



HAL
open science

Discrimination ethnique et rapport au public : une comparaison interprofessionnelle

Marc Loriol, Valérie Boussard, Sandrine Caroly

► **To cite this version:**

Marc Loriol, Valérie Boussard, Sandrine Caroly. Discrimination ethnique et rapport au public : une comparaison interprofessionnelle. *Doing Social Problems: Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme und sozialer Kontrolle in institutionellen Kontexten*, 2010, pp.298-323. <halshs-00515968>

HAL Id: halshs-00515968

<https://shs.hal.science/halshs-00515968v1>

Submitted on 8 Sep 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Version française de : *Ethnische Diskriminierungen und die Öffentlichkeit : ein Vergleich zwischen KrankenpflegerInnen und PolizistInnen*, publié dans : Axel Groenemeyer, *Doing Social Problems: Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme und sozialer Kontrolle in institutionellen Kontexten*, VS Verlag, 2010, pp. 298-323.

«Discrimination ethnique et rapport au public : une comparaison interprofessionnelle

Par Marc Loriol, Valérie Boussard, Sandrine Caroly

Dans tous métiers en contact avec un public, l'usager est coproducteur du service (Strauss, 1992). Mais il est un coproducteur auquel les professionnels tentent d'imposer leur propre légitimité. Ils créent ainsi une distinction implicite en « bons » (ceux qui renforcent la vision professionnelle du métier, de la mission et du travail bien fait) et « mauvais » (ceux qui par leur prise de parole ou leur comportement gênent la mise en œuvre de l'idéal professionnel) usager. Comment cette distinction entre « bons » et « mauvais » usagers s'articule aux représentations des différentes catégorisations ethniques côtoyées ? Les catégorisations ethniques constituent une forme parmi d'autres de ce travail de catégorisation très présent dans le travail policier (catégories d'âges, sociales, de genre, de rapport à la police... qui se recoupent pour partie), mais aussi des infirmières à l'hôpital dans leur diagnostic médico-social.

La discrimination ethnique recouvre tout traitement différentiel en fonction de l'appartenance ethnique réelle ou supposée (du fait de l'apparence physique, du nom, du lieu...). Ce sont essentiellement les discriminations négatives, celles qui produisent un préjudice, qui posent problème, mais les discriminations positives sont aussi intéressantes à noter. Que recouvrent les pratiques discriminatoires de la police et des infirmières ? Pour la police on peut citer notamment :

- Le fait d'être l'objet d'une surveillance, de contrôles, de prise de contact plus fréquentes que d'autres groupes ethniques. Avec des effets de prophétie auto réalisatrice : Si un groupe est réputé commettre plus fréquemment certains types de délits, il est plus surveillé pour cela et ses membres encourrent un plus grand risque d'être interpellés et donc d'être sur-représentés dans les statistiques de délinquance, venant par-là confirmer les soupçons initiaux.

- Le fait, à l'inverse d'être délaissé, oublié, non pris en charge du fait de son appartenance, de voir ses appels déconsidérés, de ne pas être pris au sérieux lors d'un dépôt de plainte (qui sera inscrit en main courante).

- Le fait d'être, dans les interactions (contrôle de police ou demande d'aide du public), traités avec moins d'égards ou de respect. Cette différence d'égards peut là encore entraîner des effets induits et une montée des tensions et de l'agressivité réciproques.

- Le fait d'encourir un risque plus élevé, à infraction ou délit supposé équivalent, de subir une interpellation. Ce risque est bien évidemment lié aux autres mécanismes.

Du côté des infirmières, on peut, dans la même logique, parler de discrimination dans tout un ensemble de configurations.

- Contrairement aux policiers, c'est l'absence de contact, de surveillance et de contrôle qui constitue plutôt un préjudice. Certains malades sont moins l'objet de soins ou d'attention pour différentes raisons : plaintes ou appels déconsidérés, sanction par l'équipe pour un comportement jugé désagréable, peur d'une contamination, etc. Comme l'écrivent certains

auteurs anglo-saxons, les minorités visibles à l'hôpital ont le sentiment de devenir invisibles (Hopkins Kavanagh, 1991 ; Spitzer, 2004).

- Sentiments partagés que plus on en donne à certains « clients », moins ils sont coopérants (personnes âgées plus exigeantes). Ne plus leur prêter attention, comme stratégie d'évitement, crée des inégalités de traitement par rapport à des besoins réels (se déplacer, uriner, se lever, etc.). Ces formes de solitude et d'abandon d'une partie des populations sont plus exacerbés par le manque de temps des soignants dans le contexte de désorganisation hospitalière et aboutissent à des phénomènes d'exclusion et des nouvelles formes de précarité (Peneff, 2000).

- Lors des soins ou des interactions le fait d'être traité (pour les malades, mais aussi souvent pour leurs visiteurs) avec moins d'égards ou plus rudement.

- Le fait d'avoir un risque plus élevé de mauvais diagnostic ou traitement médical, lié bien évidemment aux deux premières formes de discrimination et au fait que les plaintes sont moins prises au sérieux.

Les travaux sur le racisme et les discriminations raciales à l'hôpital¹ sont beaucoup moins nombreux que ceux portant sur la police². Alors que certains stéréotypes courants dans le milieu de la recherche associent facilement police et racisme, il existe en effet un tabou concernant les discriminations produites par les soignants (Barbee, 1994). L'objectif de cet article n'est pas de dresser un palmarès ni de dire quel groupe professionnel serait plus ou moins raciste, mais de montrer comment, dans ces deux métiers, un certain nombre de mécanismes communs peuvent rendre compte d'actes, de propos ou d'attitudes discriminatoires.

I - Le « bon » usager pour la police et les infirmières

C'est bien souvent parce que la personne d'origine étrangère remet en cause l'un ou l'autre aspect de l'idéal professionnel qu'elle risque d'être perçue et traitée comme un « mauvais usager » et d'être victime de discriminations raciales. Les mauvais usagers, pour les policiers comme pour les infirmières, ne sont pas tous des étrangers ou issus de l'immigration, mais un certain nombre de caractéristiques font que ces derniers ont plus de risque d'être perçus comme tel.

Bon et mauvais malades :

L'idéal professionnel infirmier, pour résumer, est structuré autour de quelques principes qui peuvent s'expliquer tant par l'histoire de la profession que par sa position dans l'ensemble formé par les diverses professions sanitaires et sociales qui travaillent à l'hôpital (Loriol, 2000) :

L'infirmière prend en charge le malade dans ses dimensions à la fois médicales, psychologiques et culturelles. Elle se distingue ainsi du médecin qui traiterait avant tout le corps malade. Elle apporte aide et réconfort à un malade qui doit être reconnaissant dans les deux sens du terme : reconnaître la gentillesse et le don de soi, mais aussi la compétence. C'est cette compétence qui la distingue de l'aide soignante ou des agents de service

¹ Pour une présentation en anglais, voir Porter et Barbee (2004).

² J.C. Monet (1993) propose une synthèse en Français des recherches américaines.

hospitalier. Elle le fait donc sur un registre professionnel et cherche donc à se démarquer du point de vue profane des malades, des familles, voire des professions subalternes. Les malades et les familles doivent rester à leur place et respecter les ordres de professionnels.

Dans ce cadre, les « mauvais malades », pour l'infirmière, sont ceux qui ne permettent pas de valoriser son rôle professionnel. On peut être perçu comme un mauvais malade pour plusieurs raisons.

