



De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe

From Origin to Health: When Ethnicity and Race Cross the Social Class

Del origen a la salud, cuando lo étnico y la raza cruzan la clase

Estelle Carde



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/remi/5611>

DOI : 10.4000/remi.5611

ISSN : 1777-5418

Éditeur

Université de Poitiers

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2011

Pagination : 31-55

ISBN : 979-10-90426-02-3

ISSN : 0765-0752

Référence électronique

Estelle Carde, « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 27 - n°3 | 2011, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 14 avril 2022. URL : <http://journals.openedition.org/remi/5611> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/remi.5611>

De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe

.....

Estelle CARDE¹

Pourquoi certaines maladies génétiques sont-elles particulièrement fréquentes dans des populations géographiquement circonscrites ? Des pratiques culturelles peuvent-elles constituer des comportements à risque pour la santé des populations qui les ont adoptées ? Quelle pertinence accorder à la grille de lecture à trois volets (pathologies d'importation/d'acquisition/d'adaptation) à l'aune de laquelle a été analysée la santé des migrants pendant plusieurs décennies ? Le racisme et les discriminations à raison de l'origine sont-ils susceptibles d'affecter la santé de leurs victimes ?

Si ces questions sont traitées par des chercheurs issus de disciplines différentes, telles que la génétique, l'anthropologie, la médecine ou la sociologie, elles se rejoignent en ce qu'elles interrogent toutes le rôle de « l'origine » comme déterminant de la santé. Mais elles divergent par leurs définitions de l'origine et plus exactement par les dimensions de l'origine qu'elles identifient comme étant susceptibles de jouer un rôle significatif pour la santé : caractères génétiques transmis par l'hérédité, pratiques culturelles acquises par la socialisation, parcours de vie migratoire, ou encore altérité perçue. Cet article porte sur cette interrogation – quel est le rôle de l'origine sur la santé – et plus précisément sur sa formulation : de quelle origine parle-t-on quand on souhaite étudier son rôle sur la santé ?

Pour dérouler cette réflexion, notre fil directeur sera les catégories que les chercheurs construisent afin d'identifier ce qui, dans l'origine, leur paraît significatif pour la santé. Nous traiterons ainsi, successivement, de deux approches distinctes. La première, mise en œuvre par la recherche française en santé publique, consiste à identifier l'origine par des catégories de nationalité et de pays de naissance, tandis que la seconde, menée aux États-Unis et en Grande-Bretagne, mobilise des catégories ethniques et raciales.

C'est selon un angle particulier que nous discuterons des intérêts et des impasses de ces deux approches et de leur éventuelle complémentarité : celui des inégalités sociales

¹ Sociologue et médecin de santé publique, Professeure adjointe à l'Université de Montréal, département de sociologie, Chercheure au CREMIS (Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté) ; estelle.carde.jmance@ssss.gouv.qc.ca

de santé. Nous nous demanderons dans quelle mesure ces deux façons de catégoriser l'origine peuvent identifier le rôle de celle-ci sur la santé, et plus précisément sur les inégalités sociales de santé. Nous entendons par inégalités sociales de santé des écarts de santé entre groupes sociaux situés le long d'une hiérarchie sociale. Il s'agira donc d'examiner les différentes catégories de recherche à l'aune de leur capacité à saisir l'origine comme un statut social hiérarchisé, susceptible de se traduire dans des écarts sociaux de santé.

Enfin, dès lors que le regard se porte sur les inégalités de santé selon l'origine, il doit embrasser l'ensemble des rapports sociaux inégalitaires qui, simultanément et de façon mutuellement dépendante, contribuent à la production de ces inégalités. Parmi les statuts sociaux qui fondent ces rapports, la dimension socio-économique retiendra toute notre attention en raison des liens étroits qu'elle tisse avec l'origine pour déterminer des inégalités sociales de santé. Nous dresserons donc un bilan critique des différentes catégories de recherche construites en France, en Grande-Bretagne et aux États-Unis, à l'aune de leur capacité à éclairer les liens qu'entretiennent origine et statut socio-économique, dans leur détermination d'inégalités sociales de santé.

L'ORIGINE, CATÉGORIE « OBJECTIVE »

La recherche française et les inégalités sociales de santé selon l'origine

L'origine est rarement envisagée par la recherche française, qu'elle porte sur l'accès à l'emploi, le logement ou encore la santé. Soucieux d'assurer « l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion »², le législateur qualifie en effet de « sensibles » les données relatives à l'origine des individus. L'origine est particulièrement peu explorée par la recherche en santé, car les risques de stigmatisation que l'identification de leur origine ferait courir aux groupes repérés comme étant en situation défavorable apparaissent plus aigus dans ce domaine que dans d'autres, par l'association entre immigration et péril sanitaire (Fassin, 1999a : 49-57). Ainsi les inégalités sociales de santé sont-elles étudiées au regard du statut socio-économique plutôt que de l'origine.

Quand celle-ci est cependant recueillie, la statistique française l'identifie par la nationalité et, depuis les années 1990, le pays de naissance. Les inégalités selon l'origine objectivée opposent donc la santé des étrangers à celle des Français, et celle des immigrés à celle des non immigrés – un immigré étant défini par l'INSEE comme une personne née étrangère à l'étranger et qui vit en France, qu'elle ait ou non acquis la nationalité française. Sont par conséquent laissées de côté les dimensions subjectives de l'origine, que nous qualifierons dans cet article d'ethniques et de raciales. Nous discuterons dans cette première partie de l'article, successivement, des pistes explicatives ouvertes par la recherche française quand elle identifie l'origine par la nationalité et le pays de naissance, puis de celles qui lui sont fermées du fait qu'elle ne prend pas en compte ses dimensions ethniques et raciales.

² Article 1er de la Constitution de 1958.

Avant cependant de s'engager dans les interprétations des inégalités de santé ventilées selon la nationalité et le pays de naissance, mentionnons trois des écueils auxquels se heurtent ces études. Le premier est la difficulté à accéder aux étrangers en situation irrégulière sur le territoire français. L'exclusion de ces étrangers dans les populations étudiées est regrettable, en termes non pas quantitatifs (même si l'on ne peut qu'estimer leur nombre, on peut supposer qu'ils ne représentent qu'une petite partie de tous les étrangers présents sur le territoire), mais qualitatifs, car leur état de santé est possiblement fortement dégradé par les conditions de vie associées au séjour irrégulier (cf. ci-dessous). Le deuxième tient dans la rareté du recueil de l'ancienneté de la résidence en France, alors que l'impact sur la santé d'un antécédent d'immigration est susceptible d'évoluer avec son ancienneté³. Enfin le caractère segmentaire des études (qui traitent souvent de populations originaires d'une zone géographique particulière et/ou de pathologies précises) rend délicate la compilation de leurs résultats (Chaouchi *et al.*, 2006). Ces remarques étant faites, voyons les interprétations données, dans la littérature de santé publique française, des écarts de santé constatés entre étrangers et Français, ou entre immigrés et non immigrés, ou encore entre ressortissants de divers pays ou régions d'origine.

Le statut socio-économique

On a signalé précédemment que la recherche française privilégie, pour l'étude des inégalités sociales de santé, le prisme du statut socio-économique. Par suite, quand il s'avère que la santé des étrangers est moins bonne que celle des Français (ou celle des immigrés que celle des non immigrés), ces écarts sont mis sur le compte de la surexposition des premiers à des facteurs socio-économiques à risque pour la santé, tels que le chômage, la pauvreté, ou encore la faible qualification.

La dégradation de l'état de santé serait ainsi la conséquence des conditions de vie (telles que des logements insalubres et exigus et des postes de travail dangereux) et d'accès aux soins (en freinant par exemple l'adhésion à une couverture maladie complémentaire quand elle est payante et/ou liée au contrat de travail) associés à ces facteurs socio-économiques. Cette association n'est en rien spécifique aux étrangers et aux immigrés, et elle a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses études qui ne recueillent pas l'origine des individus. Ce qui caractérise en revanche les étrangers et les immigrés est leur surexposition à ces facteurs. Celle-ci peut être expliquée par des raisons historiques et structurelles. Difficultés à faire reconnaître les diplômes acquis au pays d'origine, emplois dans des secteurs industriels déclinants, emplois légalement fermés aux étrangers extracommunautaires, envoi d'une partie des revenus au pays d'origine, absence de droit au travail et à la plupart des prestations sociales pour les sans-papiers et les demandeurs d'asile se conjuguent en effet pour concentrer les étrangers et les immigrés dans les couches socio-économiques les plus défavorisées de la population⁴.

3 Bollini *et al.* (1995 : 819-828) évoquent l'« exhausting migrant effect », à savoir la dégradation de l'état de santé de l'immigré à mesure que se prolonge son séjour dans le pays d'accueil, en raison de ses difficiles conditions de vie (accidents de travail, maladies professionnelles, handicaps, etc.).

4 Par exemple, les immigrés sont principalement ouvriers ou employés et sont deux fois plus souvent au chômage que les non-immigrés. Parmi les trente/soixante-quatre ans, ils sont trois fois plus nombreux à ne posséder aucun diplôme (source : INSEE, 2008).

Au total, les indicateurs de santé des étrangers et des immigrés reflèteraient donc, avant tout, leurs positions socio-économiques. Cette explication est « universaliste » en ce qu'elle occulte le rôle propre de l'origine pour fonder les inégalités liées à l'origine dans le cadre générique des inégalités socio-économiques. Elle est cependant partiellement mise en cause par certaines études.

L'origine étrangère

L'ajustement sur les facteurs socio-économiques ne fait en effet pas toujours disparaître les écarts de santé observés entre Français et étrangers ou entre immigrés et non immigrés. Par exemple, l'état de santé perçu reste moins bon chez les immigrés après un tel ajustement (Jusot *et al.*, 2008). L'origine ne peut alors pas être considérée comme un simple marqueur du statut socio-économique, elle joue un rôle sur la santé indépendamment du statut socio-économique. Mais ce rôle apparaît, selon les études, tantôt protecteur, tantôt un risque pour la santé des étrangers.

Quand l'ajustement sur les conditions socio-économiques révèle un effet protecteur de l'origine étrangère pour la santé, différentes hypothèses sont évoquées, telles que la sélection à l'émigration des individus en bonne santé (les individus qui émigrent sont en meilleure santé que leur population d'origine considérée dans son ensemble) et le retour au pays d'origine des individus en moins bonne santé ou plus âgés (Khlat *et al.*, 2003 : 1115-1118).

