° 2, 2000.

en termes d'inégalité. Deux courants existent dans la société française. D'un côté, un champ de réflexion, de recherche, de dénonciation et d'action publique porte sur la question du racisme. On peut remonter à des grands textes : Albert Memmi, Sartre sur l'antisémitisme, etc. D'un autre côté, existe une tradition de politiques de justice sociale, d'énonciation des inégalités dans la société. Un appareil législatif s'est notamment construit autour de la répression de la discrimination, même si les cas sont peu nombreux : ces trois dernières années, entre neuf et dix-sept cas par an ont été traités par la justice.

La discrimination réunit ces deux ensembles que sont le racisme et les inégalités en un lieu de pensée, de débat et de combat. Elle permet de montrer qu'il existe des inégalités racistes, pour reprendre le titre d'un ouvrage des sociologues Véronique De Rudder, Christian Poiret et François Vourc'h<sup>4</sup>. Mais l'intérêt de passer du racisme à la discrimination est de passer d'un débat d'idées à un combat de droit. On pose la question du traitement, c'est-à-dire du résultat, et on se situe donc sur le terrain du droit et non plus sur le terrain des idées.

Enfin, par rapport à l'inégalité, une rupture s'opère. On ne peut plus penser l'inégalité de façon statistique comme savent le faire des institutions comme l'INSEE qui produisent des statistiques sur l'inégalité. Au contraire, dans la discrimination, on parle d'inégalité, non plus en se basant sur des statistiques, mais à partir d'un travail de casuistique, c'est-à-dire que l'on traite au cas par cas. Des cas sont présentés devant des tribunaux, qui sont tranchés au cas par cas et qui, ensuite, servent de jurisprudence.

#### Un instrument transversal

Deuxième innovation : la discrimination établit un instrument transversal aux différentes catégories illégitimes qui sont mobilisées. Pour être plus clair, lorsqu'une décision de justice est prise à propos d'un cas de discrimination en fonction du sexe des personnes, elle est immédiatement applicable à l'ensemble des critères illégitimes, quel que soit le statut de la personne, du syndicaliste à l'immigré.

La discrimination indirecte est ainsi basée sur une décision de la Cour de justice des communautés euro-

péennes qui portait sur un cas de différence de traitement entre hommes et femmes. Cet arrêt jugeait discriminatoire l'attribution par une entreprise de pensions aux salariés qui travaillaient à temps plein, excluant ceux qui travaillaient à temps partiel. Or il se trouve – et cela a été l'objet de la plainte – que les femmes étaient beaucoup plus souvent à temps partiel. Autrement dit, il n'y avait pas d'intention – semble-t-il – discriminatoire à l'égard des femmes, mais un résultat : les femmes se retrouvaient, dans les faits, majoritairement discriminées. Or il n'y avait pas de raison qui permettait d'annuler le critère d'illégitimité. C'était une discrimination indirecte, c'est-à-dire une discrimination qui n'avait pas nécessairement d'intention à l'origine mais dont le résultat est le même que s'il y avait eu une intention. Cette jurisprudence vaut aujourd'hui pour les discriminations raciales.

#### Une épreuve de vérité

Troisième innovation : la discrimination s'incorpore immédiatement dans les politiques publiques. Dès lors que l'on identifie une discrimination, on peut la traiter, en tout cas la dénoncer et demander réparation. Il devient ainsi possible de mesurer, par exemple, la volonté du gouvernement ou de toute institution de lutter effectivement, puisque l'on ne re-

garde pas des déclarations mais des faits, les preuves des faits...

On se trouve donc aujourd'hui face à une épreuve de vérité pour la société française qui, dans certaines limites bien entendu, commence à énoncer une vérité sur elle-même. L'indicible devient énonçable et peut donner lieu à traitement juridique et demande de réparation. Cela a une signification politique très forte. Enfin, la justice s'adapte, face à la multiplication de procédures jurisprudentielles, à de nouveaux instruments conçus pour prouver un fait discriminatoire, comme le *testing*. Autrement dit, parler de discrimination, c'est immédiatement poser des bases pratiques pour lutter contre.

