



HAL
open science

Que faire de la diversité ? Hôpital et École face aux discriminations ethno-raciales

Olivier Cousin

► **To cite this version:**

Olivier Cousin. Que faire de la diversité ? Hôpital et École face aux discriminations ethno-raciales. Recherches en éducation, 2016, École, citoyenneté, ethnicité, 26, pp.78-87. 10.4000/ree.6609 . halshs-01363827

HAL Id: halshs-01363827

<https://shs.hal.science/halshs-01363827v1>

Submitted on 12 Sep 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Que faire de la diversité ? Hôpital et École face aux discriminations ethno-raciales

Olivier Cousin¹

Résumé

L'article s'appuie sur une vaste recherche traitant de l'expérience vécue des discriminations. L'École et l'Hôpital publics ont été un des théâtres dans lesquels l'enquête a été conduite. Deux institutions qui historiquement ont été protégées par les discriminations en affichant leur universalisme. L'école n'a affaire, en théorie, qu'à des élèves, l'hôpital qu'à des malades et chacune de ces institutions reste profondément attachée au principe républicain. Pourtant, aujourd'hui, l'une et l'autre vivent et affrontent les discriminations et la reconnaissance de la diversité différemment. Pour comprendre ces différences, il faut rappeler comment l'articulation entre universalisme et particularisme joue à l'hôpital et à l'école. Elle est au fondement même de la pratique médicale, alors que son rejet caractérise historiquement l'institution scolaire. Les discriminations ethno-raciales restent peu visibles à l'hôpital parce que son organisation repose sur l'alliance entre un traitement objectif et rationnel du patient et l'individualisation de sa prise en charge. À l'école, elles ne sont pas nécessairement plus importantes, mais elles contaminent l'institution à cause des effets conjugués du tri scolaire et de la ségrégation spatiale différenciant fortement les établissements, et de la gêne à l'égard de la place à accorder à la prise en charge de la diversité.

L'hôpital, comme l'école, est régi par des principes universaux et par des règles rationnelles et impersonnelles. Deux principes caractéristiques des programmes institutionnels (Dubet, 2002) qui protègent *a priori* les institutions et les acteurs qui les font vivre des discriminations. L'hôpital n'accueille que des malades, et l'école n'enseigne qu'à des élèves. Mieux encore, aucune de ces institutions ne choisit son public, en dehors de critères techniques et/ou professionnels comme la spécialisation médicale ou scolaire. Ces critères, neutres et objectifs, répondent aux principes de l'indifférence aux différences conduisant selon la formule de P. Simon à une « égalité par l'invisibilité » (Simon, 2008) : à l'école seul le mérite oriente les élèves vers une filière ou un établissement ; à l'hôpital les malades sont répartis dans les services en fonction de leur pathologie.

Ces principes semblent aujourd'hui fragilisés et, à l'instar de la société française, les institutions ne sont pas épargnées par les discriminations. Les malades et les élèves ne sont pas des individus abstraits, et les professionnels qui les prennent en charge ne sont jamais complètement indifférents à la différence. En s'immisçant au cœur du travail institutionnel, la diversité devient un objet d'interrogation, et parfois d'inquiétude, quand au-delà du malade ou de l'écolier, les institutions font face à des individus exprimant leur singularité ou revendiquant des traitements particuliers au nom de leur identité. Les réponses apportées sont complexes et diverses selon les institutions et marquées d'une forte incertitude car rien ne permet d'affirmer qu'elles n'entraînent pas des discriminations. Soit parce qu'au nom de l'égalité républicaine elles refusent le principe de la diversité ; soit parce qu'au nom de la reconnaissance des identités elles puisent dans un ensemble de préjugés et de stéréotypes qui conduisent parfois à enfermer les individus dans des identités imposées (Hamilton Krieger, 2008).

Sur la base d'une vaste enquête centrée sur l'expérience des discriminations, nous ne chercherons pas à mesurer la nature et l'ampleur des discriminations ethno-raciales à l'hôpital ou à l'école. Mais à partir du récit d'individus susceptibles d'être discriminés en fonction de leur

¹ Professeur de sociologie, Centre Émile Durkheim, Université de Bordeaux.

origine, de leur genre ou de leur orientation sexuelle, nous nous attarderons sur les manières dont ces institutions articulent les principes universels et la demande de singularité². Nous faisons en effet l'hypothèse que cette capacité d'articulation éclaire en grande partie la nature des relations qu'entretiennent les individus avec les institutions. L'école apparaît comme un espace fortement discriminant car elle reste embarrassée par la prise en charge des identités et de la singularité. L'universalisme des règles et des normes, garantie de la méritocratie, s'oppose à la reconnaissance des différences, et ce qui apparaît aux yeux de l'institution et de ces acteurs comme un principe de justice se révèle pour les élèves appartenant aux minorités visibles comme la marque d'une indifférence et souvent d'un mépris à leur égard. L'hôpital, au contraire, semble parvenir à articuler une référence à l'universalité en s'appuyant sur une forte culture technique, et la prise en charge de la singularité par la reconnaissance de la spécificité du malade. À cela s'ajoute un mode de fonctionnement basé sur un travail collectif qui dans le cadre de l'hôpital permet de penser les demandes et les réponses spécifiques à apporter aux patients, mode d'organisation qui n'existe que très marginalement dans le cadre de l'école. Dans le cadre de cet article, nous ne retiendrons que les discriminations ethno-raciales.