D'autres études révèlent à l'inverse une association de l'origine étrangère à un état de santé pire que celui auquel on s'attendrait eu égard à une situation défavorisée sur le plan socio-économique. Par exemple, les immigrés étrangers ont une moins bonne opinion de leur état de santé que les Français nés en France et les immigrés naturalisés et cet écart diminue, mais persiste après ajustement sur les variables socio-économiques (Insee, 2005 ; Dourgnon *et al.*, 2008). Cette moins bonne santé s'expliquerait par la situation spécifique de l'exilé, notamment la souffrance psychologique associée au déracinement et à l'isolement social, et les difficultés d'accès aux soins liées à la méconnaissance de la langue française et du fonctionnement du système socio-sanitaire.

En outre, la santé de certaines populations immigrées apparaît particulièrement à risque. C'est le cas tout d'abord des migrants âgés, dont le mauvais état de santé traduit la pénibilité de leurs conditions de travail passées (Attias-Donfut *et al.*, 2005 : 89-129), et qui pour beaucoup vivent isolés, dans des foyers de travailleurs inadaptés au grand âge. Ensuite, le durcissement des politiques de fermeture des frontières se traduit par une difficulté toujours accrue au renouvellement des titres de séjour et donc une augmentation du nombre d'étrangers en situation irrégulière. Chez ces derniers, pauvreté et stress liés à l'insécurité du statut se conjuguent à la restriction de leurs droits à une couverture maladie pour favoriser le développement de pathologies parfois très évoluées, car non soignées (Carde, 2009 : 144-156). Enfin, les circonstances de l'immigration peuvent elles-mêmes constituer des facteurs de risque pour certaines pathologies, comme le stress post-traumatique chez les demandeurs d'asile (Comede, 2006).

Mais les explications strictement universalistes ne sont pas mises en cause uniquement par la persistance, après l'ajustement sur les facteurs socio-économiques, d'écart de santé entre étrangers et Français ou immigrés et non immigrés. Elles le sont aussi par le constat d'un rôle propre de chaque origine étrangère considérée.

La singularité de chaque origine

Le rôle de l'origine étrangère, autonome du socio-économique, peut se révéler différent selon la zone géographique d'origine. Par exemple, après ajustement sur leur situation socio-économique, les immigrés d'Europe du Nord déclarent un mauvais état de santé moins souvent que les Français nés en France, alors que les immigrés d'Europe du Sud et du Maghreb en déclarent un plus souvent (Dourgnon *et al.*, 2008). Des explications non plus relatives à l'origine étrangère ou immigrée « en général », mais à des origines particulières sont alors recherchées. Elles se réfèrent au contexte infectieux du pays d'origine – pour expliquer notamment des prévalences élevées de certaines maladies infectieuses et parasitaires (Grivois *et al.*, 2004 : 2305-2311) –, à des données économiques, culturelles ou encore génétiques.

Une étude révèle ainsi que la situation socio-économique et sanitaire du pays de naissance peut avoir un effet à long terme sur la santé perçue des immigrés (Dourgnon *et al.*, 2008).

Des facteurs culturels peuvent aussi être invoqués pour expliquer l'état de santé tantôt meilleur, tantôt moins bon, de certains immigrés après ajustement sur les variables socio-économiques. Par exemple, Huraux-Rendu *et al.* (1984 : 3231-3239) s'interrogent sur la responsabilité de la « composante culturelle » propre à chaque origine dans les taux de prématurité qui restent supérieurs chez les enfants de femmes étrangères de certaines origines après cet ajustement. Et à l'opposé, des facteurs culturels sont étudiés afin d'expliquer le paradoxe des immigrés en meilleur état de santé que ne le « voudrait » leur statut socio-économique. C'est le cas par exemple des habitudes alimentaires (« méditerranéennes ») des Maghrébins immigrés en France (Darmon *et al.*, 2001 : 163-172).

Enfin, le rôle de facteurs génétiques est étudié. Ces études sont fondées sur l'hypothèse d'une prévalence différente, chez des populations originaires de diverses régions géographiques, de certains gènes prédisposant à des maladies. Ces différences de prévalence résultent de sélections et de mutations génétiques dans les populations du pays d'origine. Les études réalisées auprès d'immigrés provenant de ces populations peuvent alors donner des pistes pour déterminer la part respective des facteurs de risque environnementaux physiques, des modes de vie et de la susceptibilité génétique, dans l'étiologie de certaines maladies telles que des cancers (Khlat, 1992 : 933-958)⁵.

5 Soit un cancer dont la prévalence dépend des actions combinées d'une susceptibilité génétique, d'un environnement physique et du mode de vie. Elle est mesurée chez des immigrés et comparée, de façon répétée dans le temps, à celle d'une part dans leur population d'origine (même susceptibilité génétique) et d'autre part dans la population autochtone du pays d'accueil (même environnement physique), en considérant que le mode de vie des immigrés (régimes alimentaires, alcool, tabac, fécondité) ne change pas instantanément (à l'opposé de l'environnement physique) au moment de l'immigration, mais converge à terme vers celui du pays d'accueil.

Les explications pointant la singularité de chaque origine doivent cependant veiller à ne pas surestimer le rôle de quelques variables culturelles ou biologiques censément spécifiques, en occultant les facteurs socio-économiques. À l'universalisme « par excès » s'opposent ainsi le culturalisme et le naturalisme (Fassin, 2001 : 181-208), dont on peut donner pour exemple une interprétation qui a pu être faite du saturnisme. La surreprésentation des enfants africains parmi les victimes d'intoxication par le plomb a, pendant les années 1980, fait l'objet d'interprétations culturelles, au détriment des interprétations socio-économiques. L'insalubrité de l'habitat (toxique pour tout enfant, quelle que soit sa « culture »), plus que les habitudes culturelles incriminées (alimentaires et de maternage entre autres), était pourtant en cause (Naudé, 2000 : 13-22). Un autre exemple est celui des interprétations différentialistes attribuant aux étrangers d'origine africaine des pratiques culturelles les exposant au virus du sida. Couplées à une absence de statistiques précises de l'origine, elles ont, pendant les vingt premières années de l'épidémie, occulté les facteurs socio-économiques responsables de la prévalence élevée chez ces étrangers et de leur retard aux soins (Fassin, 1999b : 5-36).

Les pistes ouvertes par les catégories « objectives » de l'origine révèlent ainsi l'association entre l'origine étrangère et des facteurs, pour certains universels (socio-économiques), et pour d'autres spécifiques, qu'ils soient le lot de tout immigré ou étranger (exil des immigrés, droits différentiels des étrangers) ou propres à certains d'entre eux (biologiques et culturels). Elles soulignent ce faisant l'importance d'explorer ensemble ces différents facteurs, sans surestimer l'importance de certains d'entre eux au détriment des autres.

En réduisant l'origine à ses dimensions objectives (nationalité et pays de naissance), la recherche française se prive cependant de l'exploration d'une autre dimension de l'origine, que l'on qualifiera ici d'ethnique et de raciale, pour désigner la façon dont les individus sont catégorisés et assignés à une origine, selon des critères signifiants dans une société donnée, à une époque donnée. Voyons donc maintenant les pistes explicatives des inégalités sociales de santé selon l'origine que pourrait ouvrir la recherche si elle identifiait l'origine ethnique et raciale, en commençant par rappeler brièvement les enjeux que soulève la mobilisation de cette origine par la recherche française.

L'ETHNIQUE ET LE RACIAL

Des discriminations ethniques et raciales

Depuis la fin des années 1990 a émergé dans le débat public français une nouvelle question sociale, celle des discriminations à raison de l'origine (Fassin, 2002 : 403-423), c'est-à-dire de traitements différentiels, défavorables et illégitimes (Lochak, 1987 : 778-790), fondés sur l'origine. Cette émergence a révélé l'insuffisance de la définition de l'origine par les seules catégories de la nationalité et du pays de naissance. Les discriminations ne concernent en effet pas de la même façon toutes les populations immigrées et/ou étrangères ; en outre, des populations françaises et nées en France en sont également victimes. C'est qu'en effet les discriminations ne sont pas uniquement fondées sur l'origine

étrangère objectivement définie par la nationalité et le lieu de naissance, comme c'est par exemple le cas dans le traitement de dossiers administratifs, lors de l'accès à des droits sociaux. Sont aussi opérées de nombreuses autres discriminations dont le critère est, plutôt que l'origine étrangère « objective », l'origine étrangère « perçue ».

Cette perception d'une origine étrangère a cours dans le cadre de relations sociales et non lors de l'examen d'un dossier administratif. Elle est étayée par la reconnaissance d'attributs (faciès, couleur de peau, patronyme, accent, religion, etc.), dits ethniques et raciaux, indépendamment de la nationalité ou du pays de naissance⁶. Ces attributs sont socialement situés, c'est-à-dire qu'ils sont signifiants dans une société et une époque données⁷. Ils sont sélectionnés, parmi une infinité d'autres possibles, par des majoritaires, pour catégoriser des minoritaires⁸, dans le cadre de rapports de pouvoir (Guillaumin, 2002). Les identités ethniques et raciales ne qualifient donc pas nécessairement des individus qui auraient en commun un pays de naissance ou une nationalité, ni même des caractéristiques culturelles, biologiques ou socio-économiques ; elles rassemblent des individus, qui ont pour « plus petit dénominateur commun » une « expérience sociale partagée » (Ndiaye, 2008), considérés par les majoritaires comme membres de telle ou telle catégorie ethnique ou raciale.

En se fondant exclusivement sur les critères objectifs de l'origine étrangère, la statistique française ne peut donc pas identifier les inégalités fondées sur cette perception sociale de l'altérité, ni par conséquent explorer les processus discriminatoires dont elles résultent. Faudrait-il alors introduire l'ethnique et le racial dans les enquêtes ? Les « réticences républicaines » à nommer et compter les origines se cristallisant précisément sur ces variables, l'opportunité d'en faire des catégories statistiques nourrit de vifs débats depuis les années 1990, situés d'ailleurs généralement dans d'autres domaines que celui de la santé. Si certains regrettent que leur absence interdise toute objectivation des discriminations fondées sur elles, d'autres s'opposent à cette introduction, en estimant que leur usage aggraverait la stigmatisation des appartenances minoritaires ainsi désignées et des discriminations dont elles font l'objet. Malgré la pression de l'Union européenne, ces statistiques ne figurent donc pas dans les recueils de routine des fichiers administratifs et restent exceptionnelles dans les enquêtes.