#### LES DISCRIMINATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Venons-en maintenant au domaine de la santé. En quoi les discriminations y seraient-elles particulières ? Tout d'abord, ce champ n'est pas étudié. Des chercheurs ont étudié le logement (Patrick Simon), le travail (Philippe Bataille, Véronique De Rudder, Christian Poiret et François Vourc'h), l'éducation (Agnès Van Zanten, Jean-Paul Payet et Bernard Charlot), les services publics, mais pas la santé.

4. *L'inégalité raciste : l'universel républicain à l'épreuve*, Paris, PUF, 2000 (Collection : Pratiques théoriques).

Pourquoi est-ce plus difficile de parler de discriminations dans la santé? Si l'on écarte l'hypothèse que c'est parce qu'il n'y en a pas, il apparaît qu'il est particulièrement difficile pour la société française, pour des raisons liées à une certaine tradition philosophique qui remonte au siècle des Lumières, de se dire que le traitement du corps, le traitement de la vie des personnes souffrantes, pourrait être différentiel.

On peut beaucoup plus facilement accepter que certains soient moins bien logés et d'autres mieux logés. Il y en a qui sont plus riches – c'est bien accepté dans la société – et d'autres qui sont moins riches; et les plus riches ont d'ailleurs plus de mérite! Le mérite, c'est parce qu'ils travaillent plus, parce qu'ils ont plus de diplômes, etc. Mais il n'existe pas de mérite sur la santé. Pourtant, combien de personnes savent, par exemple, qu'en France l'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier spécialisé ou d'un manœuvre est de neuf ans inférieure à celle d'un cadre supérieur type ingénieur? Ce sont des informations qui sont très sensibles dans une société. C'est ce qui débouche sur ce que j'appelle la singularité paradoxale du domaine de la santé en matière de discrimination.

### LÉGITIMITÉ DU MALADE, ILLÉGITIMITÉ DES POPULATIONS

En France, les dispositifs en matière de protection sociale et d'accès aux soins qu'incarne la Sécurité sociale reposent sur un principe d'égalité. Français et étrangers ont un même droit à la Sécurité sociale. Dans les débats à l'Assemblée nationale, certaines choses peuvent s'énoncer sur les étrangers, comme le fait de vouloir stopper l'immigration, mais jamais de ne plus soigner les étrangers ou les sans-papiers. On sent bien que, lorsqu'il s'agit du corps souffrant, du corps malade, on tient un certain discours dans un espace public. On obtient ainsi des dispositions réglementaires relativement libérales, au sens étymologique de « très ouvertes ». Même si l'on prend aujourd'hui la manière dont est attribuée la couverture maladie universelle (CMU) par rapport à l'aide médicale, non seulement le texte était déjà relativement libéral du point de vue de la possibilité d'ouverture de droits d'assuré social, mais les circulaires d'application (à la suite d'ailleurs de luttes qui ont été menées par les associations) sont encore plus larges. Les circulaires reconnaissent explicitement qu'un simple rendez-vous à la préfecture suffit à un individu pour être considéré comme régulier, et donc avoir droit à un régime d'assurance.

Sur la question des sans-papiers, de nombreux acteurs se sont mobilisés pour améliorer la couverture médicale, afin d'effacer cette différence qui persiste ou même qui s'est accentuée entre réguliers et irréguliers. En effet, l'aide médicale État est attribuée aux irréguliers, à ceux qui ne peuvent pas faire la preuve de la régularité et de la stabilité de leur présence en France. Ces associations (associations de défense des travailleurs immigrés, des étrangers, des demandeurs d'asile, ou associations à caractère humanitaire) se sont d'ailleurs réunies dans l'Observatoire du droit à la santé des étrangers<sup>5</sup>.

Pour résumer, alors que, dans le logement, le niveau de ressources est un critère légitime ou, dans l'emploi, le niveau de diplômes, on ne reconnaît pas en matière de santé de critère légitime pour sélectionner les malades. La maladie peut même devenir, à un moment donné, un motif de régularisation, sous réserve que le malade soit dans un état de santé grave, pour lequel le traitement ne serait pas accessible dans le pays d'origine. On a

ainsi un régime que je proposerai de qualifier de « biolégitimité »<sup>6</sup> : le corps souffrant est devenu l'un des critères essentiels de légitimation d'un droit ou d'une cause. Mais, en même temps, les populations elles-mêmes ne sont pas légitimes. Elles sont à des degrés divers d'illégitimité, les plus illégitimes étant les sans-papiers. D'ailleurs, parmi les sans-papiers, il y a des niveaux d'illégitimité. Le demandeur d'asile est un peu plus légitime que le clandestin pour raisons économiques. Une hiérarchie s'opère au sein des sans-papiers.