1. L'hôpital

La nature des relations patients-personnel médical reste commandée par le modèle décrit par Parsons (1955) qui fondamentalement combine principes universaux et singularisation de la prise en charge. Les médecins et les infirmières agissent au nom de la science et de l'intérêt du malade et appréhendent chaque patient comme un cas individuel nécessitant un traitement particulier. L'hôpital est accessible à tous, quels que soient son statut et ses origines, et la revendication du service public maintes fois affichée rappelle qu'il ne sélectionne pas ses malades. Santé publique et bien du patient s'accordent au point de se confondre dans les représentations et dans les pratiques. Le souci du malade contribuant même à faire progresser la médecine.

■ Inégalités et préjugés

L'attention à la personne ne doit pas masquer les inégalités, les préjugés et les potentielles discriminations. L'hôpital, comme institution et organisation, n'est pas un lieu qui échappe aux contraintes et aux règles de la vie sociale et il serait naïf de croire qu'elles s'arrêtent aux portes de l'institution par le simple fait de la proclamation du droit à la santé.

À l'hôpital les inégalités sociales et de statut l'emportent et les acteurs en évoquant les discriminations englobent dans un même ensemble distance sociale, mépris de classe et racisme latent. Les différences hiérarchiques très marquées entre le monde des médecins et le monde des aides-soignants, où les seconds sont en très grand nombre originaires des Antilles, mêlent tous ces aspects. Les élèves en classe de terminale carrières sanitaires et sociales en font l'amère expérience à l'issue de leur premier stage en maison de retraite. « *Les Noirs, raconte une lycéenne, ils sont tous aides-soignants. Les médecins, comment ils traitaient les aides-soignantes, je me disais mais franchement c'est du racisme. Non, mais ils sont graves de toute façon les médecins. Certes, ils sont médecins mais ils se croient supérieurs aux autres, certes ils sont supérieurs, mais ça ne veut pas dire qu'ils doivent prendre les autres comme si c'était des esclaves ou comme si c'était des riens du tout.* » Ce qu'elle éprouve, comme les autres élèves de sa classe, c'est l'écart entre les promesses de sa formation, où la relation à l'autre est valorisée, et la réalité de la hiérarchie sociale et symbolique qui valorise la science et la technique, et délègue aux moins qualifiés l'entretien et l'hygiène des locaux et des corps. « *Ce*

² Ce texte s'appuie sur une enquête menée entre 2008 et 2012. La recherche s'est intéressée à l'expérience des discriminations, soit la manière dont des individus susceptibles d'être discriminés vivent, éprouvent et analysent les épreuves qu'ils subissent. Elle repose sur un corpus de plus de 200 entretiens qui comportait à chaque fois un volet sur l'école et l'hôpital. Des entretiens avec des enseignants et du personnel hospitalier ont aussi été réalisés. Seules les discriminations ethno-raciales, de genre et celles relatives à l'orientation sexuelle ont été abordées dans cette enquête ; et il n'est question que de l'hôpital et de l'école publics. Les extraits d'entretiens en sont directement issus. Cf. Dubet *et al.*, 2013.

n'est pas un sentiment, précise l'élève, c'est la réalité : aide-soignante, c'est en bas. On a même été avec les aides ménagères. Donc c'est tout en bas. »

Malgré le droit, les inégalités de santé demeurent. L'accès au soin varie fortement en fonction des milieux sociaux et des lieux d'habitation. Les plus pauvres ont un moindre accès aux soins, en particulier aux spécialistes. Or les individus assimilés aux minorités visibles, qu'ils soient immigrés ou non, appartiennent massivement aux classes populaires. Quand ils bénéficient de la CMU (Couverture maladie universelle) ou de l'AME (Aide médicale de l'État) ils s'exposent à un plus grand risque d'exclusion du système de santé (Alliot, 2006 ; Fassin et al., 2002 ; Després, 2009 ; Ianni et al., 2013 ; Cagnet et al., 2012). De la même manière que l'attention à l'égard du malade sera moindre si celui est jugé responsable de ce qui lui arrive : le toxicomane, l'alcoolique ou encore la personne obèse suscitent des réprobations et moins de compassion. Une différence de traitement qui n'est pas niée par les acteurs du système hospitalier mais qu'ils distinguent nettement de pratiques discriminantes. Ce n'est pas la couleur de peau qui joue, mais la conduite de l'individu, comme l'explique un chef de service : « *La discrimination ethnique, je trouve qu'elle n'est pas très importante, elle existe, entre soignants et entre soignants et la population qui vient aux urgences. Mais je dirais que la discrimination sociale est beaucoup plus importante que la discrimination ethnique. Le type qui arrive, qui est sale, qui est barbu, qui est en état d'ivresse ou qui est agressif, sera moins bien reçu qu'un monsieur costard-cravate, présentant bien, qu'il soit blanc, jaune ou rouge. Dans l'actuel climat social, j'estime qu'un Blanc qui arrive, SDF, crado, bourré et gueulant, est beaucoup moins bien accueilli qu'un Noir qui arrive parce qu'il a une crise de palu, ou peu importe, et qui présente bien, qui est propre et qui est poli. »*