6 Nous ne distinguons pas ici les identités ethniques des raciales. Cette distinction fait en effet débat parmi les sociologues qui travaillent sur ces questions. Cf. par exemple, Lorcerie (2010) pour une présentation de différentes positions. En outre, ainsi que nous le verrons en seconde partie de cet article, la recherche en santé publique qui mobilise ces catégories les distingue rarement. Par exemple, aux États-Unis, la santé des Hispaniques (catégorie dite ethnique) peut être comparée à celle des Noirs (catégorie dite raciale) sans que ne soit relevée la distinction du type de catégorie.

7 Par exemple, non seulement la couleur de peau est qualifiée de « noire », à partir de degrés mélaniques différents selon les sociétés, mais en outre la classification de « Noir » peut requérir l'évaluation d'autres critères, tels que l'ascendance en Afrique du Sud ou la richesse économique au Brésil.

8 La désignation n'est certes pas unilatérale, les minoritaires intériorisant, revendiquant ou rejetant les appartenances qui leur sont attribuées.

L'enjeu des catégories ethniques et raciales dans le champ de la santé

Les discriminations, quel que soit le domaine dans lequel elles sont opérées (soins, logement, éducation, emploi, progression dans la carrière professionnelle, justice, etc.), sont toutes susceptibles d'affecter la santé des discriminés, par le biais de la précarité économique, des activités professionnelles physiquement pénibles et exposées aux accidents, des logements insalubres, des soins inappropriés, etc. Ainsi, pour reprendre l'exemple du saturnisme, c'est aussi parce qu'ils sont victimes de discriminations dans leur accès au logement que les étrangers africains habitent plus souvent des logements insalubres, où leurs enfants sont exposés au saturnisme infantile (Naudé, 2000 : 13-22). Les identités ethniques et raciales, en tant que critères à raison desquels sont opérées des discriminations susceptibles d'altérer la santé, constituent alors des déterminants de santé. Et ces disparités de santé observées entre différentes populations ethniques et raciales sont à inclure dans le cadre plus large des inégalités sociales de santé. Celles-ci sont en effet des disparités de santé constatées entre des groupes hiérarchisés selon un ordre social (Aïach *et al.*, 2004). Or les identités ethniques et raciales sont bien des statuts sociaux attribués dans le cadre de rapports de pouvoir et qui positionnent chaque individu selon une hiérarchie sociale. Comment dès lors les catégoriser pour étudier l'impact des discriminations ethniques et raciales sur la santé ?

Pour répondre à cette question, prenons comme type de description une enquête qui révèle que la mortalité maternelle est deux fois supérieure chez les femmes étrangères que chez les Françaises, dans des proportions variables selon l'origine étrangère, avec un risque maximum chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (risque multiplié par cinq et demi) (Deneux-Tharoux *et al.*, 2009 : 77-80). Est, de plus, mise en évidence une association entre surmortalité et délivrance de soins non optimaux⁹. Les auteurs de l'étude proposent, comme explication à la surmortalité des femmes d'Afrique subsaharienne, le caractère récent de leur immigration, responsable d'une moindre connaissance du système de soins et de difficultés de communication supérieures avec le personnel de santé.

« Imaginons » ce qu'aurait permis d'interroger l'usage de catégories ethniques et raciales associé à celui de la nationalité (critère qui était choisi dans cette enquête pour identifier l'origine). On aurait pu comparer la mortalité des femmes « noires » à celle des femmes « blanches », parmi l'ensemble des femmes françaises ; une mortalité significativement plus élevée chez les premières aurait traduit l'effet de facteurs défavorables pour la santé et associés à l'appartenance à la catégorie « noire ». Il aurait également été intéressant de comparer la mortalité des femmes françaises à celles des femmes d'Afrique subsaharienne, parmi l'ensemble des femmes « noires » ; une mortalité inférieure chez les premières aurait traduit un effet protecteur de la nationalité française, au sein de la catégorie « noire ». Finalement, on aurait pu mesurer les parts respectives de l'appartenance ethnique ou raciale et de la nationalité, dans la détermination des écarts de mortalité.

⁹ Parmi les femmes décédées, 78 % des femmes étrangères ont reçu des soins non optimaux, contre 57 % des Françaises (selon le jugement du Comité national d'experts sur la mort maternelle). Si l'on distingue les femmes selon leur région d'origine, l'écart ne reste significatif que pour les femmes d'Afrique subsaharienne (vingt et une femmes sur vingt-deux, contre 120 sur 212 chez les Françaises).

En d'autres termes, on aurait distingué, au sein de ce que l'on range sous l'appellation globalisante de « risque lié à l'origine », ce qui relève de l'origine étrangère objective (méconnaissance par les femmes du système de soins et leurs difficultés de communication avec le personnel, en raison de leur arrivée récente en France) de ce qui relève de l'origine socialement perçue (surmortalité en rapport avec des discriminations ethniques et raciales).

La construction des catégories ethniques et raciales

Cet exemple soulève cependant immédiatement une réserve majeure, relative à la difficulté d'identifier les attributs ethniques et raciaux permettant de construire les catégories statistiques à même de mettre au jour ces inégalités de mortalité. Cette difficulté tient en grande partie au caractère socialement situé de ces critères. Dans le champ de la santé, celui-ci complique les comparaisons spatiales ou temporelles¹⁰, même s'il reste toujours possible de comparer non pas des indicateurs de santé, mais des niveaux d'inégalités (entre minorités et majorité, quelles qu'elles soient). Surtout, il requiert de l'épidémiologiste une connaissance préalable des faits sociaux susceptibles d'influer sur les faits de santé étudiés, afin qu'il ajuste son regard sur des populations d'étude « socialement fonctionnelles » (Goldberg, 1982 : 55-111), c'est-à-dire dont les indicateurs de santé traduiront le processus étudié¹¹. Il ne s'agit en effet pas de qualifier des individus une fois pour toutes, mais de les qualifier selon l'objectif de l'étude. Par exemple, définir les populations d'étude par leur couleur de peau sera pertinent pour étudier les conséquences sanitaires de discriminations raciales, tandis que les définir par leurs aires culturelles d'origine peut être mieux indiqué pour l'étude des conséquences sanitaires de leurs habitudes alimentaires.

En l'absence de variables ethniques et raciales dans la statistique française, des « bricolages » ont pu être opérés dans d'autres domaines que la santé, avec des *proxies* (indicateurs de substitution) tels que les noms ou les prénoms. Ces bricolages, outre qu'ils n'approchent qu'approximativement les identités ethniques et raciales, requièrent eux aussi une compréhension préalable des processus à l'œuvre. Il est également possible, comme dans le cas de l'enquête « Trajectoires et origines (TeO), enquête sur la diversité des populations en France » (Ined-Insee), de distinguer, parmi les personnes françaises et nées en France, celles qui sont plus à risque de discriminations ethniques et raciales, comme les enfants d'immigrés (dont l'un ou les deux parents sont immigrés) et les personnes nées dans les départements d'outre-mer.

10 Il est ainsi délicat de répondre aux demandes de l'Union européenne de conduire des comparaisons de santé entre les États membres. Cette difficulté est notamment perceptible dans le cas des cohortes suivies dans différents pays de l'Union, lorsque la grille de recueil comporte une catégorie « race ».

11 Ce « transit par une analyse sociologique » n'est d'ailleurs pas spécifique à l'étude de l'origine, il est nécessaire à tout questionnement épidémiologique relatif à la détermination sociale de la santé (Goldberg, 1982 : 55-111) et vient rejoindre « la démarche intégratrice » de l'anthropologie médicale, qui s'attache, de son côté, à replacer les faits biologiques dans le courant des faits sociaux, réinsérant « une partie des sciences humaines dans le fil de l'explication médicale » (Benoist, 1981 : 5-15).

L'ORIGINE, CATÉGORIE ETHNIQUE OU RACIALE

Après avoir « imaginé » l'usage qui pourrait être fait de catégories statistiques ethniques et raciales, examinons maintenant celui qu'en rapporte la littérature de santé publique issue des États-Unis et de Grande-Bretagne. Dans ces deux pays, les identités ethniques et raciales, officiellement reconnues comme des instances intermédiaires entre l'État et l'individu, sont définies par des critères objectifs (nationalité, lieu de naissance et celui des parents, langue parlée ou maternelle, religion) et/ou la perception sociale d'une origine (Simon, 1997 : 11-44). Les populations ethniques et raciales y sont dénombrées au cours d'enquêtes, lors des recensements de population et de façon plus ou moins routinière par les administrations. Cette statistique ethnique et raciale publique est beaucoup plus ancienne aux États-Unis (présente dès le premier recensement, en 1790) qu'en Grande-Bretagne (introduite uniquement à partir des années 1990). Elle y sert cependant aujourd'hui les mêmes objectifs, à savoir la mise en évidence des discriminations subies par les minorités ainsi définies et le suivi des politiques destinées à les contrer.

Intéressons-nous dans un premier temps aux écueils, tant méthodologiques qu'analytiques, auxquels se heurte la recherche épidémiologique sur les inégalités en santé selon l'origine ethnique et raciale. Dans un second temps, nous envisagerons ses éclairages concernant l'articulation de l'origine ethnique et raciale au statut socio-économique pour contribuer à la détermination de la santé.

Une construction problématique

L'un des arguments majeurs des détracteurs français des catégories ethniques et raciales est la difficulté à cerner une identification aussi mouvante. Cette difficulté n'épargne pas les décomptes réalisés dans les pays où ils sont pourtant réalisés de façon routinière. Aux États-Unis, la catégorisation ethnique et raciale a été modifiée au fil des recensements au gré de l'évolution des représentations socioculturelles en la matière, mais aussi sous l'impulsion des diverses communautés qui militent pour que leur soient reconnus une identité propre puis des droits spécifiques.