Le paradoxe que je voudrais énoncer est donc le suivant. Au moment où l'obligation morale à l'égard des malades, quelle que soit leur situation juridique ou économique, s'est étendue, notamment dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, dans le même temps, la légitimité politique des étrangers, des immigrés, et même, par ricochet, des personnes d'origine étrangère ou immigrée, s'est trouvée progressivement réduite par des politiques d'immigration de plus en plus restrictives et de plus en

5. Se reporter au *Rapport d'observation année 2000*, Observatoire du droit à la santé des étrangers, juin 2001. Cet observatoire réunit ACT UP Paris, CATRED, COMEDE, MRAP, Sida Info Service, GISTI, Cimade, AIDES, Arcade Sida, CNCDP et Médecins du monde. Observatoire du droit à la santé des étrangers, c/o Sida Info Service, 190, boulevard de Charonne, 75020 Paris, <http://www.odse.eu.org>, [odse@lalune.org](mailto:odse@lalune.org).

6. « Politique des corps et gouvernement des villes », in Didier Fassin (dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique: enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998 (Collection: Recherches), p. 7-46.

plus répressives. Ainsi, sur le terrain, les agents administratifs, les médecins, les infirmiers sont amenés à gérer dans leur quotidien cette contradiction et ce paradoxe. Ils sont face à des populations dont on ne cesse de dire qu'elles sont illégitimes et, en même temps, à qui l'on donne tout, ou en tout cas beaucoup, dans la loi. Cette tension très forte fait que ce sont très souvent les agents qui décident eux-mêmes de ce qui est légitime et de ce qui ne l'est pas. Les témoignages que j'ai présentés au début illustrent parfaitement ce constat.

#### INDISCRIMINATION DE DROIT ET DISCRIMINATIONS DE FAIT

Il faut d'abord souligner que les discriminations dans la santé ne sont pas des discriminations dans les soins. Les discriminations en matière de logement, en matière d'emploi, en matière d'éducation sont des discriminations qui pèsent beaucoup plus lourd sur la santé des migrants, sur le fait qu'ils mourront plus jeunes, qu'ils seront plus ou moins malades, que la discrimination à l'accès aux soins.

Concernant les discriminations dans la santé, il existe néanmoins des discriminations tout à fait ordinaires,

qui portent sur des différences de traitement. Les plus manifestes sont les refus de soins ou les retards de soins. Des médecins refusent ainsi de soigner des personnes pour des motifs administratifs, en cas d'aide médicale ou de CMU complétée par une mutuelle. Il faut s'interroger sur cette médecine et sur la manière dont la déontologie est appliquée. Plus subtilement, se mettent en place des procédures de dissuasion. Par des propos désobligeants, des insinuations désagréables, voire des remarques ouvertement racistes, on dissuade les malades de revenir dans un cabinet médical ou un établissement hospitalier.

Enfin, se sont instaurées des filières particulières. Dans certains cas, comme dans l'exemple du début, les chambres à un seul lit sont réservées aux Français. Mais, surtout, des filières mentales se sont élaborées, des filières nosographiques, c'est-à-dire de classification des maladies, comme le « syndrome méditerranéen » évoqué dans le prologue. Il faut aussi s'interroger sur les filières comme l'ethnopsychiatrie, qui servent à orienter des populations dans certains canaux, en leur faisant perdre un certain nombre d'opportunités ailleurs. Il ne s'agit pas de critiquer l'ethnopsychiatrie en tant que telle – ce qui relève d'une réflexion théorique par ailleurs nécessaire –,

mais de critiquer les usages politiques de l'ethnopsychiatrie. Ce qui est en cause, c'est la facilité intellectuelle, et par conséquent aussi la responsabilité morale, à considérer une personne sur des critères *a priori* d'origine pour décider à sa place qu'elle relève d'un certain type de prise en charge, en dehors d'un accès normal à ses droits.