Tout d'abord si l'on n'est pas perçu comme un vrai malade ou une vraie victime. Les plaintes peuvent notamment être jugées imaginaires ou abusives. Pour un certain nombre de soignants et de médecins, il est courant d'évoquer un « syndrome méditerranéen »³ : les malades de culture méditerranéenne, et surtout d'Afrique du Nord sont jugés plus angoissés, plaintifs, douillets, demandeurs... Dès lors, il convient de moins donner suite à leur plainte. Cette pratique qui a pu entraîner des erreurs médicales graves peut s'expliquer par des modes culturels d'expression de la douleur, de rapport à la médecine différents et mal compris par les soignants. Des travaux nord-américains notamment ont bien documenté ce risque. Par exemple, en cancérologie, la détection précoce de la maladie peut être retardée par des difficultés de communication et les préjugés des soignants (Curtis, 2003). Dans une maternité canadienne, le fait que les femmes immigrées ou amérindiennes soient perçues comme douillettes, se plaignant facilement, explique qu'elles soient plus souvent que les « Blanches » renvoyées chez elles avec une infection (Spitzer, 2004). Enfin une étude menée auprès de patients ayant subi une appendicectomie sans complication a montré que malgré leurs demandes, les patients Noirs, asiatiques ou hispanique recevaient en moyenne beaucoup moins d'antalgiques que les « Blancs » (McDonald, 1994)⁴. Toutefois, l'enseignement de notions rudimentaires, à base culturaliste, d'anthropologie peut conduire à renforcer le préjugé, puisque les infirmières retiennent que des travaux scientifiques montrent qu'à pathologie équivalente, on se plaint plus parmi les patients d'origine méditerranéenne.

Un vrai malade est aussi celui qui n'est pas jugé responsable de son état. Le toxicomane, l'alcoolique, le gros fumeur, l'obèse, celui qui est blessé suite à une bagarre est souvent mal vu : il aurait pu « éviter » de se mettre dans cet état. Il peut être perçu comme moins « méritant » par les infirmières qui se sentent moins motivées pour donner d'elles-mêmes. De part leur niveau social modeste, les populations issues de l'immigration ont plus de probabilités de présenter ce type de comportement à risque.

Le mauvais malade, enfin, est celui qui n'est pas compliant, obéissant, respectueux des règles propres à l'hôpital. Mais ces règles peuvent varier. Les familles maghrébines ou africaines sont ainsi souvent jugées comme trop envahissantes et exigeantes, ce qui peut conduire à des relations tendues avec les soignants et une mise à l'écart du malade. Des études sur l'hôpital en Algérie ou en Afrique Noire montrent que les familles sont amenées à jouer un grand rôle à la demande même du personnel médical et soignant (préparation des repas, surveillance médicale, ménage dans les chambres, , soutien moral), faute de quoi leur malade serait abandonné et mal soigné (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Mebtoul, 2005). L'implication des familles est l'objet d'attentes de la part des soignants et les familles trop absentes sont mal jugées. En France, c'est une implication moindre et plus disciplinée qui est

³ Il est parfois appelé « syndrome nord africain » (Véga, 2001). Par ailleurs, certains soignants évoquent aussi le « syndrome de la brousse » pour qualifier les pratiques de patients originaires d'Afrique noire ayant recours à des rites traditionnels de guérisons et ayant des trances rituelles (Kassembé, 2001). Si la justice et la police ont tendance à criminaliser certains comportements des immigrés, la médecine et les infirmières vont eux les « médicaliser ».

⁴ En France, il y a moins d'études systématiques sur le sujet, mais des anecdotes peuvent être rapportées par les chercheurs. Par exemple, Anne Véga (2001) évoque le cas de cette femme tunisienne qui à la suite d'une fausse couche l'angoissant beaucoup est traitée avec hostilité par les soignants qui lui reprochent de se plaindre de façon excessive. A la suite d'une nouvelle fausse couche, la situation se dégrade et elle quitte prématurément l'hôpital. Ce n'est que des années plus tard que la cause de ces fausses couches sera trouvée (un diabète latent).

attendue. La famille doit soutenir son malade moralement, mais doit surtout laisser faire les professionnels et respecter les règlements intérieurs de plus en plus stricts. Ceux qui ne trouvent pas la bonne distance sont mal jugés : « *On ne quitte pas notre maison pour venir taper sur les malades, pas du tout, au contraire, on est là pour leur redonner la santé et ces gens là ont du mal à comprendre qu'on leur demande d'être aimable, de ne pas faire du bruit, de ne pas recevoir dix visiteurs dans la chambre, des trucs comme ça* » (infirmière, service de chirurgie orthopédique).

Le mauvais malade, enfin, est celui qui ne reconnaît pas les efforts fournis par l'infirmière. La personne âgée « grincheuse » qui n'est pas coopérante et qui prend plus de temps de soin de nursing que les autres ne fournit pas les conditions d'une reconnaissance de la légitimité professionnelle de l'infirmière dans ces actes quotidiens. Ce qui prime, c'est de s'occuper justement des patients avec des « vrais besoins » (soin d'escarre). Si globalement, les infirmières rencontrées estiment que les patients modestes issus de l'immigration font preuve de gratitude, relativement aux patients aisés, la reconnaissance de la professionnalité n'est pas toujours au rendez-vous du fait d'une tendance à sacraliser la parole du médecin et à relativiser celle du soignant. Surtout, quelques plaintes sont exprimées à l'égard des patients aisés d'Afrique du Nord ou subsaharienne, perçus comme exigeants et habitués à commander à du personnel de service. Ainsi, dans une maternité parisienne, une mère Algérienne aisée appelle à de nombreuses reprises les puéricultrices pour des motifs jugés par les soignants abusifs. La deuxième nuit, elle demande que son bébé soit gardé à la pouponnière (ce qui n'est prévu que pour la première nuit) car elle se dit fatiguée. Cette attitude est jugée très négativement par les soignants qui lui reprochent de ne pas assez aimer son enfant, de trop penser à son confort personnel. La réputation de cette maman est encore aggravée quand elle demande de pouvoir sortir quelques heures plus tôt pour assister à réunion d'une association féministe algérienne dont elle s'occupe. Dès lors, les soignants vont délibérément ostraciser cette patiente, rentrant le moins possible dans sa chambre et limitant les interactions au minimum.

Le non respect des règles de l'hôpital et de la médecine par les patients étranger est souvent rattaché, par les infirmière, à leur « culture » : « Les discours infirmiers insistent ainsi souvent sur l'opposition de patients d'origine étrangère au système biomédical : « *Ils n'en font qu'à leur tête, ils sont désobéissants* » ; « *ils arrêtent les traitements dès que les symptômes disparaissent* » ; « *ils mangent les plats apportés par les familles malgré les régimes* » ; « *les familles veulent tout faire à notre place* » (Véga, 2000). Le risque de pathologiser la culture des familles issues de l'immigration est d'autant plus grand que leurs pratiques vont à l'encontre des principes et routines de la médecine occidentale (Enjolras, 2006).

Les bons et mauvais clients des policiers

L'attachement et l'affirmation d'un sens moral clair et sans ambiguïté au travail conduit les policiers à présenter, pour eux-même et pour autrui, leur mission en termes de répression du crime, de protection des gentils contre les agissements des méchants. La « belle affaire » qui permet de se valoriser, d'augmenter l'estime de soi, celle pour laquelle on accepte de prendre des risques physiques, est celle qui débouche sur l'arrestation d'un vrai bandit. Le « vrai méchant » faisant en retour le « vrai policier ». Or le travail quotidien des brigades de police secours est bien souvent éloigné de ces représentations. De nombreuses interventions sont en effet liées à des troubles mineurs, des différends familiaux ou entre voisins, des incivilités, des problèmes sociaux liés à la précarité et à l'exclusion. Les jeunes des cités, et

notamment les mineurs, apparaissent aux yeux des policiers comme des « clients » peu intéressants. Non seulement les actes commis et le mérite qu'il y a à les interpellés sont de faible envergure, d'autant que la nature des actes et l'âge des interpellés minorent les chances d'obtenir des suites judiciaires valorisables. Ensuite parce que les policiers ont le sentiment qu'on leur fait jouer un rôle qui n'est pas le leur : pallier le manque éducatif des parents, jouer les assistantes sociales... Enfin, parce que dans ce cas leur travail consiste moins en l'application de la loi qu'en l'obligation d'imposer une certaine autorité.