Ces débats se prolongent en santé publique. On s'interroge sur les catégories pertinentes dans ce champ : faut-il y reprendre celles du recensement ou en inventer d'autres (cf. par exemple Payne *et al.*, 2007 : S100-104, à propos des essais cliniques) ? La première option est généralement choisie, mais elle expose les enquêtes de santé aux multiples débats qui accompagnent l'élaboration des catégories du recensement.

Est ainsi soulignée la difficulté à ce que tous (enquêtés et enquêteurs) interprètent de la même façon les classements ethniques et raciaux qui leur sont proposés. Cette difficulté se pose notamment quand il faut rendre compte de la multiplicité des ascendances par un nombre forcément limité de catégories ou de combinaisons de catégories. Combien d'ancêtres d'Afrique ou d'Asie faut-il par exemple pour se dire Afro-Américain ou Asiatique-Américain ? Elle se pose aussi concernant l'identification subjective, elle aussi susceptible de varier, pour un même individu, selon qu'il se classe lui-même ou qu'il est classé par l'enquêteur. Par exemple, ceux que les rédacteurs des catégories du recensement

américain désignent comme des Hispaniques semblent avoir des difficultés à s'identifier comme tels (Ward, 2003 : 120-125) et ils ne sont pas non plus reconnus comme tels par les soignants censés les classer lors du recueil de routine dans les hôpitaux (Hasnain-Wynia *et al.*, 2006 : 1501-1518). Rappelons que ce qui importe dans le processus discriminatoire est l'identité socialement perçue (la façon dont est perçu un individu) et non celle qu'il s'attribue : faut-il alors privilégier l'hétéro-classification ? Certains auteurs préconisent au contraire de proposer aux patients de s'identifier avec leurs propres mots plutôt qu'en fonction de la classification du recensement, afin d'améliorer la précision et l'exactitude des données recueillies (Baker *et al.*, 2006 : 532-537). Enfin, des auteurs observent que les patients se méfient de l'utilisation qui sera faite des données recueillies (Baker *et al.*, 2007 : 1034-1042).

Malgré ces critiques, de nombreux auteurs regrettent que ces catégories, pourtant déjà très présentes en épidémiologie¹² et dans les établissements de soins¹³, ne soient pas recueillies de façon plus systématique encore, dans les fichiers administratifs et dans les enquêtes en santé publique, afin que les données soient cohérentes et exhaustives au sein du système de santé américain ou britannique (Moy *et al.*, 2005 : 19-16 ; Aspinall, 2007 : 176-180).

Les pièges de l'exploitation

Même si certains regrettent qu'il soit insuffisamment répandu, ce recueil produit déjà une masse considérable d'informations, surtout aux États-Unis, étant donné son ancienneté. Des disparités de santé entre Noirs et Indiens d'une part et Blancs d'autre part y sont objectivées depuis le milieu du XIXe siècle (Krieger, 2003 : 194-199) et ces constats ont été répétés depuis en gagnant en précision. On sait par exemple que l'espérance de vie d'un enfant noir naissant aux États-Unis en 2004 est inférieure de près de cinq ans à celle d'un blanc (CDC, 2006 : 193).

Pendant, l'exploitation des données ainsi recueillies suscite de vifs débats parmi les épidémiologistes. La multiplicité des variables (socio-économiques, culturelles, biologiques, démographiques, etc.) associées aux variables ethniques et raciales est au cœur de certains de ces débats. D'une part, elle met en cause la fiabilité des comparaisons inter-ethniques et inter-raciales. Comment par exemple comparer, entre des patients issus de cultures différentes, des taux de maladies psychiatriques (quand les méthodes de diagnostics psychiatriques ne sont validées qu'auprès des patients de culture occidentale), ou des taux de bien-être ou de douleur auto-déclarés (quand des études démontrent qu'à état de santé « objectivement évalué » équivalent, les Asiatiques se déclarent plus souvent en bonne santé que les Blancs) (Fu *et al.*, 2006 : 2439-2448) ? D'autre part, ces multiples variables (socio-économiques, culturelles, biologiques, etc.) associées aux variables ethniques et raciales contribuent à la détermination de la santé, mais elles ne caractérisent

12 Entre 1910 et 1990, 64 % des articles publiés dans la revue *American Journal of Epidemiology* mentionnent le terme « race » (Laveist, 1996 : 21-29).

13 Aux États-Unis, 78 % des hôpitaux recueillent systématiquement l'origine ethnique et raciale de leurs patients (Hasnain-Wynia *et al.*, 2004). En Grande-Bretagne, les hôpitaux publics la recueillent depuis 1995 (Lassalle, 1997).

pas uniformément tous les membres d'un même groupe ethnique ou racial (Kaufman *et al.*, 2001 : 291-298). Par exemple, le groupe des « Asiatiques » à Londres rassemble une population très hétérogène d'un point de vue culturel et socio-économique : ce sont, entre autres, à la fois des Bangladeshi, en général pauvres, fumeurs et carnivores et des Sikhs du Punjab, plutôt riches, non fumeurs et végétariens. Cette hétérogénéité se traduit dans les écarts de santé observés chez ces différentes populations asiatiques, d'où l'importance de considérer les indicateurs sanitaires propres à chacun de ces sous-groupes au lieu de s'en tenir à ceux de l'ensemble des Asiatiques (Nazroo, 1998 : 710-730). On retrouve ici un point évoqué ci-dessus, à savoir la nécessité de choisir les critères définissant les populations d'étude au regard des objectifs de l'étude en question, afin d'avoir des populations « socialement fonctionnelles ».

Enfin, on retrouve la complexité de l'équation, précédemment posée, pour faire la part de trois types de facteurs : le facteur socio-économique, l'origine objectivement étrangère et l'origine ethnique et raciale.

D'une part, le pays de naissance n'est pas recueilli dans les recensements¹⁴ et rarement dans les enquêtes en épidémiologie (Lauderdale *et al.*, 2006 : 914-920). On ne peut donc guère faire la part des facteurs liés à l'identité ethnique ou raciale de ceux liés à l'origine immigrée, point aveugle que l'on a noté en France, même si c'était pour des raisons inverses (recueil de la nationalité et du pays de naissance, mais pas de l'origine ethnique et raciale). Ainsi aux États-Unis, la race et l'ethnie sont notées sur les certificats de décès depuis 1961, mais pas le lieu de naissance, empêchant de distinguer la population immigrée de la population non immigrée et de comprendre l'impact propre de l'immigration sur les taux de mortalité observés chez les minorités ethniques et raciales (Kliewer, 1992 : 141-165).

D'autre part, les données socio-économiques sont rarement recueillies dans les enquêtes menées aux États-Unis (David *et al.*, 2007 : 13-19). Celles-ci sont alors confrontées à deux écueils : sous-estimer le rôle des données socio-économiques, ou faire des identités ethniques et raciales des marqueurs du statut socio-économique (en considérant, abusivement, que tous les individus issus des minorités sont en situation socio-économique défavorable) (Davey-Smith, 2000 : 1694-1698).

On retrouve finalement deux des « nœuds » des débats français sur la question des statistiques ethniques et raciales : les risques de réification sur le mode culturaliste ou naturaliste de ces identités d'une part, la complexité de leur analyse conjointe à celle du statut socio-économique d'autre part. Envisageons-les l'un après l'autre.

Les dérives essentialisantes des catégorisations ethniques et raciales « de routine »

Par « essentialisation », on désigne ici la réduction des origines ethniques et raciales à quelques caractéristiques culturelles et biologiques, occultant ainsi le fait

¹⁴ Il ne l'est plus aux États-Unis depuis 1970 et ne l'a été qu'une fois en Grande-Bretagne, en 1971 (Simon, 2008 : 131-146).

qu'elles sont des catégories socialement construites, au nom desquelles des individus sont discriminés (Nazroo, 1998 : 710-730).

Une telle réduction est dénoncée notamment par Donovan (1984 : 663-670), à propos de la prévalence élevée du rachitisme constaté chez les Indiens (d'Inde) vivant en Grande-Bretagne. Cette prévalence est selon cet auteur abusivement mise sur le compte de caractéristiques culturelles et biologiques censément propres aux Indiens. Le mode de vie de ces derniers serait présenté comme pathogène les incitant à se rapprocher de celui de la population majoritaire. Ils seraient encouragés à modifier leur régime alimentaire, carencé en vitamine D, pour se rapprocher du britannique, bien que celui-ci soit moins sain par ailleurs. Leur « culture musulmane » serait accusée d'enfermer les femmes à la maison et de les contraindre à porter des vêtements très couvrants, d'où un défaut de synthèse de la vitamine D par défaut d'ensoleillement ; pourtant, seules les femmes musulmanes pauvres sont atteintes de rachitisme, car celui-ci est d'abord déterminé par les conditions d'habitat (en ville) et de travail. Des interprétations naturalistes seraient également énoncées, attribuant le risque de rachitisme à la peau foncée des Indiens, alors que les Africains souffrent relativement peu du rachitisme, malgré leur peau plus foncée.

La littérature anglo-saxonne fait état de nombreuses études fondées sur l'hypothèse selon laquelle des facteurs biologiques, héréditaires, expliqueraient les écarts de santé observés entre différents groupes raciaux. Ainsi par exemple, Muntaner *et al.* (2001 : 531-536) remarquent avec un soupçon d'ironie que, si considérer que les minorités ethniques et raciales sont héréditairement susceptibles d'avoir une hypertension artérielle ou un petit poids de naissance semble plus « acceptable », il s'agit finalement du même raisonnement par déterminisme biologique que celui qui consiste à leur attribuer de faibles performances cognitives (thèse de l'ouvrage controversé *The Bell Curve* de Herrnstein *et al.*, 1994¹⁵).

Rappelons que ce raisonnement par déterminisme biologique présuppose que les quelques critères à partir desquels sont constitués les groupes raciaux (comme la couleur de peau) seraient indicateurs de risques particuliers de développer toute une série de phénomènes morbides (petit poids de naissance, hypertension artérielle, etc.). Cette racialisation de la santé n'est guère nouvelle en médecine, et l'on se souvient qu'elle a pu contribuer à légitimer des ordres raciaux inégalitaires, en plaçant les races selon un continuum hiérarchique qui faisait coïncider statut social et constitution naturelle, les groupes socialement dominés étant considérés comme naturellement inférieurs¹⁶ (Bhopal, 1998 : 1970-1973). C'est sur la génétique que prétend aujourd'hui se fonder ce raisonnement : chaque race présenterait un patrimoine génétique plus ou moins susceptible de développer certaines maladies.