Ainsi considérée comme une réalité de fait et non simplement comme une question de droit, on voit que l'attention aux discriminations raciales relève tout simplement d'une réflexion sur la manière dont nous construisons et traitons l'Autre.

---

#### DÉBAT

##### La discrimination sociale

*Parmi les pays européens, la France ne détient pas les meilleurs indicateurs de santé. L'accès aux soins a certes été amélioré par la CMU. Mais règne toujours une médecine à deux vitesses: on se soigne différemment selon ses moyens. Ne peut-on pas parler de discrimination sociale organisée? Quant à l'aide médicale État, qui est un régime à part destiné aux étrangers en situation irrégulière, elle instaure aussi une double discrimination, sociale et raciale.*

DIDIER FASSIN

L'aide médicale État est un exemple intéressant du point de vue de la réflexion que l'on peut avoir sur ce qu'est une discrimination, et notamment sur le troisième terme de la définition d'une discrimination, c'est-à-dire l'illégitimité du critère sur lequel on fait un traitement défavorable, un traitement différent. Un jugement de la Cour constitutionnelle, confirmé par la Cour européenne de justice, dit que chaque État a légitimement la possibilité, par rapport à des populations qui n'ont pas d'existence juridique sur son territoire, de leur appliquer un traitement différent, pour autant que ce traitement n'entraîne



pas de répercussions graves sur le traitement de la maladie, le traitement de la souffrance, etc. Les juges et la société considèrent que, en ce qui concerne des personnes qui sont en situation irrégulière, ce n'est pas un critère illégitime que de les traiter différemment. Elles ne sont pas traitées sur le mode de la solidarité, et donc du droit, mais elles sont traitées (pour reprendre une opposition que font certains sociologues entre droit et obligation) dans un régime d'obligation, c'est-à-dire comme des obligés. Le terme de charité vient à l'esprit : on se sent des obligés par rapport à eux, on ne peut pas les laisser souffrir comme ça.

La question fondamentale reste : que considère-t-on comme illégitime dans une société pour différencier des individus ? Dans la société française, il existe une obligation morale à l'égard de tout le monde en matière de santé. Mais, pour certains, la différenciation n'est pas considérée comme illégitime. On peut lutter contre, et, si on lutte contre avec un autre modèle de société, on peut à un moment donné l'emporter. Mais, il faut le reconnaître : ce sont deux modèles de société qui se différencient.

Bien entendu, on peut lutter contre de différentes façons. On peut lutter contre en disant : « Il y a une différence de traitement et ce n'est pas sa-

tisfaisant. » Il faut certainement aller plus loin, en montrant que ce traitement est véritablement inégal et qu'il peut avoir des conséquences. Tant que l'on ne considère pas que le critère est illégitime, c'est-à-dire tant que l'on ne considère pas qu'il est inacceptable de traiter autrement l'étranger en situation irrégulière, on améliore son traitement tout en le maintenant dans la différence. Mais on peut aussi, bien sûr, se battre sur le critère qu'il ne suffit pas simplement qu'il devienne un peu mieux soigné, mais qu'il faut qu'il devienne égal aux autres. C'est un débat de société. L'aide médicale fait en tout cas porter sur un groupe beaucoup plus large que les irréguliers une suspicion et la nécessité de prouver sans cesse sa situation. On constate que des agents administratifs donnent l'aide médicale à des personnes qui relèveraient en fait de la CMU – des demandeurs d'asile, par exemple.