Ces mécanismes de défense expliquent tant le rejet des politiques de police de proximité que le malaise et le sentiment de dévalorisation liés aux relations avec les jeunes des banlieues. Ces derniers, en effet ne sont pour les policiers ni des « vrais méchants », ni des gentils. A l'opposé de l'image du « grand bandit », l'on trouve celle du jeune de cité, qualifié suivant les endroits de « branleur », de « petit merdeux », voire parfois de « crapaud ». Ces jeunes sont les « mauvais » méchants parce qu'ils ne se comportent pas selon les règles du jeu établies par les policiers. Ils manquent de respect, n'acceptent pas les sanctions, négocient les éléments de leur mise en cause, etc. Les interactions policières avec ce public sont différentes et peuvent conduire là aussi à des mécanismes renforçant les représentations. Les policiers les abordent avec moins d'égards que ceux qu'ils considèrent comme les « vrais » méchants, et renforcent ainsi probabilité de rébellion ou d'outrage⁵.

Lors de nos observations, nous avons ainsi été confrontés à plusieurs interactions de ce type. Un exemple permet d'en saisir la banalité et la signification :

« Après dix minutes de discussions, alors que les gardiens de la paix se préparent à rédiger la procédure et le télex pour les feux de voitures, nous voyons partir la BAC à toute vitesse. « Il y a un appel pour une bagarre au centre commercial près de la gare ! Tout de suite, l'équipage que j'observe bondit à leur suite « vite, si on se dépêche, on peut arriver avant la BAC ». Nous prenons les petites rues en coupant par le centre « La BAC, ils connaissent moins bien ces rues là, on a peut-être une chance d'arriver en premier ! » L'objectif est d'éviter les feux rouges que devrait subir la BAC en passant par un autre chemin. En fait, nous arrivons exactement en même temps que la BAC. Mais il n'y a pas de bagarre à l'endroit indiqué, seulement quatre jeunes (trois marocains et un sénégalais) assis par terre et qui boivent de la bière. Les policiers leur font mettre les mains au mur, contrôlent les identités, les fouillent (pas d'armes) vident les bouteilles de bière au sol. Il y a au moins 12 policiers (BAC, Police secours, CRS) pour quatre jeunes. Les jeunes oscillent entre la dénégation, l'excuse et la provocation : « On faisait rien, m'sieur, on n'a rien fait... On est juste content parce que le Maroc a gagné [au foot contre le Mali en demi-finale de la coupe d'Afrique des nations], on a rien fait... » L'un d'eux, plus ivre que les autres est plus provocateur et multiplie les remarques désobligeantes et ironiques, il finit par dépasser la « limite » que peuvent supporter les policiers –qui de leur côté ne sont pas non plus spécialement aimables, même s'ils restent corrects- et se fait embarquer « pour dégriser pendant deux ou trois heures ». Pendant que les policiers de la BAC l'emmènent, ses copains lui disent : « Oh Omar, tu l'as bien cherché, Omar, tu l'as bien cherché... T'inquiète pas dans quatre heures⁶ ils te relâchent... »

Cette histoire est exemplaire à plusieurs titres : Tout d'abord, la déception liée à la mauvaise information sur la nature exacte de l'événement : il n'est pas rare que ceux qui

⁵ Une étude quantitative de dossiers judiciaires de prévenus d'infractions à agents de la force publique jugés sur un TGI parisien de 1965 à 2005 (Jobard et Nevanen, 2006) montre que les groupes « maghrébins » et « noirs » (classés à partir du patronyme et du lieu de naissance) avaient deux fois plus de risque d'être condamnés à de la prison ferme. Une des causes de ces différences étant que leurs dossiers mentionnaient plus souvent des violences.

⁶ Ces jeunes connaissaient exactement la durée maximale de rétention pour « vérification approfondie d'identité » ; ce qui peut laisser supposer une expérience antérieure de contacts de ce type avec la police.

appellent la police exagèrent volontairement les faits dans l'espoir d'une intervention plus rapide. Des études américaines ont montré que le rôle des plaignants et des requérants était important dans la productions des discriminations à l'égard des minorités (Black, 1968). Au lieu d'une affaire « intéressante » (une bagarre), les policiers se trouvent un peu ridicules devant ces quatre jeunes pris de boisson. Si les jeunes ne sont pas contents d'être dérangés par les policiers, ces derniers sont aussi énervés d'avoir pris des risques (d'accident de la route) pour une « affaire de merde ». D'où la tension et l'énervement réciproques. L'observation montre bien un jeu de subtile provocation de la part des deux groupes (jeunes et policiers) visant, dans leur esprit, à garder la face mais conduisant à l'interpellation d'un jeune.

Les rencontres entre jeunes et policiers sont d'autant plus frustrantes pour ces derniers qu'elles les conduisent à faire un travail qui leur semble dévalorisant, peu productif et en dehors de leur « vraie mission » : éducation, travail social, médiation... A ce titre, l'expression « nettoyer au karcher » du ministre de l'Intérieur est insultante tant pour les jeunes des cités que pour les policiers ; eux qui se plaignent si souvent d'être pris pour « *les serpillières de la société*⁷ » !

De plus, pour gérer ces quartiers difficiles, on trouve essentiellement des fonctionnaires jeunes et sans expérience. A Serbourg, dans une des trois brigades, le plus vieux a 25 ans et deux ans d'ancienneté. C'est « l'ancien » comme le plaisantent ses collègues. Mais en patrouille, il n'a pas l'expérience pour jouer ce rôle. Plusieurs fois, pendant l'observation, nous verrons son équipage renoncer à des interventions ou reculer devant des provocations des « jeunes », de peur de se lancer dans des situations qu'il ne saurait pas gérer (tant sur le plan relationnel et sécuritaire que sur le plan juridique). A chaque fois, c'est la frustration et le sentiment d'impuissance qui en ressortent. Peut être que chez certains cette frustration accumulée pourra rejaillir de façon mal contrôlée à l'occasion d'une intervention « musclée ».

II – Préjugés, routines et effets de situation : les mécanismes des discriminations.

Une question classique de la littérature sur les discriminations porte sur la relation entre préjugés racistes et discriminations (Monet, 1993). Les pratiques discriminatoires sont-elles liées à des prises de position ouvertement racistes ou à d'autres types de causalité ?

Dans nos entretiens, dont le thème central était le stress et la relation aux usagers, tant auprès de policiers que d'infirmières, nous n'avons pas retrouvé le « racisme verbal » dont parle Michel Wieviorka (1992): il n'y a pas de revendication ni de justification du racisme, de remarques générales sur les liens entre immigration et délinquance ou sur les « avantages » qu'auraient les étrangers par rapport aux français. Par comparaison, des entretiens, sur le même sujet du stress, avec des machinistes et des syndicalistes de la RATP avaient plus donné à entendre ce « racisme verbal » : justification du racisme par l'expérience vécue (« *même si on est pas raciste au départ, on le devient quand on voit que c'est toujours les mêmes qui foutent la merde* »); sentiment « d'injustice » (« *A la régie, maintenant, ils embauchent des jeunes des quartiers, bien bronzés de préférence, pour ne pas qu'ils foutent le bordel et pour nos enfants il n'y a plus de boulot !* »), etc).