15 Selon les auteurs de cet ouvrage, l'intelligence est transmise par voie héréditaire et dans des proportions variables selon les races (supérieures chez les Blancs que chez les Noirs) et elle détermine la position sociale, d'où la plus grande fréquence de la pauvreté, de l'échec scolaire, du chômage, etc. chez les Noirs que chez les Blancs aux États-Unis.

16 Par exemple la drapetomania est une entité nosologique élaborée par la médecine coloniale et décrite comme un désir « irrationnel » des esclaves noirs d'échapper à leurs maîtres.

Or ce raisonnement, fondé sur un déterminisme génético-racial est mis en cause par la génétique elle-même. Citons trois des arguments le contredisant. Tout d'abord, la génétique récusé la notion de race. L'identification et la comparaison des patrimoines génétiques des individus, au cours de la seconde moitié du XXe siècle, ont permis de disqualifier les classements du XIXe siècle, basés sur les seuls caractères phénotypiques : les populations dites raciales au regard de critères phénotypiques s'avèrent hétérogènes du point de vue de leur patrimoine génétique, alors qu'elles se distinguent très peu les unes des autres. L'essentiel de la variation génétique humaine se trouve à l'intérieur des populations qualifiées de « races » plutôt qu'entre elles, les distributions des différents gènes ne correspondant pas aux différentes populations qualifiées de « races »¹⁷. La génétique explique certes comment des populations longtemps isolées les unes des autres se caractérisent par des prévalences différentes de certains gènes (via des phénomènes de sélection, mutation, etc.), mais ces spécificités ne concernent qu'une infime partie du génome des membres de ces populations.

Ensuite, la multiplicité des ascendances des individus vide rapidement de son sens la notion de « population d'origine » (Bamshad *et al.*, 2007 : 613-618), rendant d'autant plus incertaine l'association entre une race et une population d'origine. Rappelons en effet que la race est une construction sociale, élaborée à partir moins de l'ascendance objective que de la composante de cette ascendance qui fait sens socialement (comme par exemple lorsqu'un seul ancêtre noir suffit pour qu'un individu soit classé comme Noir, selon la règle de « la goutte de couleur ») et plus largement de la perception de quelques indices phénotypiques socialement discriminants. La fiabilité de la race comme indicateur de l'ascendance géographique est donc fort modeste.

Enfin, l'identification d'un gène dans l'ADN d'un individu ne donne aucune certitude sur son expression puisque celle-ci est le plus souvent étroitement dépendante de celle d'autres gènes et de l'influence de facteurs environnementaux (Whitfield *et al.*, 2005 : 104-114). On ne peut donc pas, excepté pour quelques maladies génétiques bien identifiées, repérer de relation de cause à effet directe entre un gène et une pathologie aux étiologies multiples comme l'hypertension artérielle ou la prématurité.

Les chercheurs ayant recours à la notion de race génétique pour expliquer les inégalités raciales de santé fondent ainsi leur raisonnement sur une triple inexactitude : ils présentent la race comme un *proxy* (substitut) de la population d'origine, ils considèrent que cette population d'origine est une population génétiquement homogène (Cooper *et al.*, 2003 : 1166-1170), et enfin ils pensent pouvoir expliquer entièrement le développement de toutes sortes de maladies complexes par la seule présence de certains gènes. Pour illustrer l'impasse de ce raisonnement, on peut prendre l'exemple de la drépanocytose, maladie génétique présentée volontiers comme une « maladie des Noirs ».

Contrairement à la très grande majorité des maladies, la présence d'un gène (en situation d'homozygotie) est systématiquement associée au développement de la maladie. Est donc évité l'écueil sus-cité à propos des maladies complexes, qui consiste à surestimer

¹⁷ Muntaner et al. (2001 : 531-536) en donnent pour exemple la fréquence du groupe sanguin B, qui augmente de l'Ouest vers l'Est de l'Europe et de l'Asie alors que la mélanine épidermique diminue de l'Équateur vers le Nord.

la relation de causalité entre un gène et une maladie. Par ailleurs, ce gène est particulièrement fréquent chez certaines populations géographiquement circonscrites. Il a en effet été sélectionné chez les populations longtemps exposées au paludisme parce que le portage hétérozygote protège de cette parasitose (sans non plus affecter l'individu puisque l'expression de la maladie drépanocytaire requiert le portage homozygote). Certaines régions impaludées étant situées en Afrique subsaharienne, les individus d'ascendance africaine ont aujourd'hui une probabilité particulièrement élevée d'être porteurs (Bowman *et al.*, 1990). Contrairement à la grande majorité des maladies, l'association entre une origine géographique (Afrique subsaharienne) et un risque de maladie (la drépanocytose) est donc ici avérée, même si elle n'est pas exclusive (car la sélection du gène s'est également produite dans d'autres régions impaludées).

Or malgré ces deux particularités notables, la drépanocytose n'est pas le candidat idéal pour la théorie du déterminisme génético-racial. L'association entre la catégorie raciale « noire » et le risque de portage du gène doit en effet rester prudente en raison de la multiplicité possible des ascendances géographiques des Noirs vivant aux États-Unis, surtout chez ceux d'entre eux dont les ancêtres ont quitté l'Afrique depuis des générations. Ainsi, la race a une valeur prédictive réelle, mais limitée, pour la probabilité de développer la drépanocytose. Or cette valeur est bien plus limitée encore pour toute une série de maladies complexes, pour lesquelles n'ont pas été identifiés de gènes responsables et encore moins les raisons pour lesquelles ces gènes auraient été sélectionnés dans les populations où ces pathologies s'avèrent plus répandues. C'est notamment le cas pour l'hypertension artérielle ou le diabète, plus fréquents chez les Noirs que chez les Blancs : on imagine mal comment les Noirs pourraient concentrer autant de mutations génétiques délétères pour expliquer cet excès de risque (David *et al.*, 2007 : 13-19).

Des épidémiologistes nord-américains s'efforcent pourtant de découvrir des gènes qui prédisposeraient à ces maladies et seraient plus fréquents chez les Noirs. Par exemple, les écarts interraciaux dans les poids de naissance suscitent maints commentaires. Certains auteurs suspectent l'existence d'un gène codant le PPN et qui serait inégalement réparti selon les races (Palomar *et al.*, 2007 : 152). D'autres rétorquent qu'une telle hypothèse génétique, au-delà de l'invalidation sus-dite de son fondement théorique, ne résiste pas à l'épreuve des faits : d'une part les nouveaux-nés de mères africaines immigrées aux États-Unis sont aussi lourds que ceux des Blancs (invalidant l'hypothèse d'un « gène noir » du PPN) et d'autre part ces enfants, devenus adultes, donneront naissance à des enfants avec des PPN aussi fréquents que chez les enfants noirs de grand-mères non immigrées (or une évolution génétique ne se réalise pas sur une génération, mais sur des centaines) (David *et al.*, 2007 : 13-19). De toute évidence, les facteurs prédisposant aux PPN que les Noirs partagent tous, du seul fait de leur couleur de peau, qu'ils soient primo-migrants ou que leurs ancêtres vivent aux États-Unis depuis plusieurs générations, résident moins dans leur patrimoine génétique que dans leurs conditions de vie. On sait en effet le fort impact de ces dernières sur le risque de PPN, et comment elles sont elles-mêmes étroitement façonnées par les discriminations raciales. Si donc les écarts interraciaux dans les PPN subsistent malgré l'appariement sur les facteurs de risque classiques, c'est que l'identification de ces derniers est incomplète, puisqu'elle ne parvient pas à saisir les conditions de vie qui sont véritablement en cause ; on reviendra sur ce point un peu plus loin.

Mais le raisonnement par déterminisme génético-racial, en dépit de ses impasses théoriques et de son démenti par les faits, est prégnant chez divers acteurs du champ de la santé, au-delà des seuls épidémiologistes. C'est le cas par exemple des médecins, lorsque le fait de considérer que chaque groupe racial est plus ou moins prédisposé à développer certaines maladies conduit à enfermer les patients racialisés au sein de schémas nosologiques spécifiques et mutuellement exclusifs. Poursuivant l'exemple de la drépanocytose, Tashiro (2005 : 208-210) rapporte le cas d'un enfant chez lequel les médecins ont tardé à poser ce diagnostic, en dépit de tous les signes cliniques évocateurs, simplement parce qu'il était blanc.

Le présupposé de l'association entre gènes et races est également présent en pharmacogénomique. Celle-ci consiste à élaborer des médicaments adaptés à chaque individu en fonction de son patrimoine génétique propre, au nom du principe selon lequel le génotype influence la réponse de chaque organisme aux médicaments pris. Mais cibler des populations raciales et non pas des individus constitue un biais de départ qui se traduit, en bout de chaîne¹⁸ par la conception de médicaments censés être plus efficaces chez certaines races que chez d'autres. Ces dernières années, ont été commercialisés aux États-Unis le Travatan, pour le traitement du glaucome chez les Noirs, puis le BiDil, pour l'insuffisance cardiaque chez les Noirs également, avec pour conséquence de conforter, auprès de la population générale et des médecins, les préjugés essentialisants sus-dits (Lee *et al.*, 2001 : 33-75).

Ce raisonnement justifie en outre des politiques de ciblage de certaines populations dites raciales pour le dépistage de gènes responsables de maladies (la Tay-Sachs et le cancer du sein chez les Juifs ashkénazes par exemple). On le retrouve enfin dans l'offre de services de start-up américaines qui proposent de décrypter le génome de leurs clients (à partir de quelques gouttes de leur salive) afin de dépister leurs prédispositions à certaines maladies, mais aussi de révéler leur « ascendance » et leur origine « ethnique ».