On peut en effet, comme vous le suggérez, poser le problème en parlant de discrimination sociale, en considérant que le social est un critère illégitime de traitement inégal. Or, toute notre société est basée sur les traitements inégaux en fonction de l'appartenance sociale, l'appartenance de classe disons, la catégorie socio-professionnelle. La discrimination est un outil transversal, je l'ai dit. On peut s'en servir pour les dis-

criminations à caractère sexuel, l'orientation sexuelle, syndicale... et peut-être « sociales » aussi. Des militants, féministes notamment, et des chercheurs souhaitent d'ailleurs que soit reconnue l'unicité du combat. Rien n'empêche cette orientation. J'ai donc quelques réserves sur le fait de traiter les discriminations de manière identique et, donc, dans les mêmes combats, même si cela a une certaine efficacité, puisqu'une jurisprudence dans un domaine s'applique aux autres. Cependant, cela circonscrit la question de la discrimination raciale à la question de la discrimination générale, alors que, dans la discrimination à caractère racial, le régime d'historicité est particulier. Ce n'est pas pareil de discriminer des homosexuels, de discriminer des femmes et de discriminer des immigrants. Sur le terrain juridique, judiciaire même, il faut certainement utiliser cette commutativité de critères, pour autant qu'ils soient illégitimes. Mais par contre, on perdrait beaucoup à ne plus interroger la dimension historique et sociale des discriminations à caractère racial.

Notamment, l'une des questions centrales, c'est que, quand quelqu'un est victime d'une discrimination, un jeune d'une cité de Seine-Saint-Denis qui est par exemple victime d'une discrimination dans l'emploi ou dans le logement, c'est très difficile de savoir

sur quoi on le discrimine en réalité. La solution facile aujourd'hui, c'est de dire que c'est une discrimination raciale. Elle est certainement en bonne partie raciale, mais c'est très difficile de dire ce qui est racial, parce que le racial est complètement contaminé par la classe sociale, par le territoire... On le voit bien d'ailleurs quand il s'agit de jeunes français nés en France qui sont victimes des mêmes discriminations, peut-être un tout petit peu moins : quand ils sont des mêmes cités, qu'ils parlent et qu'ils sont habillés de la même façon, il n'y a pas une grande différence dans la manière dont un logeur les accepte et dont un employeur les accepte. Les trois formes de discriminations (sociale, territoriale, raciale) et de traitement différentiel inégal dans nos sociétés se surajoutent et peuvent ne plus être aisément distinguables.

#### Justice, écoute

*Traiter au cas par cas, distinguer différentes discriminations en fonction des individus qui en sont victimes : ne risque-t-on pas de ne pas poser la question de façon globale ?*

DIDIER FASSIN

Pour lutter contre la discrimination, il faut utiliser un instrument extrê-

mement important qui est l'instrument juridique et ses applications judiciaires, qui peuvent être pénales ou civiles.

Simplement, il faut faire attention que, derrière cela, il y a dans la société des processus sociaux, des processus politiques, et qu'il ne faut pas simplement se contenter de traiter par le droit ces questions-là, parce que ces processus sont ancrés dans des inégalités sociales et territoriales, comme on vient de le voir. Alors, il se trouve que, justement – « comme par hasard », diraient certains –, pour des raisons historiques, ce sont plutôt les populations d'origine immigrée qui se sont trouvées dans les endroits qu'elles ont contribué à disqualifier par leur simple présence, populations qui étaient déjà disqualifiées elles-mêmes et, en plus, touchées par le chômage... résultant lui-même de discriminations. Travailler sur des processus, mettre en évidence les liens historiques, sociologiques, entre ces trois formes de discriminations, n'est pas affaiblir le propos juridique, mais donner un autre lieu de lutte contre les discriminations. Il ne faut pas cacher le déni de la discrimination au sein de l'État et des services aussi bien centralisés que déconcentrés. Le discours de l'intégration républicaine est un facteur de blocage.

En tout cas, des espaces se sont ouverts où l'on peut énoncer des plaintes. Il existe donc un dispositif d'écoute de la plainte : on écoute des gens qui peuvent se plaindre et porter plainte, au sens juridique. Pour beaucoup de gens, il est déjà très important que l'on puisse énoncer qu'il y a de la discrimination en France, que l'on puisse réparer, que l'on puisse même juger dans certains cas. Les écoutants du numéro d'appel 114 disent que leur fonction est double : une fonction d'écoute et une fonction d'orientation. L'écoute est non discriminante : on ne doit jamais dire aux gens que telle chose n'est pas de la discrimination. Le 114 et les CODAC rendent possibles des médiations, ce qui permet de téléphoner par exemple à un employeur en lui faisant remonter une plainte. Cette démarche peut suffire. De même que de dire à un écoutant que l'on a été victime d'une discrimination. Une condamnation à deux ans de prison avec sursis n'est pas toujours utile, mais une reconnaissance de la faute voire des excuses sont essentielles.