Par contre, lors des observations, des discussions entre collègues dans les voitures de police ou dans la salle de soin, des remarques révélant des stéréotypes racistes peuvent être plus fréquemment entendues. Cet usage des catégories ethniques, parmi d'autres, pour caractériser les usagers ou les patients relève de plusieurs logiques. La première est d'ordre pratique : distinguer les usagers ou les patients à travers leurs particularités supposées est un

⁷ Comme cela nous a été dit à la fois par un gardien de la paix pendant une observation et un syndicaliste en entretien.

moyen simple de guider l'action, de savoir quoi faire sans trop se poser de questions. Le diagnostic basé sur une catégorisation du client permet de mettre en oeuvre des modes opératoires et une conduite à tenir : le diagnostic est opératif et il est souvent commun à l'ensemble de l'équipe pour pouvoir intervenir (Villatte, Gadbois et Coll., 1993). Ensuite, les stéréotypes sont confrontés à chacune des situations réelles vécues. S'ils peuvent déclencher l'action (ou la non action), l'interaction avec l'utilisateur peut renforcer ou au contraire atténuer le stéréotype. C'est en ce sens que les discriminations observées nous semblent plus s'expliquer en situation, dans l'action, que par une culture professionnelle qui serait marquée par le racisme. Il faut à chaque fois une situation, des circonstances, un cadre organisationnel particulier pour que les stéréotypes raciaux produisent ou non des effets. Cette discrimination se produit et se transmet aussi dans des formes particulières de collectifs de travail, notamment selon la composition de l'équipe. Lorsque les membres offrent une possibilité de différenciation selon le genre, l'âge, l'ancienneté, le milieu social, nous avons remarqué dans nos études que le contexte de travail pouvait être source de discrimination au sein du collectif et amener à une forme d'interaction avec les usagers sur ce registre. Par exemple, une voiture de police constituée que de deux jeunes policiers envoyés en patrouille sur un quartier difficile provoque plus de situations à risque lors des interpellations ou une équipe mixte intervenant dans une famille maghrébine.

Routines et catégorisations

Parmi les infirmières interrogées, le racisme n'est pas revendiqué et l'idéal professionnel impose de traiter tous les patients de la même façon. Pourtant, notamment en salle de soins, les stéréotypes raciaux sont couramment employés notamment notamment à l'encontre des Noirs ou des maghrébins : les accusations portent sur les familles envahissantes, l'agressivité des jeunes d'origine étrangère, les problèmes de langues et la protection sociale dont les étrangers sont parfois accusés d'abuser. D'autres enquêtes par observation ont confirmé le caractère régulier de ce genre de jugements à l'hôpital : « Véronique revient en colère de « la chambre du musulman » : « Il se croient tout permis ces gens là ! Celui-là, il est Nord Africain, il n'a même pas de sécurité sociale et il est indiscipliné » (Véga, 2000).

Utiliser des catégories ethniques (le « musulman », le « Chinois », le « Black »...), à côté de catégories d'âge (la mamie, le papy...), ou médicales (La SEP, l'HIV, la TS⁸...), pour qualifier les patients est une façon implicite d'affirmer les stéréotypes raciaux (Porter et Barbee, 2004). La « race » est ainsi, au même titre que l'âge ou la pathologie, perçue comme un élément pertinent pour rendre compte des problèmes ou des comportements de tel ou tel patient. La encore on retrouve la tendance à pathologiser les comportements jugés « étranges » des « étrangers ».

La non maîtrise de la langue française est parfois une cause d'agacement, mais aussi bien un moyen de justifier une non implication auprès d'un malade jugé pénible, de justifier un rejet ou une non implication qui a aussi d'autres causes moins avouables (Spitzer, 2004).

Ainsi, ce patient Sud-Américain, en réanimation à Nanterre, amené par la police, suite à une arrestation pour trafic de drogue (pour une surveillance, car cette personne était soupçonnée d'avoir avalé des boulettes de cocaïne), était traité avec une grande froideur par l'équipe, estimant qu'il n'avait pas à avoir d'exigences particulières parce que « *normalement, il devrait être en prison* ». Ce n'est pas un bon malade, car ce n'est pas un « vrai malade » (il

⁸ Respectivement : sclérose en plaque, human immunodeficiency virus et tentative de suicide.

s'est mis lui-même en danger). L'infirmière qui en a la charge déclare : « avec lui, j'ai décidé de ne pas discuter. En plus, je ne sais pas très bien parler anglais, ça aide pour couper les ponts ». C'est à la fois en tant qu'étranger et en tant que délinquant que ce patient est mis à l'écart ; un peu plus tard, la même infirmière fera une remarque négative sur « cet étranger qui importe de la drogue en France ». Mais à d'autres moments, notamment lors de l'entretien, elle critique l'attitude générale des policiers dans le service qui traiteraient toujours les personnes conduites à l'hôpital comme des délinquants, même si elles sont blessées.

Dans les échanges avec les patients, les soignants n'ont pas toujours le temps ou l'envie de s'adapter à des personnes ayant un niveau culturel ou linguistique faible, ce qui peut générer des incompréhensions, des mauvais suivis des traitements et entretenir une mauvaise relation. Ils réagissent négativement à tout ce qui vient perturber un travail déjà difficile et haché, ce qui apparaît comme des exigences excessives ou vient empiéter sur leur territoire (salle de soin) ou entraver leur travail. Les patients d'origine étrangère ne sont pas les seuls concernés, mais la tolérance à leur égard semble encore moins grande qu'avec d'autres types de patients. Tout se passe comme s'ils devaient encore plus que d'autres faire preuve de leur bonne volonté. La figure de l'infirmière qui doit tout donner de son temps et de ses ressources aux soins du patient, figure emblématique de sa vocation professionnelle, devient un dilemme et rend difficile la gestion des territoires de chacun et des zones d'interaction possible.

De même, parmi les policiers, peu de discours racistes ont été entendus en entretien. Pourtant, dans leur travail, les distinctions ethniques sont fréquentes :

C'est le cas pour les contrôles plus fréquents de certaines populations : jeunes de banlieues se déplaçant en groupe, « Manouches » dans les beaux quartiers... La discrimination apparaît généralement quand existent des routines sur certains contrôles (Norris et al., 1992). Ces routines ne portent pas uniquement sur des critères ethniques et impliquent des combinaisons à chaque fois spécifiques entre des stéréotypes raciaux, des critères d'âges, la lecture et l'expérience des territoires où les populations sont surveillées, etc.

C'est le cas dans l'exemple suivant : « Le long du RER, la chef demande soudain de ralentir. Elle a repéré une manouche suspecte. « Elle nous a vu, tourne à droite ». Nous tournons pour revenir discrètement sur elle, la chef descend de la voiture et nous demande d'y rester. « t'avais vu, toi ? » demande le stagiaire au GP (gardien de la paix). « non ! Mais elle vient de la BAC, elle a des visions de BAC⁹ ! ». La chef suit la manouche, mais elle nous repère à nouveau : « bon, c'est pas la peine, on va refiler ça à la BAC », qu'elle contacte par radio. Je lui demande comment elle a repéré qu'elle était suspecte : « D'abord, c'est une manouche, elle se promène à Villedieu, dans cette rue où il n'y a personne, que des voitures garées, c'est pas pour rien, d'ailleurs elle regardait les voitures, en plus elle a une robe longue, elle cache sûrement un tourne-vis en dessous ».

Dans les routines policières, il est fréquent que l'attitude de départ soit orientée par une catégorisation des « clients » en fonction de l'origine : « les Maghrébins sont des petits branleurs, les manouches des vrais durs¹⁰, les juifs se plaignent facilement, il faut faire plus

⁹ Elle est ainsi capable de repérer, dans l'environnement urbain, le moindre indice de comportement « suspect » (un Pakistanais qui sort d'un immeuble bourgeois, un jeune qui saute une barrière, des jeunes qui attendent dans une voiture...) que ni ses jeunes collègues ni le sociologue n'avaient vus.

¹⁰ Les discours à l'égard des « manouches » sont les plus systématiques : régulièrement associés à la grande délinquance violente, la position des policiers rencontrés est néanmoins ambiguë dans la mesure où il sont présentés, presque avec respect, comme de « vrais » méchants, des professionnels (à l'inverse des petits « branleurs ») qui par leur dangerosité rehausse finalement le prestige de ceux qui les arrêtent. Un policier, à qui une jeune « manouche » demandait pourquoi sa voiture était régulièrement contrôlée, répondait rieur « parce que vous êtes nos meilleurs clients ! » Les gendarmes étudiés par Renée Zauberman (1998) ne retenaient au contraire que les dimensions négatives (dangerosité, comportement asociaux, refus d'avouer, etc.) associées aux manouches.

attention, les noirs sont violents et impliqués dans de trafics, etc ». Le traitement réservé s'en ressent : plus d'interpellation, contrôle détaillé des papiers, façon de faire la fouille, etc.

