

Mémoire
DIU Santé des Migrants – Paris XIII

**"Pourquoi la discrimination perçue
nuît-elle à la santé ?"**

Benoit BLAES benoit.blaes@gmail.com 06 26 25 54 57

Introduction :

L'état de santé des migrant.es se dégrade après leur arrivée en France. Selon l'étude TEO Les migrant.es résidant depuis plus de 10 ans sur le territoire se déclarent en moins bonne santé que la population majoritaire alors qu'ils se déclaraient en meilleure santé à leur arrivée¹. Que s'est-il passé pendant ces années ?

Précarité du logement et de l'emploi, illégalité administrative, difficulté d'accès à la santé, violences physiques, institutionnelles et symboliques, discriminations et racisme se cachent vraisemblablement derrière cette détérioration de la santé.

La discrimination ne s'arrête pas à l'obtention des papiers ou à l'acquisition d'un emploi. Elle persiste tout au long de la vie et s'applique aussi aux descendant.es de migrant.e.s. Iels étaient plus de 30% à rapporter une expérience de discrimination dans les 5 dernières années, tout particulièrement chez les minorités visibles, principalement en rapport avec leur origine ou leur couleur de peau¹. Les discriminations limitent l'accès à l'emploi, au logement, à l'éducation et aux soins. Elles exposent aussi à des menaces d'ordre interpersonnel telles qu'être ignoré, exclu, diminué, ridiculisé ou faire l'objet de violences.

Ce tout complexe que vivent les personnes migrantes n'est sans doute pas réductible à ses parties, mais il paraît néanmoins pertinent d'étudier la participation de chacune des composantes pour y apporter des réponses adaptées en terme de santé.

Quel est l'impact sur la santé du vécu de cette discrimination ?

Dans un premier temps nous effectuerons une revue de la littérature sur le lien existant entre discrimination perçue et état de santé. Dans un second temps nous discuterons de concepts proposés par la psychologie sociale pour théoriser ce phénomène. Enfin nous verrons quels enseignements pratiques nous pouvons en tirer pour notre posture de soignant.

Partie I : Quel est l'impact de la discrimination perçue sur la santé ?

La discrimination désigne le fait d'agir dans l'intention de faire des distinctions injustes ou préjudiciables en fonction d'une appartenance (ethnique, religieuse, etc.) ou de caractéristiques physiques ou morales, qui ont des répercussions positives sur les groupes inclus et des répercussions négatives sur les groupes exclus. La discrimination perçue renvoie aux perceptions subjectives d'un tel traitement inéquitable vécu par le sujet.²

Beaucoup d'études ont tenté de préciser l'impact de la discrimination perçue sur des indicateurs de santé, en particulier la santé mentale. Le cadre théorique général consiste à considérer la discrimination perçue comme un stress chronique engendrant des émotions d'anxiété et de dépression mettant en action des réponses physiologiques telle que la sécrétion de cortisol, l'élévation de la tension artérielle ou l'augmentation de la fréquence cardiaque. Cette "charge allostatique" anormalement prolongée entraînerait des effets délétères sur la santé au fil du temps. Un deuxième aspect très étudié concerne les comportements vis à vis de la santé. On suppose que les personnes discriminées auront davantage de comportements à risque comme la consommation d'alcool ou de tabac, et moins de comportements protecteurs comme le dépistage, l'activité physique ou une alimentation équilibrée.

