

Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”
sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

(2016)

“Racisme et santé.”

Collection “Anthropologie médicale”

LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES

CHICOUTIMI, QUÉBEC

<http://classiques.uqac.ca/>



<http://classiques.uqac.ca/>

Les Classiques des sciences sociales est une bibliothèque numérique en libre accès, fondée au Cégep de Chicoutimi en 1993 et développée en partenariat avec l'Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC) depuis 2000.

UQAC

<http://bibliotheque.uqac.ca/>

En 2018, Les Classiques des sciences sociales fêteront leur 25^e anniversaire de fondation. Une belle initiative citoyenne.

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs.
C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur associé, Université du Québec à Chicoutimi
Courriel: classiques.sc.soc@gmail.com
Site web pédagogique : <http://jmt-sociologue.uqac.ca/>
à partir du texte de :

Estelle Carde

“Racisme et santé.”

Un article publié dans la revue *Droits et libertés*, vol. 35, no 2,
automne 2016, pp. 22-23. Dossier intitulé : “Racisme.” Ligne des droits
et libertés.

L’auteure nous a accordé, le 19 février 2020, l’autorisation de diffuser en libre
accès à tous cet article dans Les Classiques des sciences sociales.



Courriel : Estelle Carde : estelle.carde@umontreal.ca

Police de caractères utilisés :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008
pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5” x 11”.

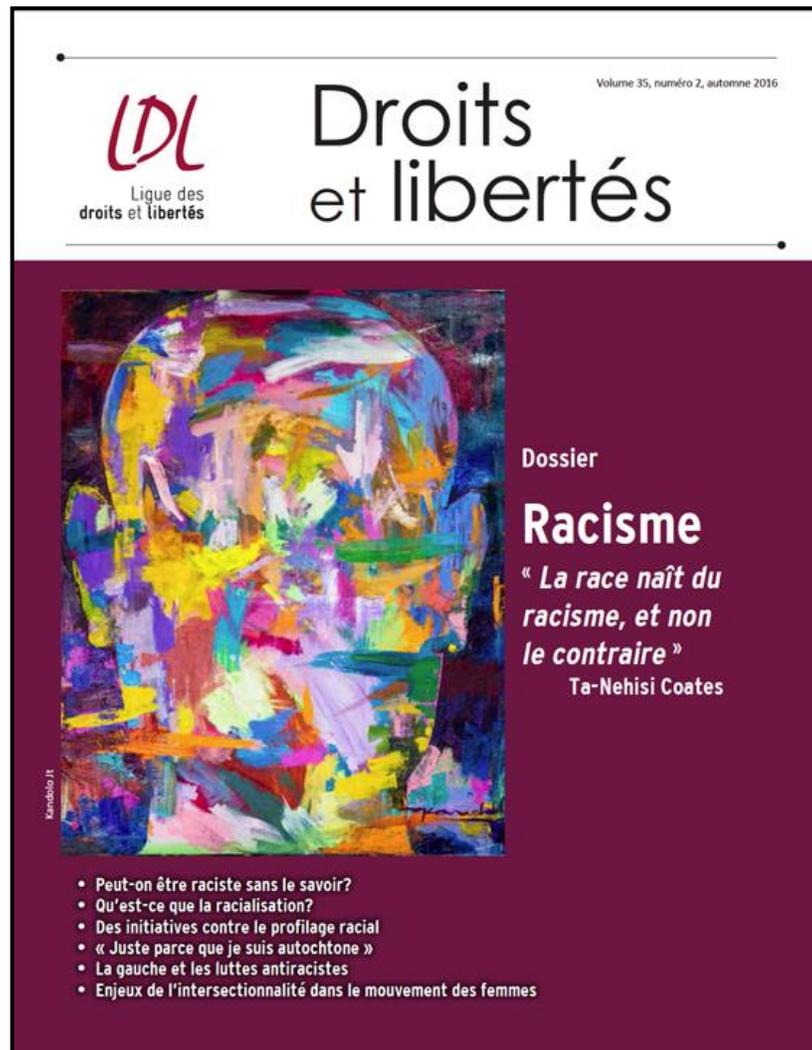
Édition numérique réalisée le 28 décembre 2020 à Chicoutimi, Québec.



Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”
sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

“Racisme et santé.”



Un article publié dans la revue *Droits et libertés*, vol. 35, no 2, automne 2016, pp. 22-23. Dossier intitulé : “Racisme.” Ligue des droits et libertés.

Note pour la version numérique : La numérotation entre crochets [] correspond à la pagination, en début de page, de l'édition d'origine numérisée. JMT.

Par exemple, [1] correspond au début de la page 1 de l'édition papier numérisée.

[22]

Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”
sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

“Racisme et santé.”

Un article publié dans la revue *Droits et libertés*, vol. 35, no 2, automne 2016, pp. 22-23. Dossier intitulé : “Racisme.” Ligue des droits et libertés.