L'observation montre que ces comportements discriminatoires relèvent souvent de routines ou de logiques de situation qui réactivent des préjugés raciaux. Le cas des contrôles routiers est un bon exemple. Les policiers ne cherchent pas à arrêter particulièrement les personnes d'origine étrangère. Par contre, ils auront tendance à arrêter en priorité les voitures anciennes ou en mauvais état car les risques d'infraction leur semblent plus élevés (défaut de contrôle technique, mauvais état du véhicule...). Du coup, la probabilité d'arrêter des personnes issues de l'immigration est accrue. A cela s'ajoute le fait, notamment dans les quartiers chics, qu'être un conducteur Noir ou maghrébin, dans une zone où ils sont peu nombreux, peut être en soi, pour certains policiers, un signe suspect parmi d'autres rendant la voiture plus intéressante à contrôler.

Cependant, une fois la personne arrêtée et qu'une ou plusieurs infractions ont été constatées, nos observations n'ont pas montré de traitement différentiel suivant l'origine¹¹. La variable importante est le comportement et l'attitude du conducteur. Plus celui-ci est poli et reconnaît ses torts, c'est-à-dire la version policière, plus il a de chance de bénéficier d'indulgence.

Une logique de situation

L'acte discriminatoire se construit en fonction de la situation, c'est-à-dire de différents éléments. Le lieu du contrôle tout d'abord : dans un quartier perçu comme difficile, l'interpellation se ou le contrôle se feront souvent en force pour éviter les risques de regroupements hostiles et donc dans un climat plus tendu. Dans un lieu plus neutre, comme un centre commercial, la tension sera moins grande. Dans les quartiers chics, la présence des minorités visibles peut paraître suspecte. L'interaction dépend ensuite du moment dans la vacation de la patrouille, des incidents antérieurs (elle peut arriver calme, ou déjà échaudée par des remarques ou des provocations d'autres usagers, un échec dans une intervention), de l'existence ou non d'expériences passées avec les individus contrôlés (par exemple, familiarité voire provocations plus grandes à l'égard de personnes « bien connues des services de police »)¹². Enfin, l'existence ou non d'un appel, d'une plainte d'un citoyen est également un élément important qui pousse les policiers à faire des vérifications minimums, même si de leur point de vue il n'y a rien d'intéressant. Certaines circonstances peuvent atténuer la suspicion ou les poursuites : Par exemple quand les jeunes mis en cause ou des filles¹³ ou laisser partir un conducteur d'origine étrangère d'une voiture sans papier dont la femme passagère est enceinte.

Une fois le contrôle réalisé, néanmoins, l'attitude de la personne, surtout si elle n'est pas déjà connue (donc catégorisée) par les policiers, est déterminante pour la suite donnée. La façon dont les stéréotypes ayant présidé à la décision de contrôler ou d'appréhender vont se traduire ou non par des pratiques discriminatoires dépend du type d'interaction qui va se nouer avec le ou les mis en cause. Si celui-ci se comporte à l'inverse des stéréotypes attendus, la situation peut tout à fait se renverser, comme l'illustre l'exemple suivant :

« Après 15 minutes de patrouille, une voiture retient l'attention des policiers. Ils mettent le gyrophare pour l'arrêter. Le conducteur, un homme Noir, n'a pas de papiers en dehors d'un

¹¹ Il en est de même pour une étude Britannique (Norris et al., 1992).

¹² Sur ces différents aspects, voir les observations complémentaires de Fabien Jobard (2006).

¹³ Appelés pour « tapages » de « jeunes voyous de type NA » (nord africain) une brigade de policier passera plusieurs fois près du groupe de jeunes filles maghrébines (qui mangent des pizza sur la dalle d'un grand ensemble immobilier) à l'origine de l'appel sans les voir, tant ils s'attendaient à trouver des garçons.

permis de conduire, ni pour lui, ni pour l'assurance. Le macaron d'assurance est dépassé ainsi que le contrôle technique. Il dit que la voiture n'est pas à lui mais au père d'un ami. Les policiers lui font garer la voiture et le fouillent, il n'a pas d'arme ni de drogue. Il est calme et coopératif. La voiture est fouillée et Jérôme trouve une dizaine de PV remontant à un mois pour les plus anciens. Sylvain part vérifier si le véhicule est volé et quel est le propriétaire. Le monsieur demande à Jérôme pourquoi ils l'ont arrêté lui. Gêné, il répond qu'ils peuvent arrêter tout le monde. « c'est parce que j'ai une vieille voiture ? Mais j'ai pas les moyens de me payer une belle bagnole moi, euh... enfin... celle là elle est a pas à moi, on me l'a prêtée, je connais pas des riches, moi... » dit-il en rigolant (il semble habitué à la situation).

Sylvain revient de la voiture, il n'a pas pu faire la vérification car l'ordinateur de la voiture n'a pas voulu se connecter. En gardant le permis du monsieur, les policiers lui demandent de les suivre au commissariat avec sa voiture pour y faire la vérification.

Sur le chemin, je demande pourquoi cette voiture en particulier a retenu leur attention. Gênés, Jérôme et Sylvain m'expliquent que c'est un tout : « l'état de la voiture, l'immatriculation dans le 77, la dégaine du conducteur [il a une casquette et une boucle d'oreille]... Le problème, avec ces gens là, c'est que tout de suite ils vont dire « vous m'arrêtez parce ce que je suis black ». Mais là, il n'a pas dit ça... De toutes façons, il était cool, il n'a sûrement rien de grave à se reprocher. A mon avis, c'est un truc d'assurance : il roule encore avec l'assurance de l'ancien propriétaire, il a acheté la voiture il n'y a pas longtemps et il n'a pas fait les démarches ou un truc comme ça... ». Le monsieur roule devant nous et connaît parfaitement bien la route pour le commissariat, ce qui confirme Sylvain dans son hypothèse : « *ce gars, il n'habite pas dans le 77* ». Les deux voitures se garent devant le commissariat. Avant d'y entrer, Jérôme demande d'ouvrir le capot pour prendre le n° de série du véhicule.

Au commissariat, l'individu et son véhicule sont vérifiés, le véhicule n'est pas volé. Son propriétaire à un nom très français, ce qui confirme encore Sylvain dans son hypothèse (« *vous y croyez, vous, un bon Gaulois qui prête comme ça sa voiture à ce gars qui ne connaît même pas son nom* »). Lors de l'interrogatoire, l'individu se trompe sur sa date de naissance (différente de celle marquée sur le permis). Toutefois, les vérifications ne donnent rien et les policiers le laissent repartir, estimant qu'il a été très correct.

Par ailleurs, le jugement sur les personnes impliquées dépend souvent plus de la légitimité et de l'échelle de valeur policière que de l'origine ethniques des parties. Ce n'est pas tant l'origine ethnique qui explique l'attitude des policiers que le sentiment qu'ils ont que les individus qu'ils ont en face d'eux remettent en cause leurs principes professionnels, leur hiérarchie de valeur, comme le montre l'exemple suivant ou c'est le « requérant » qui voit sa demande délégitimée face à un « auteur » d'origine maghrébine qui parvient à retourner la situation :