On ouvre un espace très large d'écoute de la souffrance, mais la possibilité qu'elle soit transformée en plainte recevable et reçue reste extrêmement étroite. Cela ne peut pas suffire longtemps et cela ne peut pas suffire à tous. Il reste une part très importante de plaintes qui n'ont pas

d'espace pour être autre chose qu'écoutées, et qui génèrent de la frustration.

#### Culturalisme, médiation sociale et culturelle

*Concernant le culturalisme et les expériences de médiation sociale et culturelle, comment arriver à faire en sorte qu'il n'y ait pas enfermement des migrants dans leur vie culturelle, mais, en même temps, que ces formes d'intervention existent ?*

DIDIER FASSIN

Comment prendre en compte la culture sans faire du culturalisme, sans essentialiser la culture et affirmer qu'il y a *la* culture qui surdétermine-tous les comportements ? Anthropologue, je ne peux pas être sans intérêt pour ce qui concerne la culture des gens, la manière dont ils vivent et interprètent les choses, l'expérience qu'ils ont du monde.

Mais lorsque l'on examine les politiques françaises, il y a un lien paradoxal entre, d'un côté, un modèle républicain d'intégration affiché,

loin du multiculturalisme, et, d'un autre côté, des actions publiques ciblées à l'égard de certaines populations qui se trouvent surdéterminées par leurs caractéristiques d'origine. Si l'on se réfère aux modèles étrangers qui servent facilement de repoussoir, il faut reconnaître que la cohérence est plus grande dans un multiculturalisme assumé que dans un républicanisme aux nombreuses dérives culturalistes.

Là où il y a problème, c'est quand on passe à ce que j'ai appelé un culturalisme pratique, entendu comme un double processus d'essentialisation de la culture et de surdétermination par le culturel<sup>7</sup> : ce culturalisme devient, à un moment, une politique qui enferme les gens dans leurs origines et dans un « prêt-à-penser » : quand on dit africain et santé mentale, on dit ethnopsychiatrie. Ce n'est pas acceptable. La couleur ne doit pas définir le mode de soins.

Mettre en place des médiateurs culturels peut être une bonne chose ; la seule difficulté, c'est de faire en sorte que les médiateurs soient des médiateurs tout court.

7. « Le culturalisme pratique de la santé publique : critique d'un sens commun », in Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, 2001 (Collection : Voix et regards), p. 181-208.

Il faut toujours être très attentif à l'usage que l'on fait de la culture. La culture des gens est une richesse. Mais pourquoi prendre en compte des différences dans certains cas et pas dans d'autres? On peut s'extasier devant une femme française de classe moyenne, qui élève seule cinq enfants, et beaucoup moins devant une femme malienne qui en élève autant. Prenons l'histoire de l'une d'entre elles. Un de ses enfants en crèche se fait remarquer pour un comportement quelque peu exhibitionniste. Le cas de cet enfant est discuté entre professionnels, la mère est convoquée. On en vient à la soupçonner de se prostituer ou du moins de négocier des relations sexuelles contre argent avec des hommes qu'elle invite chez elle. Un travailleur social propose que cette femme suive des séances d'ethnopsychiatrie. Cette femme africaine, de catégorie défavorisée, vit dans une seule pièce. Plutôt que de dire que c'est un problème social de vivre à cinq dans un tout petit appartement, on pathologise les comportements de son enfant, on stigmatise le mode de vie de la famille et on culturalise les difficultés matérielles rencontrées. Mais cette femme, avait-elle à passer par ce genre d'épreuve? Si vraiment il y a un problème social, il faut l'énoncer comme tel et non pas le détourner

ainsi dans un double mouvement de psychopathologisation et de culturalisation.