Les personnes rencontrées au cours de cette étude corroborent les propos de ce chef de clinique. L'hôpital se démarque parce qu'il n'est pas assimilé aux lieux où les individus se heurtent à des discriminations, à la différence du monde du travail, des administrations, des lieux de loisir comme les boîtes de nuit, ou bien encore l'école comme on le verra. Ce qui ne signifie pas qu'elles soient absentes. Ce qui ne protège pas non plus l'institution des préjugés et des stéréotypes à l'égard des minorités et des immigrés. Les malades et leur famille qui ne se conforment pas aux règles implicites de l'hôpital, qui en font trop ou pas assez, qui résistent au savoir médical, font l'objet de réprobation. Certains parlent par exemple de « syndrome méditerranéen » pour décrire ce qui serait une caractéristique des patients issus d'Afrique du Nord, plus angoissés et plaintifs (Loriol et al., 2010 ; Véga, 2001). D'autres se plaignent d'attitudes irrationnelles de la part des Noirs africains encore imprégnés de rites traditionnels (Kassembé, 2001). Les infirmières comme les médecins invoquent le poids des cultures qui entravent parfois le bon fonctionnement de l'hôpital. Dans le cadre de notre enquête, ce sont les Gens du voyage qui focalisent l'attention et suscitent réserve et agacement. Trop bruyants, se déplaçant toujours en famille, suspicieux envers le personnel médical, ils perturbent l'hôpital et déstabilisent son organisation. « *Il y a un problème, il y a les gens du voyage, raconte un urgentiste. Ils sont très envahissants. Ils arrivent à plusieurs, c'est ingérable quoi. Et ils sont toujours dans le doute, dans la suspicion, ils nous accusent, nous, d'être racistes alors qu'on n'a pas encore ouvert la bouche, alors qu'on n'a rien fait quoi. Il me semble qu'il y a moins de problèmes maintenant, ou alors on est habitué.* » Cependant rien n'indique que les préjugés conduisent à des pratiques discriminatoires et, à la différence des études anglo-saxonnes (Barbee, 1994 ; Porter & Barbee, 2004 ; Mc Donald, 1994), il est vrai beaucoup plus anciennes et abondantes, les recherches menées en France restent très prudentes quant aux conséquences de l'évocation des stéréotypes à l'égard des populations musulmanes ou roms par exemple (Bertossi & Prud'homme, 2001).

Le thème des discriminations émerge dans un tout autre registre et retourne le point de vue. Le personnel hospitalier l'évoque quand il parle de l'attitude des patients à leur égard, quand le médecin, l'infirmier ou l'aide-soignant n'est pas blanc. Les témoignages évoquent un racisme banal de la part des patients, souvent âgés, qui refusent d'être pris en charge par un médecin noir ou arabe, ou qui plus simplement n'imaginent pas qu'il puisse être médecin et l'assimile systématiquement au monde des aides-soignants ou des infirmiers. La réaction est alors de rappeler les principes républicains et de ne pas céder à des demandes contraires à l'éthique

médicale. « *Moi, en trente ans, raconte un médecin, j'ai eu une fois à faire à un type, un malade, qui arrive, français, blanc. L'externe qui se pointe était jaune, je crois, de l'île Maurice et l'interne, il devait être noir. Bon, on m'appelle en tant que chef de service parce que le patient refusait d'être examiné par l'externe qui était jaune et par l'interne qui était noir. J'y suis allé, je lui ai dit : "écoutez monsieur, vous êtes dans un service public, je m'appelle Polanski, je suis d'origine polonaise, donc si vous n'êtes pas content vous partez, sinon vous vous faites examiner par le Jaune, le Noir et le Polonais." Une fois, bon, c'est quand même pas très fréquent, le mec, il a tiré la gueule et puis il s'est laissé faire.* » Ces cas paraissent à la fois banals, en particulier avec les personnes âgées et dans les centres de gériatrie (Bertossi & Prud'homme, 2011) et relativement maîtrisés par le personnel médical qui parvient à imposer ses règles et ses obligations. Le rappel à l'ordre souligne la capacité de résistance et d'adaptation de la part du système hospitalier. À la différence de l'école, comme on le verra, l'hôpital paraît moins affecté par ces propos et ces attitudes parce qu'il parvient à les contrer.

■ Gérer la diversité

L'universalisme auquel l'hôpital se réfère suppose que tous les patients ont le droit au même traitement et qu'il ne peut y avoir de différence, de favoritisme ou de passe-droit. Cette référence demeure et le personnel hospitalier ne souhaite pas y déroger. Mais dans la pratique, et pour les besoins de la médecine, il laisse une part importante à la singularité, puisque chaque patient est un cas et que chaque pathologie est spécifique. Universalisme et particularisme s'articulent donc plus qu'ils ne s'opposent dans la prise en charge du malade. Cette singularité s'exprime depuis quelques années sur un autre registre avec l'expression de demandes liées autant à des identités et à des cultures qu'à des histoires médicales. Les médias ont ainsi beaucoup relayé les exigences de certaines femmes musulmanes refusant d'être examinées par des hommes.