Brian Sinclair, 45 ans, est décédé d'une infection vésicale à l'urgence du *Health Sciences Centre* de Winnipeg en 2008. Son décès a été constaté dans la salle d'attente, 34 heures après qu'il y soit arrivé et alors qu'il n'avait été vu par aucun membre du personnel soignant, malgré ses vomissements et les appels à l'aide des autres personnes qui attendaient comme lui. Lors de l'enquête qui a suivi le drame, le personnel a déclaré avoir supposé que Monsieur Sinclair était ivre ou itinérant, ce qu'il n'était pas. En revanche, il était autochtone. Des stéréotypes racistes associés à son origine ont-ils contribué à son absence de soins ?

Si le décès de Brian Sinclair a défrayé la chronique, c'est parce qu'il a heurté un consensus social : le refus de soins serait un acte choquant, le corps souffrant bénéficierait d'une légitimité universelle qu'aucun préjugé - raciste ou autre - ne devrait bafouer.

Cependant, il ne faudrait pas que le refus de soins soit l'arbre qui cache la forêt : les voies que suit le racisme pour s'incorporer sont fort diverses, mais elles s'écrivent souvent discrètement, dans la banalité du quotidien.

Du racisme à la santé : des chemins multiples

L'accès aux soins peut faire l'objet de toutes sortes de discriminations racistes, moins visibles que le refus de soins mais potentiellement dangereuses : les soins, certes reçus, mais de moindre qualité, après un temps d'attente plus long, ou dans le cadre d'une interaction plus brève avec les soignant-e-s. Plus insidieux encore sont les stéréotypes qui ne sont pas ouvertement péjoratifs mais qui pourtant justifient des pratiques soignantes différentes et finalement défavorables. Ce sont, par exemple, les stéréotypes naturalistes, qui font de la couleur de peau l'indicateur d'une race, au sens génétique du terme. Cette prémisse ignore tant les apports de la génétique humaine (qui a largement démontré l'absence de races au sein de l'espèce humaine) que ceux des sciences sociales (qui reconnaissent l'existence de races, mais pour souligner leur construction sociale, c'est-à-dire qui ne veulent dire quelque chose que dans un contexte social donné ¹). Elle conduit pourtant, aux États-Unis, des épidémiologistes à tenter de mesurer le rôle de « gènes noirs » qui expliqueraient que les Noir-e-s souffrent plus que les personnes blanches de toute une série de problèmes de santé (de l'hypertension artérielle au petit poids à la naissance) et des compagnies pharmaceutiques à vendre des médicaments « adaptés à la race noire ». Cette prémisse, ainsi « validée » par ces recherches et ces médicaments, infiltre ensuite les représentations du personnel soignant qui risque, « sans penser à mal », de mettre les maladies des personnes noires sur le compte de leurs « spécificités génétiques » plutôt que de s'interroger sur les déterminants sociaux de ces maladies tels que de mauvaises conditions de vie et encore moins de les combattre.

Plus répandus encore, les stéréotypes culturalistes qui classent les patient-e-s dans des groupes ethniques, caractérisent chaque groupe par une culture qui lui serait propre et expliquent les comportements des personnes par la culture de leur groupe. Ces stéréotypes ont été battus en brèche par les anthropologues : les comportements sont influencés

¹ C'est en ce sens que j'utilise le terme « race », sans guillemets, dans la suite de cet article.

par bien autre chose que la culture (entité qui s'avère d'ailleurs insaisissable dès qu'on cherche à l'objectiver), notamment les contraintes économiques. Ils justifient pourtant, chez certains soignant-e-s, des pratiques supposément adaptées aux patient-e-s perçu-e-s comme des « Autres culturel-le-s ». Par exemple, le consentement éclairé est moins recherché et les alternatives thérapeutiques moins proposées auprès de patient-e-s dont la culture semble trop éloignée des standards de la médecine (« ces gens ne comprendraient pas/de toutes façons, ces personnes ont confiance dans la médecine/elles sont passives », etc.).

Mais la santé compte bien d'autres déterminants que les soins, et les discriminations racistes entravant l'accès à des ressources potentiellement protectrices pour la santé sont innombrables : dans l'accès à l'emploi (exposant à des conditions de travail plus dangereuses), à l'éducation (à plus de comportements à risque ²), au logement (à des logements plus petits, moins salubres), à la justice (aux dangers de la vie carcérale), etc.

Ces discriminations s'exercent aussi au niveau du quartier d'habitation. Ainsi, aux États-Unis, où la ségrégation résidentielle est volontiers raciale, on constate que les quartiers « noirs » concentrent souvent plus de désavantages liés à la pauvreté compte tenu du niveau de revenus de leurs habitants, comparativement aux quartiers « blancs » : ils sont situés à proximité de dépôts de déchets toxiques, exposés à des taux élevés de violence criminelle, mal desservis par l'offre de soins, leur habitat est moins rénové et les commerces vendant une alimentation saine sont plus rares.