« 14h10 : Nous partons suite à un appel pour « menaces » à l'encontre d'un gérant de restaurant (chaîne de restaurant de « demi-luxe », très prisée des personnes âgées de cette banlieue aisée). Arrivés sur les lieux (tous proches), nous sommes accueillis par « l'auteur » des menaces qui tient à nous expliquer sa version de la situation. C'est l'ancien sommelier du restaurant, il a été licencié pour « faute lourde » suite à un conflit avec la direction : il s'appelle Mouloud, mais quand il a été embauché, on lui a demandé de se faire appeler Tony (il n'a pas le type nord africain) devant les clients, ce qu'il a accepté pendant sa période d'essai. Mais après celle-ci, il a demandé à être appelé Mouloud, au moins quand il n'était pas devant les clients, ce que la direction et ses collègues n'auraient jamais accepté de faire. Il vient de gagner aux prud'hommes pour licenciement abusif et discrimination raciale. Il reconnaît que suite au jugement il est venu « narguer » le gérant et que ça n'était pas très

malin. Les policiers lui conseillent amicalement de partir parce que s'il y avait un incident ça pourrait lui retomber dessus, ce qui serait bête, vu que pour l'instant, il a la loi de son côté, ce qu'il accepte de faire. Pendant la discussion, le gérant est sorti, énervé que nous ne soyons pas venus le voir directement. Un GP (gardien de la paix) le prend à part pour discuter avec lui. Quand Mouloud repart le gérant lui lance : « *Si tu reviens, j'appelle tout de suite la police* », ce qui ne plait pas aux policiers qui lui font remarquer qu'il ne doit pas les appeler pour rien. Nous partons après avoir conseillé à tout le monde de respecter les décisions de justice et de rester calme (c'est surtout le gérant qui est énervé). Les GP sont un peu embêtés : Ils donnent raison à Mouloud (et reprochent au gérant de les avoir appelés pour « menaces », ce qu'il a reconnu être exagéré et de s'être énervé contre eux), mais ne veulent pas non plus que le gérant aille se plaindre auprès de la commissaire. »

Comme l'ont montré plusieurs travaux de sociologie policière aux Etats-Unis, la discrimination raciale se construit souvent dans la rencontre entre deux groupes aux attentes différentes : Les policiers attendent de la part des citoyens respect et coopération avec leur mission de maintien de l'ordre tandis que les personnes contrôlées attendent le respect de leur personne et de leurs droits (Black, 1968 ; Sykes et Clark, 1975). Quand les policiers s'adressent à de jeunes beurs ou Noirs, ils le font par rapport à des routines de surveillance de certaines catégories et avec l'appréhension de voir leur autorité remise en cause. De leur côté, ces jeunes voient dans l'intervention policière le signe d'un traitement discriminatoire à leur égard et peuvent remettre en cause la légitimité de l'intervention, voire adopter une attitude de défi. Cela peut entraîner une escalade dans les tensions et le conflit et déboucher sur des violences policières, des outrages ou des rebellions. La surveillance particulière de certaines populations et la montée des tensions dans l'interaction avec les policiers semblent donc être les deux principaux mécanismes discriminatoires observés auprès de policiers.

De même, chez les infirmières, le patient est jugé en fonction de sa capacité à se plier à la vie hospitalière, à accepter et respecter les prescriptions médicales et infirmières et à mettre en œuvre les règles de courtoisies et de politesse en vigueur dans les classes moyennes françaises. Comme nous l'avons vu, des stéréotypes sur les patients maghrébins ou africains, leurs habitudes en matière de visites (nombreux visiteurs), de pratiques alimentaires, de pratiques relationnelles (tutoiement, contacts physiques...) peuvent déclencher des réactions d'hostilité ou d'évitement de la part des soignants. En retour, ces réactions peuvent activer des attitudes agressives ou des plaintes des patients qui viendront, confirmer, aux yeux des soignants les préjugés initiaux.

Mais le racisme peut aussi être condamné par les soignants quand il va à l'encontre de leurs valeurs professionnelles et de leurs routines de travail. Ainsi, par exemple, un patient « blanc » qui refuse de partager sa chambre avec un « Noir » ou un « Arabe » sera critiqué par l'équipe au nom du principe que l'on ne choisit pas et que l'on doit s'adapter aux décisions de l'équipe. Même si des pratiques informelles de regroupement des malades selon l'origine (ou parfois le fait de réserver les chambres individuelles à des « Français ») peuvent être observées (Fassin et al., 2002). De même, des patients qui refuseraient d'être pris en charge par des soignants Noirs ou nord africains sont généralement mal jugés, même si dans certains services, les soignants appartenant aux minorités visibles peuvent se sentir insuffisamment soutenus par leurs collègues (Kassembe, 2001).

III –Dynamiques collectives, contrôle par les pairs, politiques publiques et idéologies

Chez les policiers comme pour les infirmières, les attitudes racistes ou les actes discriminatoires sont rarement de simples comportements individuels, mais s'inscrivent au contraire dans tout un fonctionnement collectif. D'une part, les propos et actes racistes sont plus fréquents dans les collectifs de travail en conflit ou anormaux au sens de Durkheim, d'autre part la gestion des services et les politiques publiques peuvent limiter ou aggraver les tensions avec les usager et particulièrement ceux issus de l'émigration.

Ambiance interne et discrimination

Tant à l'hôpital que dans les commissariats, le rapport au public et notamment au public issu de l'immigration est très lié à la bonne entente au sein des collectifs de travail.

Parmi les différents services hospitaliers étudiés, celui où l'on se plaint le plus des malades, et notamment de ceux d'origine étrangère, est un service de chirurgie orthopédique où il y a par ailleurs de très mauvaises relations sociales dans l'équipe. Dans ce service, cohabitent sans se mélanger des infirmières anciennes aides-soignantes originaires des DOM-TOM et des métropolitaines directement devenues infirmières. Il n'est pas rare alors qu'éclate un conflit entre les premières qui accusent les autres d'être sans cœur, de se réfugier derrière les soins techniques et de traiter les malades comme des objets et les secondes qui reprochent aux premières d'être bavardes, paresseuses et mauvaises techniciennes. A la fois les remarques racistes envers les collègues, comme envers les patients et leur famille, sont plus fréquentes qu'ailleurs.

Evelyn Barbee (1994), spécialiste américaine du racisme à l'hôpital avait déjà remarqué, dans ses recherches, qu'une des sources importantes de défiance des soignants blancs à l'égard des patients noirs était la mauvaise image que pouvaient avoir les soignants blancs des infirmières noires. Celles-ci, trop souvent assimilées au stéréotype de la « mama » incompetente et indolente, sont rejetées et victimes de discriminations de la part d'un groupe professionnel qui veut affirmer son professionnalisme. Le faible nombre d'infirmière noires, ce qui ne favorise pas la compréhension des modes de vie des patients de couleur, et leur mauvaise réputation qui rejailli sur tous les Noirs seraient des causes du racisme dans certains services. Comme si les soignant blancs avaient peur d'être « contaminés » par le faible prestige et la proximité des soignants et patients Noirs.

De même, dans les différents commissariats observés, il en est un où ont pu être observés plus de tensions et de conflits. Cette tension¹⁴ se manifeste par plus d'énerverment dans les relations au public (engueulade d'automobilistes, moindre tolérance aux provocations du public ou des GAV,) et de critiques entre catégories (surtout dénigrement des jeunes par les deux anciens, moindre tolérance à l'égard des petites erreurs des collègues). Cette situation, peut être en partie expliquée par la personnalité du chef de brigade. Adeptes de la hiérarchie, du bon ordre, de l'adéquation entre les moyens et les fins, il prend sur lui tous les dysfonctionnements réels ou potentiels et se sent coincé entre la hiérarchie, ses « hommes » et les contraintes qu'il doit gérer, notamment le nombre important de femmes (c'est très nettement la brigade la plus féminisée ; la moitié des effectifs). Mais tout n'est pas seulement lié à la personnalité du chef. Il faut aussi prendre en compte la difficile intégration (là encore c'est relatif) des catégories (jeunes/anciens, filles/garçons) dans cette brigade.