Le personnel hospitalier oscille entre refus et arrangement. Très souvent hostiles à l'évocation de ces situations, les médecins et les infirmiers décrivent dans la réalité de la pratique la nécessité d'une adaptation, de trouver des compromis et de lever les résistances. Tout n'est pas admissible, mais l'important est d'assurer la continuité des soins. Le professionnalisme l'emporte sur l'idéologie et l'organisation fait preuve de plasticité en s'adaptant à la diversité au nom de la santé du patient (Bertossi & Prud'homme, 2011). Dans les propos des acteurs, l'important est de trouver des arrangements pratiques, de trouver des aménagements qui lèvent les tensions et les appréhensions, qui favorisent le bon déroulement des actes médicaux. L'hôpital est alors moins pensé comme une institution qu'une organisation capable de tenir compte de la personne et de son identité, comme l'explique une infirmière : « *Ce que n'aiment pas les femmes maghrébines en général, et les Gitanes, c'est de se retrouver nues par rapport à l'homme. Donc notre souci, c'est de les couvrir, de mettre un drap, de ne sortir que l'essentiel. Quand on est en chambre opératoire, on a la tête et les doigts de pieds, elles sont mieux, leur pudeur est protégée. En plus on met des paravents pour ne pas qu'on les voie. Elles sont beaucoup plus décontractées.* » Si les demandes paraissent impossibles, matériellement ou éthiquement, il reste toujours la possibilité d'orienter le patient ailleurs. « *Avant je travaillais aux urgences. Au niveau de la population c'était un petit peu particulier et, en gynéco, les femmes maghrébines, on essayait de demander à ce que ce soit une femme gynéco qui vienne. C'était pas toujours possible, alors à nous d'anticiper, d'expliquer les choses, et de leur proposer un médecin. S'ils ne veulent vraiment pas, on ne peut pas les obliger. Ça nous est déjà arrivé, car il n'y avait que des hommes, et s'ils ne veulent vraiment pas, ben ils vont voir ailleurs.* »

La réponse est rarement individuelle. Elle résulte au contraire de décision au sein d'un service voire d'un hôpital. C'est ainsi qu'il existe plusieurs initiatives, ciblant des populations particulières comme les Roms ou les Bulgares dans le cas de notre enquête, regroupant le personnel médical, des associations et parfois des anthropologues. La prise en compte de la diversité devient une politique en soi. Elle s'adresse aux patients pour, par exemple, diffuser des pratiques préventives, en matière de contraception dans le cadre d'une consultation destinée aux femmes turques et bulgares. Elle permet au personnel hospitalier de dépasser les malentendus et les préjugés. Ces initiatives visent moins à accéder à toutes les demandes qu'à lever les ambiguïtés

et à éviter les discriminations indirectes³ par méconnaissance ou maladresse. Une médecin, psychiatre et anthropologue, à l'initiative d'une consultation, explique les tensions dans lesquelles les infirmières peuvent être prises. « *C'est vrai qu'elles peuvent être attaquées pour racisme parce qu'elles ont fait un geste de travers, parce qu'effectivement la différence des sexes entre en jeu dans une toilette d'homme. Mais pour autant je pense aussi que ça doit être respecté si un homme musulman demande à ce que ce soit un homme, je pense que le service peut entendre ça. Je n'ai jamais vu de situations qui étaient bloquées.* » À la nécessité d'assurer la continuité des soins s'ajoute la crainte d'être accusé de discrimination : « *Quand il y a quelqu'un de couleur, qu'il soit noir, maghrébin, tout ce qu'on veut, s'il y a un problème x ou y, le personnel va faire très attention justement à comment il parle, à comment il se comporte, pour ne pas se faire accuser de racisme, parce que ça va très vite. On fait très, très attention. On marche sur des œufs, justement pour éviter de se laisser accuser de racisme pour quoi que ce soit. Ah oui, il se protège énormément le personnel. Parce que pour un oui ou pour un non, ça y est, on y a droit : on est raciste. Et l'encadrement ne nous soutiendra pas. Ça sera forcément nous qui aurons tort.* »

Ces initiatives ne protègent pas mécaniquement des discriminations et peuvent isoler des populations, comme cela semble être le cas pour les femmes enceintes regroupées sous la catégorie des « Africaines » (Sauvegrain, 2012), comme elles ne sont pas sans ambiguïtés pouvant essentialiser des pratiques et enfermer les individus dans des identités imposées⁴. La prise en compte de la diversité est donc toujours à double tranchant : la refuser engendre des discriminations ; l'envisager risque d'accentuer les stéréotypes. Pour le personnel soignant, rassurer les patients, être à leur écoute et pouvoir répondre à certaines de leurs attentes paraît cependant préférable aux risques de créer des tensions et des incidents. Surtout la reconnaissance des singularités individuelles et collectives ne paraît pas menacer l'hôpital et la déontologie médicale, parce qu'elle repose sur des engagements institutionnels et s'appuie sur des collectifs de travail réunis lors des synthèses pour évoquer le cas d'un patient ou le fonctionnement d'un service. Cette reconnaissance permet finalement de neutraliser le sentiment de discrimination qui au regard des inégalités sociales face à l'accès aux soins apparaît secondaire. Ceci ne signifie pas qu'il n'existe pas de discrimination, mais que la conscience de ce risque ne paraît pas paralyser l'hôpital qui semble parvenir à l'intégrer dans son mode d'organisation.