[23]

Enfin, toutes ces discriminations affectent l'accès au premier des déterminants sociaux de la santé, à savoir les revenus : ces derniers sont diminués si l'emploi est moins rémunéré et s'il n'est pas associé à des prestations sociales, si une part plus élevée du budget mensuel est investie dans le loyer, si le diplôme est moins rentable sur le marché du travail, etc. Les proches voient eux aussi leurs revenus et donc leur santé affectés : comment, par exemple, assurer des revenus à sa famille

² Et ce d'autant qu'aux États-Unis en particulier, les campagnes publicitaires pour des produits néfastes pour la santé (tabac, alcool, aliments gras et sucrés) ciblent de façon prioritaire les minorités raciales.

quand on est incarcéré-e ? Les discriminations dans l'accès à toutes ces ressources enferment ainsi leurs victimes dans un cercle vicieux de précarité qui empoisonne leur santé et celle des leurs.

Quand des minorités raciales sont en mauvaise santé, c'est donc souvent en bonne partie parce qu'elles sont pauvres. Mais ce premier niveau d'analyse en appelle immédiatement un second : si ces minorités sont pauvres, c'est souvent parce qu'elles sont victimes de racisme. S'en tenir au premier niveau de l'analyse - ce qui n'est malheureusement pas si rare - revient ainsi à ignorer le rôle du racisme comme raison première de la mauvaise santé des minorités raciales.

Cela étant, les conditions de vie sont la partie immergée de l'iceberg des méfaits du racisme sur la santé : elles sont objectivables et leur mesure peut donner lieu à des comparaisons intergroupes. Le sont beaucoup moins les impacts psychologiques du racisme : si celui-ci fait mal, c'est aussi parce qu'il expose les individus à du stress, tant chronique (lié au sentiment d'appartenir à une communauté victime de racisme) qu'aigu (renouvelé à chaque perception d'une nouvelle discrimination raciste). Ce stress fait partie de la grande famille des stress dits « de position », que vivent tous ceux et celles qui se sentent en échec par rapport à leurs pairs, vulnérables face à des événements imprévisibles, non reconnus par leur entourage pour leurs qualités propres. Il fragilise l'organisme en suscitant, lors de chaque événement stressant, une réaction (sécrétion élevée de cortisol, hypertension artérielle, etc.) excessivement longue, dont la répétition finit par favoriser la survenue de maladies mentales mais aussi somatiques.

Ces deux grandes avenues que suit le racisme pour affecter la santé (l'accès aux ressources objectives et le vécu subjectif) ne sont pas exclusives et elles peuvent même se renforcer mutuellement. Par exemple, le ressenti d'une discrimination raciste dans l'accès aux soins peut décourager la victime de respecter les prescriptions médicales puis de rechercher d'autres soins.

Enfin, toutes ces manifestations du racisme sont prises dans l'écheveau des rapports sociaux inégalitaires qui traversent une société : des rapports raciaux, mais aussi de classe, de genre, etc. Ainsi, les individus ne sont pas juste des membres de telle ou telle minorité ou majorité raciale, ils sont aussi hommes ou femmes, riches ou pauvres, immigrants ou non, etc. Ces statuts composent ensemble une

combinaison, propre à chacun et chacune, au sein de laquelle l'interaction est étroite. On ne peut donc pas déduire mécaniquement du statut racial de quelqu'un-e l'incidence du racisme sur sa santé : chacun de ces statuts l'y expose ou l'en protège, dépendamment des autres statuts en présence. Par exemple, un niveau élevé d'éducation peut, paradoxalement, s'avérer pénalisant pour une personne de minorité raciale. Imaginons en effet que cette personne soit en recherche d'emploi. Elle risque d'autant plus d'être discriminée qu'elle vise un poste prestigieux si le milieu de travail, racialement majoritaire, accepte mieux d'intégrer une personne racisée subordonnée qu'une personne racisée amenée à diriger. De plus, cette personne sera peut-être plus consciente de ces discriminations, et donc plus affectée psychologiquement, si elle connaît bien ses droits et la loi et si elle peut précisément analyser sa situation.

Cette perspective des rapports sociaux inégalitaires, dite intersectionnelle, nous rappelle ainsi que le racisme suit des logiques universelles (de xénophobie, culturalisme, etc.) mais que ses manifestations sont toujours singulières, façonnées par un contexte dont la complexité ne peut se réduire à une simple addition de variables.

Où en est-on, au Canada ?

Les catégories « autochtone » et « minorité visible » du recensement permettent de repérer les groupes particulièrement à risque de discriminations racistes. Or, si les données sur la santé des Autochtones sont relativement présentes dans la littérature de santé publique, montrant leur désavantage flagrant par rapport au reste de la population, celles sur la santé des minorités visibles³ le sont beaucoup moins. Et leurs rares occurrences ne sont guère informatives car, bien souvent, elles ne distinguent pas les personnes immigrantes des personnes non immigrantes (soit 30% de ces minorités). L'immigration constitue en effet un déterminant important de la santé : ce sont souvent des personnes en bonne santé qui émigrent (effet de sélection à l'immigration) mais leur santé est ensuite affectée par, notamment, les difficultés linguistiques, la non reconnaissance des diplômes, la souffrance psychique liée l'exil. La comparaison « toutes choses étant égales par ailleurs » de la santé des minorités visibles à la santé du reste de la population ne devrait donc inclure que des personnes non immigrantes.

³ Dont la part, au sein de la population vivant au Canada, est passée de 2% en 1970 à 20% aujourd'hui.