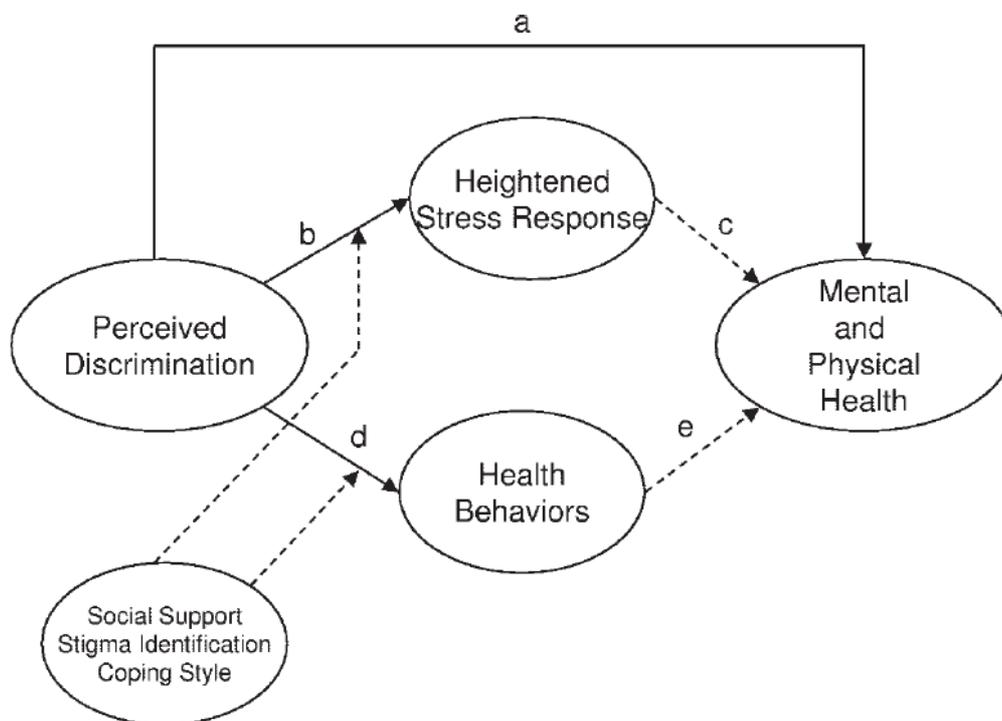


Figure 1. Pathways by which perceived discrimination influences health outcomes. Solid lines indicate analyzed pathways; dashed lines represent pathways hypothesized by past research.

Une méta-analyse de 2009 de Pascoe et Smart Richman a agrégé les données de 134 études portant sur l'association entre la discrimination (dont 65 % d'ordre raciale ou ethnique, 15% liée au genre, le reste concernant l'orientation sexuelle et non spécifié) avec la santé mentale, la santé physique, la réponse au stress et les comportements de santé³. Ces études ont principalement été réalisées aux USA sur les descendant.es afro-américain.es et latino-américain.es. Elles portaient sur des paramètres différents et étaient de qualité hétérogène c'est donc essentiellement la force de l'association qui a fait l'objet d'une synthèse des données. La méthodologie consistait au recueil du degré de discrimination perçue via des questionnaires validés et le recueil d'éléments de santé perçue via d'autres questionnaires.

En voici le tableau récapitulatif :

Table 2
Meta-Analytic Average Correlations for Perceived Discrimination and Health Outcomes

Health outcome	<i>k</i>	Mean <i>r</i>	Lower	Upper	Z value	Heterogeneity within (<i>Q_w</i>)	<i>p</i>
Mental health ^a	105	-.16	-.20	-.12	-11.97	7480.44	<.00
Physical health	36	-.13	-.16	-.10	-8.13	624.26	<.00
Stress response	12	-.11	-.18	-.05	-3.22	87.82	<.00
Health behaviors ^a	13	-.18	-.21	-.15	-11.07	33.24	<.00

Note. Coefficients represent random-effects models.

^a Represents coefficients adjusted for bias with the trim-and-fill procedure.

Santé mentale :

Pour étudier le lien avec la santé mentale, les questionnaires exploraient les symptômes dépressifs et d'anxiété, le stress post-traumatique, des indicateurs de psychose et de paranoïa et des indices généraux de bien-être (satisfaction de vie, estime de soi, qualité de vie...). Il existait une corrélation négative entre le niveau de discrimination perçue et le niveau de santé mentale perçue. Dans le random effect model la corrélation était de $r = -0.16$ (IC -0.20 ; -0.12).

Un $r = -0,16$ signifie qu'une hausse de 1 écart-type dans la mesure de discrimination correspond à une baisse de 0,16 écart-type dans la mesure de santé mentale. C'est la force de la corrélation.