2. L'École

Par contraste, l'expression des identités et de la diversité déstabilise et embarrasse l'école. Elle s'appuie, comme l'hôpital, sur un universalisme qui ne reconnaît que des élèves et n'admet de différence qu'au regard de leur performance scolaire. Les enseignants restent fondamentalement attachés à ces principes et tout montre dans leur histoire et dans leurs engagements qu'ils se situent au plus loin des pratiques discriminantes. L'évocation des enfants des classes populaires et/ou issus de l'immigration qui intègrent les filières les plus prestigieuses demeure un idéal fortement partagé et entretenu. Introduire la diversité remet en cause cet idéal et menace les identités professionnelles et l'institution scolaire.

■ Inégalité et injustice

Longtemps la sélection scolaire est apparue juste, reflet du résultat des élèves aux multiples épreuves égrainant leur parcours. Les inégalités scolaires ne sont que l'expression du mérite ; et les inégalités de réussite ne sont que la manifestation des inégalités sociales à l'œuvre dans la société et des modes d'investissement différenciés des familles vis-à-vis de l'école (Dubet, 2004). Cette représentation de l'école ne fait guère de place aux soupçons de discrimination et

³ Il est d'usage de différencier les discriminations directes, qui relèvent le plus souvent d'une intentionnalité, des discriminations indirectes qui, elles, sont le fruit de décisions qui produisent indirectement des formes d'exclusions. Dans le cas présent, il s'agit d'éviter que des erreurs d'interprétations quant aux réactions ou aux modes de vie des patients ne conduisent à des discriminations.

⁴ À ce propos voir les études de Carde, 2007 ; Cagnet 2001 ; Crenn, 2000 ; Kotobi, 2000, 2012.

ce thème est pratiquement absent des débats et des recherches. Depuis la fin des années 1990, un changement s'opère et l'école n'est plus épargnée. Dorénavant, l'école est perçue comme discriminante et l'homogénéité ethnique et sexuelle de certaines filières et de certains établissements en constitue la preuve évidente aux yeux des intéressés. Regroupés dans des classes relativement hétérogènes en début de scolarité, ils constatent, au fur et à mesure que la sélection s'opère, qu'elles deviennent de plus en plus uniformes. Plus les filières sont dévalorisées scolairement et socialement, plus elles sont composées d'élèves appartenant aux minorités visibles.

Formellement, l'école ne discrimine pas les élèves, et les enquêtes statistiques de grande ampleur ne valident pas cette hypothèse⁵. La sélection scolaire résulte de l'accumulation des échecs à une succession d'épreuves. Chaque point perdu, aux différentes étapes, pèse à l'arrivée et contribue à la construction d'ensemble homogène à partir du lycée. Les discriminations évoquées par les élèves résultent d'un effet d'agrégation qui est redoublé par les logiques de ségrégation urbaine et les stratégies d'évitement des établissements défavorisés par les classes moyennes (Felouzis et al., 2005 ; Pan Ké Shon, 2009 ; Préteceille, 2009). Les discriminations objectives constatées à l'arrivée ne signifient pas qu'elles aient été produites intentionnellement. Aujourd'hui encore, si les enfants appartenant aux minorités peuplent majoritairement les lycées professionnels et technologiques ou sortent de l'école sans qualification ou avec un très faible niveau de qualification, c'est parce qu'ils appartiennent massivement aux milieux populaires les moins qualifiés scolairement. C'est aussi parce que la ségrégation urbaine les regroupe dans les mêmes écoles où le niveau des élèves est encore affaibli par leur concentration, où l'offre scolaire est de moins bonne qualité en raison de l'instabilité, de l'inexpérience et du pessimisme des équipes éducatives quand s'installe l'idée que les élèves de ces établissements sont condamnés à échouer.

À l'échec scolaire et aux orientations subies s'ajoute un sentiment de mépris qui conforte pour les élèves la représentation d'un système discriminant. Les appréciations sur les bulletins blessent les élèves quand elles laissent entendre qu'ils ne sont pas à leur place, que leurs efforts ne sont pas pris en compte, et qu'ils seraient mieux ailleurs. Pour les élèves appartenant aux minorités, ces remarques prennent un écho particulier parce qu'ils ne sont jamais sûrs que les jugements ne sont que scolaires. Une élève de terminale carrières sanitaires et sociales raconte que dans sa classe, quand les enseignants s'adressent aux élèves noirs, ils les englobent dans un vous collectif et indifférencié : « *Oui, ils les rembarrent plus. Ils disent par exemple "toi, t'es fait pour gériatrie, vous vous êtes fait pour la gériatrie". Ils disent toujours "vous" en parlant des Blacks, alors que moi, ils vont me regarder en disant "oui, toi tu peux y arriver". C'est bizarre, eux ils ne pourraient pas mais nous on pourrait.* » Même les compliments, se souvient un ancien élève, sont à double tranchant, perçus avec ambivalence et teintés d'un racisme paternaliste : « *Une seule fois, j'ai été félicité par un prof pour avoir fait une rédaction en Français. Il a sorti une phrase comme ça, il a dit : "j'ai honte pour vous, vos rédactions sont nulles, je suis déçu, regardez Nordine." Il a dit, le pire c'est qu'il aurait pu l'insinuer mais il a dit : "regardez, il est pas Français, regardez la rédaction qu'il a faite, il écrit mieux que moi en français !" »*

