

Editorial

Nous sommes tous issus de métissages.

La race, comme catégorie biologique stable, n'existe pas. Il s'agit d'une construction sociale issue essentiellement de la colonisation et de l'esclavagisme, au secours de laquelle la biologie puis la médecine ont été mobilisées à partir du 18e siècle. Scientifiques et médecins ont volontiers prêté leur concours à cette légitimation en adhérant au « polygénisme » de l'espèce humaine, en hiérarchisant les ethnies ainsi constituées. Au sommet il y a l'homme blanc, au plus bas la femme noire, considérée auparavant comme la plus proche de l'animalité simiesque. Entre les deux, des paliers de populations que les biologistes du 19ème siècle se sont efforcés de naturaliser.

A chaque race était, de surcroît, associée un « tempérament ».

Si les races, on en conviendra assez facilement aujourd'hui, n'existent pas, le racisme est quant à lui bien présent. Il n'a pas besoin de justification théorique et fait rentrer, par la fenêtre du rejet de « l'autre » au quotidien, les notions de races que l'indignation provoquée par les massacres ethniques du 20ème siècle autant que les avancées de la génétique avaient fait sortir par la porte.

Cet héritage imprègne la santé publique autant que les pratiques médicales, de manière profonde et insoupçonnée. Insoupçonnée car d'une part les victimes hésitent à se plaindre publiquement des actes discriminatoires, intériorisant parfois, en se culpabilisant, les nombreuses malveillances ou injustices ou persiflages subis. Mais aussi difficiles à quantifier, car dans nos pays influencés par le jacobinisme français, les profilages ethniques sont interdits. D'un côté, cela a peut-être le désavantage d'obliger, pour définir les groupes « racisés », à utiliser des indicateurs de substitution (le pays d'origine, la langue), mais d'un autre côté, cela a le mérite d'affirmer, par la loi, la volatilité de la notion de race ou d'ethnie. Il s'agit d'un racisme « de fait », largement inconscient.

Trois grandes ségrégations séparent les humains : selon le genre, la race, la fortune.

La division hommes-femmes et la prépondérance masculine est fondatrice de la division de l'humanité en groupes différenciés. La frontière est solide, difficile à franchir de manière irréversible sans l'aide de la chimie et du bistouri.

L'inégalité selon la classe sociale est la deuxième, avec une tension extrême entre ceux qui possèdent le capital économique et culturel et ceux qui en sont exclus. Les passerelles sont peu efficaces, la reproduction forte.

La troisième est la division raciale. Il s'agit d'une attribution variable, selon la visibilité physique ou selon des attributs culturels rarement vérifiés, imaginaires.

Les inégalités s'additionnent le plus souvent, se croisent parfois. Les soignants et les soignés n'échappent pas à ce classement. Un médecin chef de service blanc, une patiente pauvre et noire, voilà une vérité sociologique et statistique. Mais il y a des femmes arabes médecins, des malades juifs venu du Périgord, des métisses et des métis, des accidentés vietnamiens, des transgenres roms. Et un plafond de verre « colorimétrique » qui double le plafond de verre lié au genre pour l'accès à des postes de responsabilité. S'il ne s'agit pas d'un racisme de haine, il s'agit d'une puissante discrimination systémique. Il n'est pas unidirectionnel, les patients expriment aussi parfois des exclusives et des rejets racistes de soignants « autres ». Et pourquoi en serait-il autrement ? Au quotidien, ce racisme passe aussi inaperçu car il est occulté par la bonne intention des acteurs qui ont le sentiment de « faire au mieux ».

C'est cette complexité qu'on lira dans de nombreux articles de ce dossier.

Le racisme chez les soignants étonne. Les professionnels du soin sont instinctivement perçus comme imprégnés de bienveillance hippocratique, animés d'une générosité également distribuée. C'est souvent le cas.

Mais il s'agit aussi, et pour les médecins peut-être surtout, de corporations proches du pouvoir, promptes à relayer les discours dominants et de ce fait particulièrement vulnérables aux préjugés. Elles intègrent les stéréotypes d'assignation dans la pratique clinique, ou en utilisant des catégories raciales dans des études scientifiques, quitte à y perdre en scientificité et en participant, par volonté ou par négligence, à redonner une légitimité scientifique aux concepts d'ethnie que la biologie autant que les sciences sociales avaient progressivement déconstruits.

L'antiracisme ancien était surtout le fait d'individualités libérales et humanistes issues de la petite bourgeoisie blanche et paternaliste.

Un nouvel antiracisme émerge aujourd'hui, issu des populations discriminées elles-mêmes, de minorités venant surtout des anciennes colonies. Il s'agit d'associations de personnes racisées qui, quittant la posture de victimes qu'on plaint ou qu'on assiste, décident de prendre en main leur destin. Il s'agit de structures par nature éphémères, transitoires, aux contours mal délimités. Mais elles ont le mérite d'imposer aux autorités (médicales en l'occurrence) une introspection sans culpabilisation, l'ouverture au transculturalisme, une formulation nouvelle des objectifs pédagogiques. Ce processus, venu du bas, est parallèle à celui des organisations d'usagers, de malades.

Ce futur se retrouvera aussi dans ce dossier.

Georges Bauherz