Ceci suggère que la discrimination perçue est fortement corrélée à un moins bon état de santé mentale sur de nombreuses variables. Il ne semblait pas y avoir de spécificité pour un type de symptôme particulier. Cela était valable quelle que soit l'ethnie et le sexe des sujets étudiés. La corrélation était plus marquée en cas de discrimination récente que rapportée à l'échelle de la vie. ($r = -0,25$ versus $-0,15$)

Santé physique :

Les études portaient sur une grande variété d'indicateurs comme des facteurs de risque cardio-vasculaire (TA, variation de la fréquence cardiaque, etc.) des maladies (diabète, HTA, difficultés respiratoires, etc.) et des indicateurs généraux (santé perçue, maux de tête, nausées).

Il existait là aussi une corrélation négative entre discrimination et santé physique $r = -0,13$ (IC $-0,16$; $-0,10$). Ce résultat suggère que la discrimination perçue est associée à un moins bon niveau de santé physique.

J'ai approfondi ma recherche concernant **la tension artérielle** car la spécificité du profil tensionnel chez les sujets noirs avait fait l'objet d'un cours dans le DIU Santé des Migrants et j'ai voulu savoir si la discrimination pouvait expliquer cette différence. Une étude de Steffen, McNeilly, Anderson et al. de 2003 a porté sur le lien entre le racisme perçu, la colère intériorisée (anger inhibition) et la mesure de la tension artérielle⁴. Le racisme perçu était associé une TA diurne systolique et diastolique plus élevée ($p < 0,05$). Le racisme perçu et la colère intériorisée étaient positivement corrélés. La colère intériorisée était associée à un plus haut niveau de pression artérielle diastolique nocturne et une plus faible diminution de la diastolique entre le jour et la nuit ($p < 0,05$). Je n'ai pas retrouvé les chiffres tensionnels donc je ne sais pas dans quelle mesure ce phénomène peut expliquer la spécificité du profil tensionnel relevé chez les sujets noirs mais cela pourrait y contribuer.

Réponse au stress :

Il s'agissait essentiellement d'études expérimentales qui mesuraient la réponse au stress dans des situations données sur des paramètres psychologiques (stress déclaré, affects négatifs) et des paramètres physiologique (élévation de la TA, élévation du rythme cardiaque).

Il existait là encore une corrélation $r = -0,11$ (IC $0,18$; $-0,5$) qui suggère que l'exposition à la discrimination est associée à un plus haut niveau de réponse au stress. Cela va dans le sens de l'hypothèse de la charge allostatique excessive en rapport avec le stress chronique.

Comportements sains ou délétères pour la santé :

Les comportements "mauvais" pour la santé étudiés étaient la consommation de tabac, d'alcool et de drogue et les relations sexuelles non protégées. Les comportements "bons" pour la santé étaient le sport, l'alimentation équilibrée et les démarches de dépistage.

Faire ainsi le listing de ces comportements bons et mauvais pour la santé est assez interpellant et met en exergue à quel point une norme sanitaire est devenue une norme morale, et réciproquement.

Dans la méta-analyse il existait une corrélation $r = -0,18$ (IC $0,22$; $0,15$). Autrement dit, être discriminé est associé à une plus haute fréquence de comportements "mauvais" et une plus faible fréquence des comportements "bons" pour la santé. Cette corrélation était plus marquée chez les femmes que chez les hommes ($r = -0,26$ versus $-0,14$). Il n'y avait pas de différences entre les ethnies. Ces résultats semblent en accord avec l'hypothèse selon laquelle la discrimination nuit à la santé via des comportements nuisibles à la santé.

J'ai cherché à en savoir plus concernant le **lien entre tabagisme et discrimination**. J'ai retrouvé deux études qui étudiaient ce lien en ajustant sur les variables socio-démographiques et le genre. Une étude de 2015 retrouvait que la discrimination récente augmentait la probabilité de fumer le jour de l'étude (OR = 1,42) et que la discrimination à l'échelle de la vie augmentait la quantité de cigarette fumée (+ 22%)⁵. Dans une autre étude multi-variée de 2003, les participant.es faisant l'objet de discriminations raciales ou ethniques avaient deux fois plus de chance de fumer quotidiennement que ceux qui n'étaient pas discriminé.es. (OR = 2,01 IC $1,94$; $2,08$)⁶. Les auteurs faisaient l'hypothèse que le recours à la cigarette pouvait servir de ressource pour réduire l'impact du stress, tout particulièrement dans le cas où les

ressources sont déjà diminuées par l'existence d'un stress chronique.