■ **L'embarras de la diversité**

Ces critiques, les enseignants les connaissent, les ressentent comme une injustice, et les vivent comme un piège. Comme à l'hôpital, ils savent que l'école n'est plus un sanctuaire capable d'ériger une barrière étanche vis-à-vis de la société et de ses problèmes. Mais à la différence de l'hôpital, la prise en compte de la singularité des individus et de la diversité des cultures rencontre de fortes résistances et se révèle extrêmement marginale dans la pratique parce qu'elle entre en contradiction avec l'universalisme laïque. La diversité des cultures et les revendications identitaires heurtent l'image d'une culture scolaire neutre parce qu'universelle. C'est pourquoi « placer l'élève au centre du système scolaire », en lieu et place du savoir, suscite toujours une forte résistance, au même titre que les enseignants s'adressent à des élèves bien plus qu'à des enfants ou à des adolescents.

⁵ Parmi les grandes enquêtes traitant des discriminations à l'école : Birbaum & Kieffer, 2005 ; Caillet & Vallet, 1996 ; Felouzis, 1998 ; Zeroulou, 1988.

À l'hôpital la prise en compte de la diversité apparaît comme un moyen pragmatique pour résoudre des problèmes pouvant parasiter l'efficacité des soins. À l'école, elle semble au contraire venir encore un peu plus brouiller les repères des enseignants et pose plus de problèmes qu'elle n'en résout. Elle est d'abord vécue comme une menace puisqu'elle ouvre la porte à un ensemble de revendications illimitées donc immaîtrisables. Faut-il, par exemple, prévoir un aménagement spécifique pour les élèves pratiquant le ramadan et si oui que dire alors aux autres élèves ? Poser la question, c'est déjà inévitablement se mettre dans une situation impossible, comme le raconte une enseignante, car en s'adaptant aux uns, on court le risque de renoncer aux règles communes : « *Par exemple, à la cantine, c'est terrible. Quand ils font ramadan, certains disent, "c'est normal que j'ai une mauvaise note, c'est parce que je n'ai pas mangé." Tu favorises les autres, c'est dégueulasse. D'autres disent, "on fait des plats pour les musulmans, mais moi je suis juif, il n'y a rien de prévu." Certains profs de sport ne font pas d'athlétisme pendant le ramadan. Alors, d'autres élèves râlent ! Enfin bref... Des parents d'élèves débarquent au lycée en disant, "pourquoi fait-on quatre heures sur le Coran à présent ? Moi je suis chrétien, c'est mon pays, il n'y en a plus que pour les étrangers." Ça dérape.* »

Quand l'hôpital s'ouvre à la diversité, il parvient à protéger les patients et l'institution en garantissant la continuité des soins. L'école se sent prise au piège. Soit parce qu'il n'y a que des mauvais choix, comme l'illustre le cas des stages maintes fois évoqué. Soit parce qu'elle risque d'être dépassée et abusée par un problème qui peut se retourner contre l'institution. Dans le premier cas, les enseignants savent que dans de nombreuses situations pour les élèves noirs ou arabes les stages les exposent à des situations complexes de discrimination, soit de la part de l'employeur, soit de la part des clients (Dhume & Sagnard-Haddoui, 2006). Envoyer l'élève, c'est le confronter à une situation blessante et humiliante, et accepter que les pratiques discriminatoires se déploient en toute impunité. Refuser d'adresser l'élève, en anticipant la situation, c'est abdiquer face aux entreprises et faire là aussi indirectement le jeu des discriminations. Quoi qu'ils fassent, les enseignants discriminent. Dans le deuxième cas, les enseignants craignent une racialisation des rapports sociaux et des identités, chacun ne se définissant plus que par rapport à ses origines, sa religion, sa culture et doit s'y tenir. Parfois ce sont des enseignants, ou des élèves, d'origine arabe qui sont systématiquement assimilés à des musulmans : « *J'ai une anecdote à propos d'un de mes collègues enseignants qui est franco-marocain, très typé, raconte une enseignante. Le problème est qu'il n'est pas musulman. Il a mangé à la cantine pour être plus proche des élèves. Il y a eu une racialisation de cet enseignant de la part des élèves. Or, il mangeait du porc, et ça n'est pas passé. C'est-à-dire que les élèves toléraient que les autres enseignants qui n'étaient pas musulmans mangent du porc, mais lui n'avait pas le droit et trahissait la cause. Parce que même s'il est français, ils l'avaient racialisé et typé musulman. Il a été obligé de ne plus manger à la cantine. Si la société française est hétérogène et diverse, ce sera de plus en plus le cas, l'encadrement et l'éducation doivent aussi être le reflet de cette diversité. Est-ce que pour autant on va entrer dans des phénomènes et processus volontaristes de diversification, de typage ethnique ou racial ? À mon avis, si on s'engage là-dedans, ça craint.* » D'autres fois, ce sont les cours qui deviennent ingérables : « *Pendant un an, j'ai enseigné l'histoire géographique en bac professionnel où il n'y avait qu'un Blanc. Il était clair que la discrimination était envers lui. Ces jeunes avaient vingt ans et eux étaient français. Je pense que c'est l'enseignement de l'histoire géographique qui a tout compliqué. Il y a tout de suite eu une revendication, très forte, musulmane, pour le dire clairement. La politique colonialiste des Français, etc. Chaque fois, on bascule dans la politique.* »