Appréhender la race comme une catégorie strictement sociale

Ce raisonnement par déterminisme génético-racial soulève de vives oppositions dans la littérature de santé publique anglo-saxonne. Ainsi, pour prendre sans ambiguïté leurs distances avec cette démarche naturalisante qui substantialise la race et insister sur le caractère strictement sociologique des catégories raciales, certains auteurs préfèrent employer, plutôt que le terme de « race », des expressions évoquant la désignation sociale dont la race est le produit : « groupes racialisés » (Lee *et al.*, 2001 : 33-75), « groupes sociaux racialement classifiés » (RCSG en anglais) (Fernander, 2007 : 58-64). Diverses institutions aux États-Unis¹⁹ ont également souligné ce point, tel l'Institut National de Santé (NIH) qui précisait en 2002 que « les catégories de cette classification sont des constructions socio-politiques et ne devraient pas être interprétées comme anthropologiques en nature » (NIH, 2002 : 7). L'Institut demande en effet, depuis 1993, que les popu-

18 Et sous l'influence cruciale d'intérêts privés (économiques : brevets) et publics (politiques : affichage de la volonté d'œuvrer pour la santé des minorités) (Kahn, 2005 : 105-130).

19 Citons également l'Association Américaine d'Anthropologie (en 1998) ou l'Académie Américaine de Pédiatrie (en 2000).

lations des essais cliniques qu'il finance soient représentatives des populations ethniques et raciales comptabilisées par le recensement national. Mais cette exigence qui avait pour objectif de faciliter la comparaison des résultats des différents essais a contribué à faire de ces catégories administratives des catégories scientifiques « systématiques », les comparaisons entre groupes ainsi définis étant réalisées sans que ne soit plus interrogée leur pertinence au regard des problématiques traitées par chaque essai clinique, conduisant l'Institut à apporter la précision sus-citée (Ward, 2003 : 120-125).

Envisageons successivement deux types de travaux des auteurs mobilisant des catégories ethniques et raciales, mais opposés au raisonnement par déterminisme génético-racial. Les premiers tentent d'objectiver les conséquences sur la santé des discriminations ethniques et raciales. Les seconds portent sur les liens entre identités ethniques et raciales et statut socio-économique dans la détermination de la santé.

Impact sanitaire des discriminations ethniques et raciales

Certains auteurs s'intéressent, depuis le début des années 1990, à l'impact qu'ont sur la santé les discriminations ethniques et raciales. Cet impact peut être lu à trois niveaux. Le premier est relationnel. Le stress chronique provoqué par le sentiment d'appartenir à une communauté victime de pratiques racistes et le stress aigu que déclenche chaque discrimination raciale directement perçue par un individu ont tous deux un impact sur la santé (Bhui *et al.*, 2005 : 496-501 ; Chakraborty *et al.*, 2002 : 475-477 ; Gee *et al.*, 2007 : 1-8 ; Krieger, 1999 : 295-352 ; Taylor *et al.*, 2007 : 46-54). En outre, lorsque ces discriminations se produisent pendant l'accès aux soins, le ressenti d'une telle discrimination peut décourager la victime à respecter les prescriptions médicales puis à rechercher ultérieurement à accéder aux soins, ce qui aggrave encore sa santé (Blanchard *et al.*, 2004 : 721).

Un second niveau est la différence de qualité ou de quantité du service rendu (rappelons que c'est cette différence, si elle est illégitime, qui définit la discrimination). Quand ce service est un soin, on peut comparer, à indication médicale équivalente, et après ajustement sur les facteurs socio-économiques, les soins reçus par différents groupes ethniques et raciaux (Smedley *et al.*, 2003). On peut ensuite estimer l'impact qu'ont sur la santé les discriminations ainsi objectivées.

Enfin le troisième niveau est plus collectif. Ce sont par exemple les campagnes publicitaires pour des produits néfastes pour la santé (tabac, alcool, aliments gras et sucrés) qui ciblent de façon prioritaire les minorités ethniques et raciales. Surtout, la ségrégation résidentielle fait l'objet d'une grande attention de la part des chercheurs nord-américains. Les quartiers préférentiellement habités par les Noirs sont beaucoup plus dégradés que ceux à majorité blanche ; s'y accumulent des facteurs de risque pour la santé, tels que la proximité de dépôts de déchets toxiques, des taux de violence criminelle records, la rareté des commerces vendant une alimentation saine, l'absence de rénovation de l'habitat, ou encore la moindre offre de soins (Chakraborty *et al.*, 2007 : 1074-1079 ; Hart *et al.*, 1998 : 434-438 ; Norton *et al.*, 2007 : 1344-1350). Cette association entre santé et ségrégation résidentielle varie selon la pathologie considérée ; la ségrégation assurerait par exemple une relative protection contre les pathologies psychiatriques (Chakraborty *et al.*, 2002 : 475-477). Elle diffère également selon l'origine considérée ; les effets de la ségréga-

tion, délétères pour la santé et constatés chez les Noirs, peuvent être compensés chez les Hispaniques, pour un certain degré de ségrégation (la relation est en U), grâce à l'entraide communautaire, l'influence politique et la résistance aux attaques racistes (Davey Smith, 2000 : 1694-1698).

Croiser déterminants socio-économiques et ethniques et raciaux

Appréhender les identités ethniques et raciales comme des catégories strictement sociales conduit nécessairement à s'intéresser aux autres catégories sociales qui, toutes ensemble, constituent l'identité d'un individu. C'est en effet par le jeu d'interrelations entremêlées que ces divers statuts sociaux sont susceptibles de déterminer sa santé. Comme il est hors de question d'embrasser, ici, l'ensemble du champ couvert, contentons-nous d'envisager quelques résultats relatifs aux interrelations entre statut socio-économique et origine ethnique et raciale.

Les différents niveaux de lecture des discriminations ethniques et raciales (voir ci-dessus) peuvent être ré-examinés au prisme du statut socio-économique. L'interprétation que fait un individu des événements discriminatoires dont il est victime varie en effet selon ses caractéristiques socio-démographiques : l'impact sur la santé du ressenti des discriminations dépend donc de ces caractéristiques (Karlsen *et al.*, 2002 : 624-631). Par ailleurs, les quartiers préférentiellement habités par les Noirs concentrent parfois plus de désavantages liés à la pauvreté que ne le « voudrait » la position socio-économique de leurs habitants noirs, comparativement aux quartiers à majorité blanche (Alba *et al.*, 2008 : 141-151). Enfin, les discriminations ethniques et raciales, directes ou indirectes, opérées lors de l'accès à l'emploi (notamment lorsque la protection sociale est associée au contrat de travail), à l'éducation, au logement ou encore lors du traitement par l'institution judiciaire (comment par exemple assurer des revenus à sa famille quand on est incarcéré ?) se traduisent dans des inégalités socio-économiques. Or ces discriminations dans l'accès à toutes sortes de ressources agissent en système, résultant de l'intentionnalité des acteurs, mais aussi de l'enchaînement de processus sociaux qui traversent l'ensemble de la société et de ses institutions. Leurs victimes sont finalement enfermées dans un cercle vicieux de précarité qui aboutit à la production de disparités interraciales et interethniques de santé (Shavers *et al.*, 2006 : 386-396 ; Cooper, 1993 : 137-144).

Par ailleurs, l'analyse conjointe de l'origine ethnique et raciale et du statut socio-économique permet d'éclairer la notion de statut socio-économique, en interrogeant d'une part la pertinence des indicateurs socio-économiques et d'autre part le mode d'action des variables ainsi perçues.

Certains auteurs mettent en cause la pertinence des indicateurs socio-économiques classiquement utilisés pour caractériser les conditions de vie de tous, majorité comme minorités ethniques et raciales. Il est en effet observé, par exemple, qu'un même niveau d'éducation apporte moins de revenus, un statut moins élevé et protège moins du chômage un Noir qu'un Blanc aux États-Unis ; qu'en Grande-Bretagne, au sein d'une même classe sociale, les minorités ethniques occupent plus souvent des postes de travail pénible et un statut précaire et perçoivent des revenus inférieurs (Davey Smith, 2000 : 1694-1698). Il semble donc difficile de comparer la santé de différents groupes ethniques

et raciaux, après un ajustement sur les facteurs socio-économiques, censé en « contrôler » l'impact, et d'en déduire le rôle propre de l'origine²⁰ (Nazroo, 1998 : 710-730). La compréhension du rôle de l'origine en santé implique donc de revoir la façon de qualifier le statut socio-économique afin de saisir les conditions de vie concrètes des individus qui sont véritablement déterminantes pour leur santé.

Par ailleurs, les facteurs socio-économiques peuvent avoir un impact plus ou moins important sur la santé, selon l'origine (Farmer *et al.*, 2005 : 191-204). Certaines études suggèrent que le sens même de la relation associant variables socio-économiques et origine peut varier en fonction de l'origine. Par exemple, l'élévation du statut socio-économique s'accompagne d'une augmentation du risque de cancer du poumon pour les Hispaniques, mais d'une diminution de ce même risque pour les Blancs et les Noirs aux États-Unis. Ces associations sont propres à chaque indicateur de santé considéré. Ainsi, l'affirmation précédente reste exacte si elle est appliquée au cancer du sein chez les Hispaniques (la relation reste dans le même sens), mais pas chez les Blancs et les Noirs (il n'y a plus de relation) (Davey Smith, 2000 : 1694-1698).

CONCLUSION

L'usage des catégories ethniques et raciales par l'épidémiologie anglo-saxonne permet à celle-ci de développer des pistes encore peu avancées dans le champ de la recherche française sur la compréhension de l'impact de l'origine sur la santé. D'une part, lorsqu'elle évite de réifier ces catégories et les appréhende comme des constructions strictement sociologiques, elle peut faire la part, au sein de ce qui est en France globalement attribué à « l'origine », des facteurs de risques individuels (socio-économiques, culturels, biologiques) et d'un processus social, le racisme au sens large²¹ (inter-individuel et systémique). Ainsi par exemple, la couleur de peau constitue un indicateur de risque pour la santé qui empreinte les voies du biologique (plus de mélanomes malins chez les Blancs, de drépanocytose chez les Noirs), mais surtout du social (plus de discriminations dans l'accès aux ressources, qui constituent autant de facteurs de risque pour la santé, chez les Noirs). D'autre part, quand cette recherche parvient à analyser conjointement l'ethno-racial et le socio-économique, elle quantifie ce qui en France n'est accessible qu'à la recherche qualitative, à savoir leurs rôles respectifs, mais associés.