On n'y retrouve moins l'entraide et la répartition des tâches selon les compétences et les personnalités qui permet dans d'autres brigades de désamorcer les conflits :

¹⁴ toujours relativement aux autres brigades, les moments d'ententes étant quand même plus fréquents que ceux de discorde

« un conducteur de bus fait signe à la patrouille qu'il est en difficulté. Nous nous arrêtons. Le conducteur de bus est en plein différend avec un homme africain costaud et de grande taille (environ 1m90). Le conducteur explique que ce monsieur l'a insulté parce que le conducteur lui avait demandé son ticket à la montée du bus. L'individu ne nie pas l'insulte mais la justifie en disant que le conducteur lui a manqué de respect en demandant tout de suite le titre de transport. Il parle fort et avec des gestes menaçants. La GP tente de le calmer et de lui faire la morale sur le fait qu'il faut un titre de transport, mais à chaque fois le monsieur la coupe. Enervée, elle lance « la ferme ! ». Le monsieur, d'abord estomaqué, rétorque « la ferme toi aussi ! ma femme ne m'aurait jamais parlé comme ça ! » « Je ne suis pas votre femme ! » rétorque la GP, « on n'est pas en Afrique ici » ajoute son collègue. L'individu s'approche de la GP en disant qu'il ne lui parle plus et l'insulte. Immédiatement, les deux policiers lui passent les menottes, avec quelques difficultés. Ils montent l'individu dans la voiture et me disent qu'il est plus prudent que je retourne au poste à pieds (il est à 300 mètres). La GP dit au conducteur de les attendre au centre bus (qui est tout proche, près du château). Arrivé au poste, le Mr est calmé et menotté au banc. Il tente de s'expliquer avec le sous-brigadier présent (il y a trois fonctionnaires au poste compte tenu du nombre élevé de GAV, le chef occupant le troisième poste sur l'autre véhicule) et ignore ostensiblement la GP. Elle m'explique : « le problème, avec ce genre d'individus africains comme ça, il est Ivoirien, c'est qu'il est grand et fort et qu'il a l'habitude de gueuler pour se faire entendre, comme ça les gens s'écrasent parce qu'ils ont peur. Mais ça ne marche pas avec nous, ça ! ». La GP regrette de s'être emportée, ce qui rend impossible, d'après elle, une procédure d'outrage ».

Outre la tension diffuse dans cette brigade, cet « échec » de *self control* de la part de la policière s'explique par le fait qu'elle n'a pas été aidée et soutenue, au départ par ses collègues pour s'imposer plus pacifiquement dans le rapport de force avec l'usager. Au commissariat, elle n'est pas non plus soutenue par son chef, avec qui elle est en conflit par ailleurs (ce qui explique l'absence de soutien).

Dans la police, comme dans d'autres milieux professionnels, certains individus peuvent être racistes, l'important est qu'existent des régulations internes pour éviter que cela ne se manifeste dans le travail et les relations avec les usagers, créant ainsi des dynamiques interactionnelles négatives. C'est pourquoi les déviances policières sont souvent concentrées dans certains commissariats et certaines brigades.

A l'inverse, un des modérateurs des propos racistes, dans les échanges entre policiers, semble être, dans les brigades où existent bonne entente et solidarité interne, la présence de policiers antillais généralement bien intégrés. L'humour, comme à l'égard des femmes ou des « régionaux » (corses, bretons...) est alors un moyen de jouer des différences tout en renforçant la cohésion du groupe.

Remarques racistes et cadre politique de l'action

Les observations nous ont conduit à entendre un certain nombre de remarques négatives sur des communautés ethniques à l'égard desquelles les policiers se sentaient entravés dans leur action. Une « discrimination positive involontaire » a ainsi pu être observée à propos des étrangers en situation irrégulière. Pour des raisons de lourdeurs administratives et, à Villedieu, de mauvaises relations entre la brigade accident (qui traite les délits routiers) et la brigade des étrangers, nous avons observé à plusieurs reprises une abstention de verbalisation à l'encontre de conducteurs étrangers en situation irrégulière, souvent qualifiés de « roumains ». Cette situation peut créer des frustrations et un certain ressentiment des policiers des brigades de roulement à l'égard des populations concernées. Ressentiment qui peut conduire chez certains

policiers à des commentaires acerbes sur les lois qui protégeraient les étrangers et chez d'autres à trouver des moyens de rétorsion (contrôles fréquents, petites vexations, etc.) pour remplacer la verbalisation jugée trop difficile.

Une autre forme de discrimination positive a été observée, dans un des commissariats, à l'égard des membres d'une communauté juive sépharade aisée dont les policiers craignent les plaintes et les démarches. Cette crainte explique ainsi certains comportements de prudence, comme me l'explique un policier lors d'une patrouille. Un autre jour, une patrouille est appelée dans le quartier où réside cette communauté pour un jeune en scooter qui fait des acrobaties au milieu de la chaussée. La voiture étant toute proche nous arrivons rapidement sur place et les policiers pensent avoir repéré le scooter. Une discussion s'engage alors rapidement entre les policiers pour savoir s'il s'agit d'un jeune juif ou d'un maghrébin (le port du casque ne favorise pas la catégorisation) : dans le premier cas, il est jugé préférable de ne pas intervenir pour ne pas risquer d'avoir des ennuis avec les parents (présentés par les policiers comme intervenant systématiquement auprès de la commissaire ou des autorités politiques pour se plaindre quant leurs enfants sont mis en cause). Le mauvais état du scooter fait penser aux policiers qu'il ne s'agit pas d'un membre de la communauté juive et les policiers décident de le contrôler, de le sermonner et de fouiller son scooter. Dans ce commissariat, plusieurs remarques négatives sont faites par les policiers sur l'attention trop importante dont bénéficiait cette communauté juive : effectifs pour la protection de la synagogue, écoute attentive de la commissaire, consigne données de ne jamais prendre à la légère une plainte, etc. « *Ici, si quelqu'un porte plainte parce qu'on l'a traité de sale juif, on est obligé de prendre la plainte, sinon on a des ennuis, alors que vous pouvez toujours essayer de porter plainte si on vous traite de sale français ou de sale Noir !* » dira par exemple un policier au sociologue lors des observations.

Ce sentiment d'action entravée se retrouve à propos de l'intervention dans certaines banlieues difficiles. Si les brigades que nous avons suivies n'hésitent pas à entrer dans les cités présentées comme dangereuses, elles estiment qu'il est délicat, voire impossible de procéder à une interpellation ou de verbaliser sans une grande présence de force de police. Le risque, sinon, serait que se crée un attroupement hostile prenant la défense du mis en cause et débouchant sur une situation incontrôlable. C'est ainsi que dans une patrouille, les policiers repèrent un groupe de jeunes, au milieu de la cité fumant ce que les policiers pensent être de la drogue. Après une longue hésitation, ils décident de ne pas le contrôler, les lieux leur semblant peu favorables. Autre exemple : un jeune, connu des policiers, passe près d'eux en scooter sans casque. Le conducteur m'explique qu'ils ne peuvent pas le poursuivre dans la cité car une poursuite pourrait provoquer un accident et des risques d'émeutes. Ce type de non intervention pourrait expliquer la plainte paradoxale, exprimée par certains policiers (notamment ceux rencontrés par Michel Wievorka, 1992) au sujet de l'impunité ou du traitement de faveur dont bénéficieraient les étrangers, alors même que les étrangers ou personnes d'origine étrangère sont, dans les faits, plus souvent contrôlés.

A l'hôpital, ce genre de plaintes paradoxales peut aussi être entendues à propos des patients étrangers, parfois accusés de plus profiter du système d'aide sociale que les Français. Leur forte présence dans les services d'urgence (Peneff, 2000) où l'on n'a pas à avancer les frais, comme le système spécifique de l'aide médicale d'Etat (pour les patient étrangers, notamment en situation irrégulière), ont un effet stigmatisant (Fassin et al., 2002). Comme les policiers, certaines soignantes peuvent ainsi avoir le sentiment que les étrangers bénéficieraient de traitement de faveur alors que l'étude des dispositifs sociaux comme l'observation des services montreraient plutôt le contraire.