#### Infériorisation, classement, contrat social

*Que faire face à des schémas d'infériorisation de certaines personnes qui sont à la base des discriminations?*

DIDIER FASSIN

Il y a des questions d'infériorisation, mais surtout des questions de différenciation tout simplement. Toutes les sociétés construisent des représentations de l'autre et de soi. On a toujours, au regard de ceux qui sont différents, une surdétermination par le critère d'altérité. Quelqu'un qui n'est pas de ma couleur de peau, je le vois d'abord par le fait qu'il est différent de moi. Le fait de construire des différences est tout à fait normal dans la vie en société. On ne peut pas vivre autrement que dans un rapport de construction d'identité et d'altérité. Il n'y a pas de société qui puisse se construire autrement. Simplement, il faut savoir comment, dans un contrat social – là, on n'est plus dans un rapport immédiat de construction d'identité et d'altérité, mais dans un contrat social –, on respecte l'altérité

de l'autre, en partageant des principes d'égalité et d'universalité avec lui.

Se rendre compte qu'au fond, on partage, on a beaucoup de choses en

commun. C'est le début du politique. Le politique, c'est, comme le dit Hannah Arendt, pouvoir vivre en commun en reconnaissant des différences. □

---

#### POUR ALLER PLUS LOIN

Didier Fassin a publié de nombreux articles et livres. Sont disponibles à Profession Banlieue :

Avec Estelle Carde, Nathalie Ferré et Sandrine Musso-Dimitrijevic, *Un traitement inégal: les discriminations dans l'accès aux soins*, Bobigny, CRESPI, 2001 (Collection: Rapport d'étude, n° 5). Synthèse parue dans la revue de l'ADRI, *Migrations Études*, n° 106, 2002.

Avec Alain Morice, « Les épreuves de l'irrégularité: les sans-papiers, entre déni et reconquête d'un statut », in *Exclusions au cœur de la cité*, Paris, Anthropos, 2001 (Collection: Sociologiques).

« L'invention d'une politique », in *La Souffrance et l'écoute: une gestion locale des inégalités sociales*, Bobigny, CRESPI, 2001 (Collection: Rapport d'étude, n° 4).

Avec Marie-France Couilliot et Carine Vassy, *La Question sociale à l'hôpital: urgences et précarité en Seine-Saint-Denis*, Bobigny, CRESPI, 2001 (Collection: Rapport d'étude, n° 3).

« L'altérité de l'épidémie: les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 17, n° 2, 2001.

« Une double peine: la condition sociale des immigrés malades du sida », *L'Homme*, n° 160, 2001.

« La santé des immigrés et des étrangers: méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance », in *Précarisation, risque et santé*, Paris, INSERM, 2001 (Collection: Questions en santé publique).

*Entre politiques du vivant et politiques de la vie: pour une anthropologie de la santé*, Bobigny, CRESPI, 2000 (Collection: Note de recherche, n° 1).

« Santé: le traitement de la différence », *Hommes & Migrations*, n° 1225, 2000.

Avec Anne-Claire Defossez, *La Mise en place du Fonds d'urgence sociale en Seine-Saint-Denis: analyse du dispositif, des agents et des publics*, Bobigny, CRESP, Quatenaire, 1999.

«Santé : des inégalités sociales sans droit de cité», *Mouvements*, n° 4, 1999.

*Les Figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998.

Avec Hervé Hudebine, *La Politique de santé en direction des jeunes à Aubervilliers: les actions du service communal d'hygiène et de santé — Rapport final*, Bobigny, CRESP, 1997.

Se référer au site du CRESP (<http://www.inserm.fr/crep/crep.nsf>) : des bibliographies y sont accessibles, des notes et des rapports sont téléchargeables.

**Sans oublier les publications de Profession Banlieue :**

*Discrimination et emploi : repérer et agir*, 2001. Avec les interventions de Ahmed Benyachi, Sophie Latraverse, Étienne Marty, Isabelle Piot...

*Quelles initiatives contre le racisme « ordinaire » ?*, 1998. Avec les interventions de Philippe Bataille, Daniel Béhar, Dominique Duprez, Annie Maguer, Christian Poiret, Patrick Simon, Jocelyne Streiff-Fénart, Mahamet Timéra, Jean-Claude Toubon, François Vourc'h...

*Texte établi, après retranscription, par Claire Laudereau, Profession Banlieue*

*Maquette Claire Péraro – Édité en septembre 2002*