Elle démontre finalement comment c'est l'entremêlement de deux rapports sociaux de pouvoir, tous deux historiquement inscrits – raciste et socio-économique²² – qui, en contribuant à définir son identité, assignent à tout individu sa place dans la société,

20 La même remarque peut être faite à propos des comparaisons entre hommes et femmes : là aussi, l'ajustement sur les facteurs socio-économiques classiques peut être impossible, en raison de l'impact différencié de ces facteurs sur les conditions de vie réelles des individus en fonction de leur sexe.

21 C'est à dire entendu comme un rapport social au sein duquel les identités ethniques et raciales sont opératoires (les individus sont repérés comme porteurs de ces identités et traités comme tels), quelle que soit l'idéologie qui sous-tend ce rapport.

22 Les rapports de pouvoir intervenant dans le champ de la santé, comme dans tout autre champ du social, sont bien entendu en réalité beaucoup plus nombreux. Par exemple, il a pu être étudié l'interaction entre ces deux premiers rapports et un troisième, sexiste (Krieger *et al.*, 1993 82-122).

où lui sont réservés des traitements différentiels susceptibles, *in fine*, de déterminer sa santé.

Enfin, même s'ils divergent bien souvent sur les interprétations à donner aux inégalités constatées, nombreux sont les épidémiologistes anglo-saxons qui réclament un recueil plus systématique des identités ethniques et raciales de santé. Ils rappellent en effet que si les races sont des constructions sociales, le racisme a lui des conséquences bien réelles sur la santé des groupes racialisés et que l'abandon de ces catégories n'éliminerait pas le racisme. Par suite, seule l'objectivation des disparités raciales et ethniques de santé autorisera la compréhension toujours plus fine des processus en cause (par les enquêtes) et l'élaboration et le suivi de l'action publique destinée à les combattre (par la veille statistique) (Krieger, 2003 : 194-199 ; Williams, 1997 : 322-333). On retrouve là des arguments des partisans de l'introduction dans la statistique française des catégories ethniques et raciales, quand ils font valoir que celle-ci, outre son intérêt en termes de connaissance, servirait aussi à légitimer la mise en place de politiques destinées à combattre les inégalités ainsi objectivées (Simon, 2008 : 131-146).

Certains épidémiologistes anglo-saxons vont d'ailleurs plus loin, en soulignant que ces politiques sont des mesures de justice envers les minorités concernées, mais qu'elles bénéficient aussi, de fait, à la société tout entière. Les indicateurs de santé caractérisant chacune des couches d'une société sont en effet d'autant meilleurs que les inégalités de santé qui traversent cette société y sont moindres, que ces dernières soient d'ailleurs mesurées entre des groupes socio-économiques ou entre des groupes ethno-raciaux²³ (Cooper, 1993 : 137-144 ; David *et al.*, 2007 : 13-19). Les inégalités sociales de santé, qu'elles soient mesurées entre les groupes ethniques et raciaux que compte une société, ou entre ses groupes socio-économiques, sont ainsi les marqueurs d'un ordre social inégalitaire qui traverse cette société d'un bout à l'autre de sa hiérarchie, pour affecter le corps de chacun des individus qui la composent.

.....

Références bibliographiques

- AIACH Pierre et FASSIN Didier (2004) L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, *La Revue du Praticien*, 54 (20), pp. 2221-2227.
- ALBA Richard et DENTON Nancy (2008) Les données raciales et ethniques aux États-Unis : entre connaissance scientifique et politique des identités, *Revue française de sociologie*, 1 (49), pp. 141-151.
- ASPINALL Peter J. and JACOBSON Bobbie (2007) Why poor quality of ethnicity data should not preclude its use for identifying disparities in health and healthcare, *Quality and Safety in Health Care*, 16, pp. 176-180.
- ATTIAS-DONFUT Claudine et TESSIER Philippe (2005) Santé et vieillissement des immigrés : le soutien aux personnes âgées en Europe, *Retraite et société*, 46, pp. 89-129.

23 Par exemple, il a été démontré qu'une réduction des écarts de santé entre Noirs et Blancs, au sein d'une société, s'accompagne d'une amélioration des indicateurs de santé à la fois chez les Noirs et chez les Blancs, au sein de cette même société.

- BAKER David W., CAMERON Kenzie A., FEINGLASS Joseph, THOMPSON Jason A., GEORGAS Patricia, FOSTER Shawn, PIERCE Deborah and HASNAIN-WYNIA Romana (2006) A System for Rapidly and Accurately Collecting Patients' Race and Ethnicity, *American Journal of Public Health*, 96 (3), pp. 532-537.
- BAKER David W., HASNAIN-WYNIA Romana, KANDULA Namratha R., THOMPSON Jason A. and BROWN Richard E. (2007) Attitudes Toward Health Care Providers, Collecting Information About Patients' Race, Ethnicity, and Language, *Medical Care*, 45 (11), pp. 1034-1042.
- BAMSHAD Michael and GUTHERY Stephen L. (2007) Race, genetics and medicine: does the color of a leopard's spots matter?, *Current Opinion Pediatrics*, 19 (6), pp. 613-618.
- BENOIST Jean (1981) Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale, *Anthropologie et Sociétés*, 5 (2), pp. 5-15.
- BHOPAL Raj (1998) Spectre of racism in health and health care: lessons from history and the United States, *British Medical Journal*, 316, pp. 1970-1973.
- BHUI Kamaldeep, STANSFELD Stephen, McKENZIE Kwame, KARLSEN Saffron, NAZROO James and WEICH Scott (2005) Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom, *American Journal of Public Health*, 95 (3), pp. 496-501.
- BLANCHARD Janice and LURIE Nicole (2004) R-E-S-P-E-C-T: Patient Reports of Disrespect in the Health Care Setting and Its Impact on Care, *Journal of Family Practice* 53 (9), p. 721.
- BOLLINI Paola and SIEM Harald (1995) No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000, *Social Science and Medicine*, 41 (6), pp. 819-828.
- BOWMAN James E. and MURRAY Robert F. (1990) *Genetic variation and disorders in peoples of African origin*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- CARDE Estelle (2009) Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers : de l'Aide sociale aux politiques d'immigration, *Mouvements*, 59, pp. 144-156.
- CHAKRABORTY Apu and McKENZIE Kwame (2002) Does racial discrimination cause mental illness?, *British Journal of Psychiatry*, 180, pp. 475-477.
- CHAKRABORTY Jayajit and ZANDBERGEN, PAUL A. (2007) Children at risk: measuring racial/ethnic disparities in potential exposure to air pollution at school and home, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, pp. 1074-1079.
- CHAOUCHI Stéphanie, CASU Catherine, CAUSSIDIER Jacqueline et LEDESER Bernard (Dir.) (2006) *État de santé et accès aux soins des migrants en France. Analyse et synthèse bibliographique*, Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon, Montpellier, 82 p.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention)/National Center for Health Statistics (2006) *Health, United States, 2006*.
- COMEDE (2006) Violence et torture, survivants et soignants, dossier, *Maux d'exil*, 14, 8 p.
- COOPER Richard S. (1993) Health and the social status of blacks in the United States, *Annals of Epidemiology*, 3 (2), pp. 137-144.
- COOPER Richard S., KAUFMAN Jay S. and WARD Ryk (2003) Race and Genomics, *The New England journal of medicine*, 348 (12), pp. 1166-1170.
- DARMON Nicole and KHLAT Myriam (2001) An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices, *Public Health Nutrition*, 4 (2), pp. 163-172.
- DAVEY SMITH George (2000) Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States, *American Journal of Public Health*, 90, pp. 1694-1698.
- DAVID Richard and COLLINS James Jr. (2007) Disparities in Infant Mortality: What's Genetics Got to Do With It?, *American Journal of Public Health*, 97 (7), pp. 13-19.
- DENEUX-THARAUX Catherine, PHILIBERT Marianne et BOUVIER-COLLE Marie-Hélène (2009) Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 9, pp. 77-80.

- DONOVAN Jenny L. (1984) Ethnicity and health: a research review, *Social Science and Medicine*, 19 (7), pp. 663-670.
- DOURGNON Paul, JUSOT Florence, SERMET Catherine et SILVA Jérôme (2008) La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003, *Questions d'économie de la santé*, 133, 6 p.
- FASSIN Didier (2002) L'invention française de la discrimination, *Revue française de science politique*, 52 (4), pp. 403-423.
- FASSIN Didier (2001) Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun, in Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin Éd., *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, pp. 181-208.
- FASSIN Didier (1999a) Santé : des inégalités sociales sans droit de cité, *Mouvements*, 4, pp. 49-57.
- FASSIN Didier (1999b) L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida, *Sciences sociales et Santé*, 17 (4), pp. 5-36.
- FARMER Melissa M. and FERRARO Kenneth F. (2005) Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status?, *Social Science and Medicine*, 60 (1), pp. 191-204.
- FERNANDER Anita F. (2007) Racially classified social group tobacco-related health disparities: what is the role of genetics?, *Addiction*, 102 (2), pp. 58-64.
- FU Alex Z. and KATTAN Michael W. (2006) Racial and ethnic differences in preference-based health status measure, *Current Medical Research and Opinion*, 22 (12), pp. 2439-2448.
- GEE Gilbert C., SPENCER Michael S., CHEN Juan and TAKEUCHI David (2007) A Nationwide Study of Discrimination and Chronic Health Conditions Among Asian Americans, *American Journal of Public Health*, 97 (7), pp. 1-8.
- GOLDBERG Marcel (1982) Cet obscur objet de l'épidémiologie, *Sciences Sociales et Santé*, 1, pp. 55-111.
- GRIVOIS Jean-Philippe, HALLEY DESFONTAINES Virginie et CAUMES Éric (2004) Pathologie infectieuse chez les migrants, *La Revue du Praticien*, 54 (20), pp. 2305-2311.
- GUILLAUMIN Colette (2002) *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris, Gallimard (1^{ère} éd. : 1972).
- HASNAIN-WYNIA Romana, PIERCE Debra and PITTMAN Mary A. (2004) *Who, When, and How: The Current State of Race, Ethnicity, and Primary Language Data Collection in Hospitals*, The Commonwealth Fund, 34 p.
- INSEE (2005) *Les immigrés en France*, 162 p. (coll. Références).
- HART Kevin, KUNITZ Stephen, SELL Ralph R., MUKAMEL Dana B. (1998) Metropolitan Governance, Residential Segregation, and Mortality among African Americans, *American Journal of Public Health*, 88 (3), pp. 434-438.
- HASNAIN-WYNIA Romana and BAKER David W. (2006) Obtaining Data on Patient Race, Ethnicity, and Primary Language in Health Care Organizations: Current Challenges and Proposed Solutions, *Health Services Research*, 41 (4), pp. 1501-1518.
- HERRNSTEIN Richard J. and MURRAY Charles (1994) *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*, New-York, Free Press, 879 p.
- HURAUX-RENDU Christiane, ATTALI-MAROT Christine et BOURDILLON François (1984) La migration familiale : pathologie de la femme migrante et des nouveaux-nés, étude des facteurs de risque et recherche des mesures préventives, *La Revue du Praticien*, 34 (57), pp. 3231-3239.
- JUSOT Florence, SILVA Jérôme, DOURGNON Paul et SERMET Catherine (2008) *État de santé des populations immigrées en France*, Document de Travail n°14, IRDES, 20 p.
- KAHN Jonathan (2005) From disparity to difference: how race-specific medicine may undermine policies to address inequalities in health care, *Southern California Interdisciplinary Law Journal*, 15 (1), pp. 105-130.
- KARLSEN Saffron and NAZROO James Y. (2002) Relation between Racial Discrimination, Social Class, and Health among Ethnic Minority Groups, 92 (4), *American Journal of Public Health*, pp. 624-631.