L'embaras de la prise en charge de la diversité se traduit par l'absence de politique collective. Il existe de nombreuses initiatives, beaucoup d'enseignants participent à des expériences, militent dans des associations, mais institutionnellement elles apparaissent isolées et relevant d'un engagement individuel. À la différence de l'hôpital, les politiques d'établissement n'existent que marginalement, les enseignants s'identifient d'abord à leur discipline et à leur classe, et se sentent plus rarement engagés vis-à-vis de leur collège ou de leur lycée (Cousin, 1998). Lorsque des initiatives portées par l'institution se construisent, elles ont plutôt tendance à tenir à distance la diversité et à déléguer à des acteurs hors du champ scolaire sa prise en charge, comme avec le cas des médiateurs et des emplois jeunes (Bouveau et al., 1999 ; Dubet, 2002). Les dispositifs

de soutien scolaire, d'aide aux devoirs et d'animation culturelle s'inscrivent dans la même veine. Principalement portés par des associations et par les municipalités, ils visent moins à rapprocher l'école de ses publics qu'ils ne cherchent à la protéger de la société qui l'entoure et, parfois, la menace.

Conclusion

Longtemps l'affirmation des principes de l'égalité républicaine a été un des meilleurs remparts contre les discriminations. L'école et l'hôpital protégeaient les individus par la mise à distance de l'expression des singularités. Depuis plusieurs années, l'hôpital et l'école sont confrontés aux mêmes enjeux : maintenir une stricte égalité de traitement tout en accordant une place de plus en plus importante à l'expression des identités culturelles. Ne pas le faire est illusoire, tant il est évident que la sanctuarisation des institutions relève plus du mythe que de la réalité. Le multiculturalisme est un fait avant d'être un projet, et ni l'école ni l'hôpital ne peuvent y échapper.

Cependant face à ces enjeux, les réponses ne sont pas les mêmes et l'expérience des discriminations est profondément différente à l'hôpital et à l'école. Peu sensibles à l'hôpital, elles relèvent bien plus des inégalités sociales d'accès au soin et des hiérarchies internes au système hospitalier séparant nettement ceux qui manipulent la science et ceux qui restent auprès des malades. Les discriminations apparaissent d'autant moins que l'articulation entre prise en compte des singularités et nécessité de standardisation des soins se combine autour du malade défini comme un individu. Les différences, lorsqu'elles sont acceptables et ne remettent pas en cause l'organisation hospitalière, relèvent d'une gestion collective et s'appuient sur la politique de l'hôpital.

À l'école, au contraire, les discriminations envahissent les représentations. La légitimité de la sélection est contestée par le sentiment qu'elle ne s'appuie pas sur le mérite, mais sur les origines ethniques, culturelles, géographiques des élèves. Sentiment que ne parvient pas à démentir la composition des filières et des établissements tant l'homogénéité raciale et sexuelle est frappante aux deux points extrêmes de la hiérarchie scolaire. L'École, en multipliant des épreuves qui finissent par créer des classements distinguant nettement les enfants d'ouvriers des enfants de cadres, les filles des garçons, et les enfants issus des minorités et ceux provenant de la majorité, crée des catégories et des identités qu'elle ne reconnaît pas et dont elle ne sait pas quoi faire. L'affirmation de l'égalité républicaine ne tient plus, mais l'hypothèse d'un multiculturalisme ne suscite que très peu d'adhésion. Les enseignants en particulier se sentent désarmés, ne sachant pas comment prendre en charge la diversité. Ils la subissent plus qu'ils ne l'organisent.

Si l'expérience des discriminations est nettement moins présente à l'hôpital qu'à l'école, c'est aussi parce que dans le premier cas l'organisation individualise ses patients alors que dans le second cas les enseignants ne travaillent qu'avec des groupes d'élèves. À l'hôpital, la diversité fait pleinement partie de la relation médicale ; à l'école, elle est perçue comme extérieure à une relation pédagogique qu'elle déstabilise. Enfin, le personnel hospitalier gère collectivement l'expression des singularités, parvenant même à la standardiser via des procédures. À l'école au contraire, les expériences sont éclatées et isolées, et relèvent bien souvent d'engagements personnels. Au bout du compte, les enseignants se sentent seuls, désarmés, et injustement accusés.

Bibliographie

ALLIOT L. (2006), « La catégorie de sexe dans la perception des rapports sociaux entre médecins et infirmiers, hommes et femmes, à l'hôpital », *Psychologie du travail et des organisations*, vol. 4, n°12, p.231-246.

BARBEE E. (1994), « Racism in US nursing », *Medical Anthropology Quarterly*, n°7(4), p.346-362.

BEAUCHEMIN C., HAMEL C., SIMON P. (coord.) (2010), « Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France », *INED-INSEE*, octobre 2010.

BERTOSSI C. & PRUD'HOMME D. (2001), « La "diversité" à l'hôpital : identités sociales et discriminations », Paris, *Ifri*, 2001.