Dans le cas de la police comme dans celui de l'hôpital, les remarques négatives sur les usagers s'inscrivent dans le contexte d'un ensemble de mesures politiques qui, aux yeux des

professionnels brouillent le travail de catégorisation des « clients »¹⁵. Deux évolutions contradictoires semblent leur être imposées. La première concerne la reconnaissance juridique et symbolique de nouveaux droits : droits et meilleurs reconnaissance des plaignants, nouvelles procédures de contrôle des gardes à vue (visite médicale, avocat...) dans les commissariats ; information des patients et démarches qualité à l'hôpital. La seconde, à l'inverse, tente d'imposer une logique d'efficacité économique et de rationalisation : politique du chiffre et brigades spécialisées pour la police, réduction des lits, des durées de séjour et des effectifs à l'hôpital. Cette dernière tendance pousse les infirmières, pour gagner du temps, à éviter les interactions avec les patients qui leur semblent les plus difficiles et « chronophages », et donc souvent avec ceux issus de l'immigration (Spitzer, 2004). De leur côté, les policiers sont incités à multiplier les interpellations, les flagrants délits et une certaine émulation peut être observées entre brigades (notamment entre police-secours et Bac). Pour faire du chiffre, la solution est souvent de recourir aux routines professionnelles dont beaucoup sont fondés sur les stéréotypes raciaux.

Là encore, le sentiment paradoxal que les usagers étrangers seraient favorisés alors même que les discriminations à leur rencontre peuvent augmenter s'explique par le brouillage et la contradiction ressentie à l'issue de ces différentes politiques.

Conclusion

Dans les deux métiers, la question des discriminations ethniques doit être replacée dans les formes plus larges de relation au public. Pour faire leur travail, à la fois dans la tentative de mise en œuvre d'un idéal professionnel et du fait de routines visant à faciliter le travail et maximisant les résultats (avoir des explications standardisées sans tenir compte de la compréhension réelle du malade ; surveiller en priorité les manouches, etc.), les infirmières et les policiers en viennent à catégoriser leur public, en partie sur la base de critères ethniques et de représentations locales des différents groupes. D'autres travaux sur la relation de service ont montré comment la catégorisation des usagers représentait un moyen pour le collectif de travail de conforter sa vision de la mission qu'il doit remplir. Le mépris affiché, dans les discussions entre collègues, pour certains groupes est ainsi un moyen de réparer symboliquement une injustice ressentie ou de faire face aux tensions subies. Reprenant l'analyse de Peter Blau (1963), Yasmine Siblot (2006) explique que les remarques négatives ou les plaisanteries douteuses tenues en coulisse sur certain type de public peuvent jouer un rôle d'exutoire face aux difficiles conditions de travail et renforcer le groupe. Ce qui permettrait de tenir et de continuer à offrir des services au public.

Mais ces jeux sociaux sont plus que de simples moments de défolement entre soi s'ils entretiennent les stéréotypes à l'origine des comportements discriminatoires. Dans les collectifs de travail plus anomiques, il y a plus facilement passage des discours aux actes dans la mesure où les normes collectives et professionnelles – qui veulent que chacun soit traité avec équité – encadrent moins les dérives individuelles et régulent moins l'action collective. De même, dans un groupe de travail éclaté entre différents segments partageant des représentations contradictoires du métier, l'utilisateur différent est plus facilement rejeté.

Pour comprendre ce qui peut limiter le racisme, il faut donc réfléchir aux conditions organisationnelles qui favorisent des échanges de diagnostic et de répartition de la charge de travail dans les activités d'arrestation pour les policiers et de soins pour les infirmières, plutôt que d'essayer d'agir sur les seules représentations individuelles. A ce titre, la réponse

¹⁵ Pour la police, voir Boussard, Lorient et Caroly, 2006 ; pour les infirmières, Lorient, 2005.

apportée par l'institution au moment de la formation des infirmières et des policiers, sous la forme d'une sensibilisation culturelle aux autres groupes ethniques à base de rudiments d'anthropologie et d'ethnologie risque de n'avoir que peu d'effets, voire de renforcer les préjugés par la légitimation par la science des différences et des routines professionnelles.

A l'hôpital, les pratiques relatives au « syndrome méditerranéen » peuvent être renforcées et légitimées par les rudiments d'anthropologie enseignés aux élèves infirmières. Dans la police, il est mis en avant que l'on surveille plus les manouches, les jeunes des cités, les grands Noirs, etc. non pas du fait de leur origine, mais parce qu'ils constitueraient un groupe à risques objectivés. La confirmation empirique, favorisée par les effets auto-réalisateurs (si on surveille plus une catégorie, ses délits seront plus visibles), les effets de sélection psychologique (on retient, et on évoque avec les collègues, ce qui confirme les catégories) et le refus d'envisager les déterminants sociaux, vient renforcer des routines et des catégorisations déjà largement installées par les jeux professionnels.

Références

- Barbee E., 1994, "Racism in US nursing", *Medical Anthropology Quarterly*, 7(4):346-362.
- Black D., 2003 (1968), « L'organisation sociale des arrestations », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, Hors-série « Connaître la police », pp. 73-104.
- Boussard V. ; Loriol et Caroly S., 2006, « Catégorisation des usagers et rhétorique professionnelle. Le cas des policiers sur la voie publique », *Sociologie du travail*, Vol. 48 , n° 2, pp. 209-225
- Curtis J.D., 2003, "Culture, values and racism: application to nursing", *International Nursing Review*, Volume 50 Issue 1 Page 55 - March 2003
- Enjolras F., 2006, « Famille, immigration et santé mentale : les vicissitudes de la « culture » entre liens familiaux et systèmes de soins », dans Mebtoul M. (dir), *Famille et santé : le regard des sciences sociales*, Oran, Editions Dar El Gharb.
- Fassin D., Carde E., Ferré N. et al., 2002, *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*. Bobigny: Rapport d'étude n° 5, CRESP.
- Hopkins Kavanagh K., 1991, "Invisibility and selective avoidance: Gender and ethnicity in psychiatry and psychiatric nursing staff interaction"; *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol 15, n° 2.
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J-P (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique*, Marseille, Kathala.
- Jobard F., 2006, « Police, justice et discriminations raciales » dans *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française* sous la dir d'E. et F. Fassin, La Découverte.
- Kassembe D., 2001, *Soigner en noir et blanc*, L'Harmattan, 101 p.
- McDonald D.D., 1994, "Gender and ethnic stereotyping and narcotic analgesic administration", *Researches in Nursing and Health*, 17: 45-49.
- Mebtoul M., 2005, *Médecins et patients en Algérie*, Oran, Editions Dar El Gharb.
- Monet J.C., 1993, « Police et racisme », dans *Racisme et modernité* (sous la direction de Wieviorka M.), La Découverte, col. "Textes à l'appui", pp. 307-317.
- Norris C, Fielding N, Kemp C and Fielding J., 1992, "Black and blue: an analysis of the influence of race on being stopped by the police", *British Journal of Sociology*, vol. 43, n° 2, pp. 207-224.
- Peneff J., 2000, *Les malades des urgences*, Métailié.
- Porter CP, & Barbee E., 2004, "Race and racism in nursing research: past, present, and future", *Annual Review of Nursing Research*; 22:9-37.
- Siblot Y., 2006, *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*, Presses de Sciences Po, col « Sociétés en mouvement ».

- Spitzer D. L., 2004, "In visible bodies: minority women, nurses, time, and the new economy of care", *Medical Anthropology Quarterly*, 18(4): 490-508.
- Strauss A., 1992, *La trame de la négociation*. Paris, l'Harmattan.
- Sykes, R.E. and Clark, J.P., 1975, "A theory of deference exchange in police-civilian encounters", *American Journal of Sociology*, vol. 81, n° 3, pp. 584-600.
- Véga A., 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Editions des Archives contemporaines.
- Véga A., 2001, *Soignants-soignés, approche anthropologique des soins*, De Boeck Université.
- Villatte, R., Gadbois, C., Bourne, J.P., Visier, L. (1993). *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital. Faire siens les outils du changement*. Paris : InterEditions.
- Wieviorka M., 1992, *La France raciste*, Le Seuil.
- Zauberman R., 1998, « Gendarmerie et gens du voyage en région parisienne », *Cahiers internationaux de sociologie*, 105, pp. 415-452.