- KAUFMAN Jay S. and COOPER Richard S. (2001) Considerations for use of racial/ethnic classification in etiologic research, *International Journal of Epidemiology*, 154 (4), pp. 291-298.
- KHLAT Myriam (1992) Application des méthodes de l'épidémiologie à l'analyse de la mortalité différentielle : l'exemple des migrants, *Population*, 4, pp. 933-958.
- KHLAT Myriam and DARMON Nicole (2003) Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe?, *International Journal of Epidemiology*, 32, pp. 1115-1118.
- KLIEWER Erich (1992) Epidemiology of diseases among migrants, *International Migration*, 30, pp. 141-165.
- KRIEGER Nancy (2003) Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective, *American Journal of Public Health*, 93 (2), pp. 194-199.
- KRIEGER Nancy (1999) Embodying Inequality: A Review of Concepts, Measures, and Methods for Studying Health Consequences of Discrimination, *International Journal of Health Services*, 29 (2), pp. 295-352.
- KRIEGER Nancy, ROWLEY Diane L., HERMAN Allen A., AVERY Billie and PHILLIPS Mona T. (1993) Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease and well-being, *American Journal of Preventive Medicine*, 9 (6), pp. 82-122.
- LASSALLE Didier (1997) *Les minorités ethniques en Grande-Bretagne ; aspects démographiques et sociologiques contemporains*, Paris, L'Harmattan, 402 p.
- LAUDERDALE Diane S., WEN Ming, JACOBS Elizabeth A. and KANDULA Namratha R. (2006) Immigrant Perceptions of Discrimination in Health Care: The California Health Interview Survey 2003, *Medical Care*, 44 (10), pp. 914-920.
- LAVEIST Thomas A. (1996) Why We Should Continue to Study Race... But Do a Better Job: An Essay on Race, Racism, and Health, *Ethnicity and disease*, 6 (1-2), pp. 21-29.
- LEE Sandra Soo-Jin, MOUNTAIN Joanna and KOENIG Barbara (2001) The Meanings of Race in the New Genomics: Implications for Health Disparities Research, *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics*, 1, pp. 33-75.
- LOCHAK Danièle (1987) Réflexions sur la notion de discrimination, *Droit Social*, 11, pp. 778-790.
- LORCERIE Françoise (2010) Action publique et discrimination ethnique : introduction, *Migrations-Société*, 22 (131), pp. 31-50.
- MOY Ernest, ARISPE Irma E., HOMES Julia S. and ANDREWS Roxane M. (2005) Preparing the national healthcare disparities report: gaps in data for assessing racial, ethnic, and socioeconomic disparities in health care, *Medical Care*, 43 (3), pp. 19-16.
- MUNTANER Carles, NIETO Javier F. and O'CAMPO Patricia (2001) The Bell Curve: On Race, Social Class, and Epidemiological Research, *American Journal of Epidemiology*, 114 (6), pp. 531-536.
- NDIAYE Pap (2008) *La condition noire. Essai sur une minorité française*, Calmann Lévy, Paris, 436 p.
- NAUDE Anne-Jeanne (2000) Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration, *Hommes et Migrations*, 1225, pp. 13-22.
- NAZROO James Y. (1998) Genetic, Cultural or Socio-economic Vulnerability? Explaining Ethnic Inequalities in Health, *Sociology of Health and Illness*, 20 (5), pp. 710-730.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (2002) *NIH guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research*.
- NORTON Jennifer M., WING Steve, LIPSCOMB Hester J., KAUFMAN Jay S., MARSHALL Stephen W. and CRAVEY Altha J. (2007) Race, wealth, and solid waste facilities in north Carolina, *Environmental Health Perspectives*, 115 (9), pp. 1344-1350.
- PALOMAR Lisanne, DEFRANCO Emily A., LEE Kirstin A., ALLSWORTH Jenifer E. and MUGLIA Louis J. (2007) Paternal race is a risk factor for preterm birth, *American journal of obstetrics and gynecology*, 197 (2), pp. 152e1-152e7.

- PAYNE Perry W. and ROYAL Charmaine (2007) The role of genetic and sociopolitical definitions of race in clinical trials, *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 15 (1), pp. 100-104.
- SHAVERS Vickie L. and SHAVERS Brenda S. (2006) Racism and health inequity among Americans, *Journal of the National Medical Association*, 98 (3), pp. 386-396.
- SIMON Patrick (2008) La mesure des discriminations ethniques et raciales : des comparaisons internationales, in Éric Fassin et Jean-Louis Halpéran Dir., *Discriminations : pratiques, savoirs, politiques*, Paris, La Documentation française, pp. 131-146.
- SIMON Patrick (1997) La statistique des origines. « Race » et ethnicité dans les recensements aux États-Unis, Canada et Grande-Bretagne, *Sociétés contemporaines*, 26, pp. 11-44.
- SMEDLEY Brian D., STITH Adrienne Y. and NELSON Alan R. (2003) *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*, Institute Of Medicine, Washington D.C., the National Academies' Press.
- TASHIRO Cathy J. (2005) The meaning of race in health care and research, part 1: the impact of history, *Pediatric Nursing*, 31 (3), pp. 208-210.
- TAYLOR Teletia R., WILLIAMS Carla D., MAKAMBI Kepher H., MOUTON Charles, HARRELL Jules P., COZIER Yvette, PALMER Julie R., ROSENBERG Lynn and ADAMS-CAMPBELL Lucile L. (2007) Racial Discrimination and Breast Cancer Incidence in US Black Women: The Black Women's Health Study, *American Journal of Epidemiology*, 166 (1), pp. 46-54.
- WARD Louise S. (2003) Race as a Variable in Cross-cultural Research, *Nursing Outlook*, 51 (3), pp. 120-125.
- WHITFIELD Keith E. and McCLEARN Gerald (2005) Genes, Environment, and Race: Quantitative Genetic Approaches, *American psychologist*, 60 (1), pp. 104-114.
- WILLIAMS David R. (1997) Race and health: Basic questions, emerging directions, *Annals of Epidemiology*, 7 (5), pp. 322-333.

De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe

Estelle Carde

Étudier le rôle de l'origine dans la détermination d'inégalités sociales de santé requiert de la catégoriser. Ces catégories, en France, sont celles de nationalité et de pays de naissance, donnant à comparer la santé des Français à celle des étrangers et celle des immigrés à celle des non immigrés. Les écarts ainsi objectivés sont interprétés en faisant la part des déterminants socio-économiques et des facteurs propres à l'origine étrangère. Mais cette catégorisation de l'origine laisse dans l'ombre le rôle, sur la santé, des dimensions ethniques et raciales de l'origine. La situation est bien différente aux États-Unis et en Grande-Bretagne, où la recherche mobilise des catégories ethniques et raciales. Lorsqu'elle parvient à éviter de réifier ces catégories dans des approches naturalisantes ou culturalisantes, elle ouvre des pistes de compréhension de l'intrication étroite des facteurs socio-économiques et ethno-raciaux dans la détermination de la santé. C'est finalement la transcription dans les corps de l'entremêlement de divers rapports sociaux inégalitaires qui est révélée.

From Origin to Health: When Ethnicity and Race Cross the Social Class

Estelle Carde

Studying the role of origin upon social inequalities in health requires to categorize it. These categories, in France, are nationality and birth country, leading to compare French health to foreigners', and immigrants' to non immigrants'. Identified gaps are interpreted by balancing socioeconomic factors and foreign origin linked factors. But this categorisation lets invisible the part upon the health played by ethnic and racial dimensions of origin. The situation differs in the United States and in Great Britain, where the research uses ethnic and racial categories. When it succeeds in avoiding reifying these categories in culturalist or naturalistic approaches, it opens leads to understand the close interweaving of socioeconomic and ethnoracial factors in the determination of health. It is finally the transcription into the bodies of the interweaving of diverse unequal social relations that is brought to light.

Del origen a la salud, cuando lo étnico y la raza cruzan la clase

Estelle Carde

El estudio del papel del origen en la determinación de las desigualdades sociales en términos de salud necesita categorizaciones del origen. Estas categorizaciones son, en francés, la nacionalidad y el país de nacimiento, para comparar la salud de los franceses a la de los extranjeros y la de los inmigrantes a la de los no inmigrantes. Las diferencias a las que concluyen son interpretadas teniendo en cuenta los determinantes socioeconómicos y los factores propios al origen. Sin embargo, la categorización del origen impide la comprensión del impacto sobre la salud propio a las dimensiones étnicas y raciales del origen. La situación es bastante diferente en los Estados Unidos y en Gran Bretaña, donde la investigación incluye categorías étnicas y raciales. Cuando las investigaciones logran evitar la cosificación de estas categorías dentro de enfoques naturalizantes o culturalizantes, se ofrecen pistas para la comprensión del estrecho intrincamiento de los factores socioeconómicos y etnoraciales con respecto a la determinación de la salud. Al final, lo que se evidencia es la transcripción a los cuerpos de una combinación de diversas relaciones sociales desiguales.