BERTOSSI C. & PRUD'HOMME D. (2011), « Identités professionnelles, ethnicité et racisme à l'hôpital : l'exemple de services de gériatrie », *Gérontologie et société*, vol. 4, n°139, p.49-66.

BIRNBAUM Y. & KIEFFER A. (2005), « D'une génération à l'autre, les aspirations éducatives des familles immigrées : ambition et persévérance », *Éducation et formations*, n°72, p.53-75.

BOUVEAU P., COUSIN O. & FAVRE J. (1999), *L'École face aux parents, analyse d'une pratique de médiation*, Paris, ESF Éditeur.

CAILLE J.-P. & VALLET L.-A. (1996), « Les élèves étrangers ou issus de l'immigration dans l'école et le collège français. Une étude d'ensemble », *Les dossiers d'Éducation et formations*, DEP.

CARDE E. (2007), « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé publique*, vol. 19, n°2, p.99-109.

COGNET M. (2001), « Quand l'ethnicité colore les relations dans l'hôpital », *Hommes et migrations*, n°1233, p.101-107.

COGNET M., HAMEL C. & MOISY M. (2012), « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n°2, p.11-34.

COUSIN O. (1998), *L'efficacité des collèges. Sociologie de l'effet établissement*, Paris, Presses Universitaires de France.

CRENN C. (2000), « Une consultation pour les migrants à l'hôpital », *Hommes et migrations*, n°1225, p.39-45.

DESPRÈS C. (2009), « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris », *IRDES*.

DHUME F. & SAGNARD-HADDAOUI N. (2006), « La discrimination de l'école à l'entreprise », *Rapport ISCRA-EST*.

DUBET F. (2002), *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil.

DUBET F. (2004), *L'École des chances*, Paris, Seuil.

DUBET F., COUSIN O., MACÉ E. & RUI S. (2013), *Pourquoi moi ? L'expérience des discriminations*, Paris, Seuil.

FASSIN F., CARDE E., FERRÉ N. & MUSSO-DIMITIJEVIC S. (2002), « Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins », Rapport d'étude, 5, Bobigny, *CRESP*.

FÉLOUZIS G., LIOT F. & PERROTON J. (2005), *L'Apartheid scolaire*, Paris, Seuil.

FÉLOUZIS G. (2003), « La ségrégation ethnique au collège et ses conséquences », *Revue française de sociologie*, vol. 44, n°3, p.413-447.

HAMILTON KRIEGER L. (2008), « Un problème de catégorie : stéréotypes et lutte contre les discriminations », *Sciences-Po, French-American Foundation*.

IANNI J., LUYTS B. & TARDIEU B. (coord.) (2013), « Discrimination et pauvreté. Livre blanc : analyse, testing et recommandations », *ATD Quart Monde France, Institut de recherche et de formation aux relations humaines et ISM Corum*, octobre.

KASSEMBE D. (2001), *Soigner en noir et blanc*, Paris, L'Harmattan.

KOTOBI L. (2000), « Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes et migrations*, n°1225, p.62-72.

- KOTOBİ L. (2012), « Réflexions sur l'altérité migrante comme support de traitement différentiel à l'hôpital et sur la production des données d'enquête par l'ethnologue », *Du point de vue de l'ethnicité*, C. Crenn & L. Kotobi (dir.), Paris, Armand Colin, p.179-229.
- LORİOL M., BOUSSARD V. & CAROLY S. (2010), « Discrimination ethnique et rapport au public : une comparaison interprofessionnelle », Traduction française d'un article publié en allemand : « Ethnische Diskriminierungen und die Öffentlichkeit : ein Vergleich zwischen KrankenpfliegerInnen und PolizistInnen », in Groenemeyer A. (2010), *Doing Social Problems: Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme und sozialer Kontrolle in institutionellen Kontexten*, VS Verlag, 2010, p.298-323.
- MCDONALD D.D. (1994), « Gender and ethnic stereotyping and narcotic analgesic administration », *Researches in Nursing and Health*, n°17, p.45-49.
- PAN KÉ SHON J.-L. (2009), « Ségrégation ethnique et ségrégation sociale en quartiers sensibles », *Revue française de sociologie*, vol. 50, n°3, p.451-487.
- PARSONS T. (1955), « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne », *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, p.197-238.
- PORTER C.P. & BARBEE E. (2004), « Race and racism in nursing research: past, present, and future », *Annual Review of Nursing Research*, n°22, p.9-37.
- PRÉTECEILLE E. (2009), « La ségrégation ethno raciale a-t-elle augmentée dans la métropole parisienne ? », *Revue française de sociologie*, vol. 50, n°3, p.489-519.
- SAUVEGRAIN P. (2012), « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n°2, p.81-100.
- SIMON P. (2008), « The Choice of Ignorance : the Debate on Ethnic and Racial Statistics in France », *French Politics, Culture & Society*, n°26-1, p.7-31.
- VÉGA A. (2001), *Soignants-soignés, approche anthropologique des soins*, Bruxelles, De Boeck Université.
- ZÉROULOU Z. (1998), « La réussite scolaire des enfants d'immigrés. L'apport d'une approche en terme de mobilisation », *Revue française de sociologie*, vol. 29, n°3, p.447-470.