Que conclure de ces études ?

Une partie des études incluses dans l'analyse n'étaient pas multi-variées et ajustées sur les facteurs socio-démographiques dont on sait qu'ils peuvent agir comme facteur confondant. Cela limite les conclusions sur l'effet spécifique du vécu de la discrimination par rapport à ses autres manifestations.

Par ailleurs, ces études sont essentiellement observationnelles. Elles permettent d'établir une corrélation mais pas une causalité, il reste donc méthodologiquement impossible de conclure sur la responsabilité réelle de la discrimination perçue sur l'état de santé.

Enfin, la plupart des paramètres de santé mentale relevés étaient déclaratifs par questionnaires. Nous n'avons pas de données sur des éléments diagnostics ou thérapeutiques. Pour autant, si l'on considère la santé avant tout comme un rapport subjectif au monde, cette évaluation semble pertinente.

Au total, malgré les limites d'ordre méthodologique, la discrimination semble bien être un facteur de stress chronique fragilisant le sujet et l'exposant à des conduites à risque pour la santé. Quel que soit le mécanisme impliqué, cela semble avoir un effet délétère aussi bien sur le plan mental que physique.

Partie II : Quels concepts mobilise la psychologie sociale pour expliquer cette relation ?

La **psychologie sociale** est l'étude scientifique de la façon dont les pensées, les sentiments et les comportements des gens sont influencés par la présence réelle, imaginaire ou implicite des autres et des groupes. J'ai choisi de faire appel à cette discipline car elle s'appuie volontiers sur des expériences pour fonder ses postulats et produit des hypothèses vérifiables ou réfutables. (*Karl Popper, quand tu nous tiens*)

Un article de Major, McCoy, Kaiser et al. de 2003 s'intéresse au lien entre discrimination et estime de soi⁷. Selon les auteurs, dans les sociétés occidentales une meilleure estime de soi est associée à une plus grande satisfaction de la vie, davantage d'affects positifs et moins de désespoir et de dépression. L'estime de soi serait aux USA un plus fort indice de satisfaction de vie que n'importe quel indicateur socio-démographique objectif ou psychologique (Crocker & Quinn 2000 et Diener 1984). Or, l'identification de groupe, le sentiment d'appartenance et le l'estime que les autres nous accordent sont une composante centrale de l'estime de soi. Certains identités sociales sont valorisées et respectées tandis que d'autres sont dénigrées et rejetées. C'est pourquoi les auteurs ont choisi d'utiliser l'estime de soi comme indicateur pour mesurer l'impact de la discrimination.

Les auteurs présentent trois modèles pour comprendre cette interaction :

Le modèle stimulus-réponse postule qu'un stimulus donné produit une réponse systématique chez le sujet. Formulé autrement, toute discrimination laisserait inévitablement des "marques d'oppression" dans la personnalité et l'estime de soi du sujet. (Allport 1979, Cartwright 1950, Erikson 1956) Si cela semble assez logique, ce modèle est insuffisant pour expliquer certains paradoxes : plusieurs études retrouvaient des niveaux d'estime de soi plus élevés chez des groupes faisant l'objet de discriminations chroniques que chez des groupes n'en faisant pas l'objet. (Twenge & Crocker 2002)

Le modèle stimulus-perception-réponse propose que l'impact de la discrimination est avant tout médié par la perception qu'en ont les sujets. C'est à dire que la discrimination objective n'est pertinente que dans la mesure où le sujet l'intègre comme tel. Ainsi, des études retrouvent que plus les femmes rapportent être victime de sexisme plus elles présentent de signes de dépression et moins elles ont d'estime de soi alors qu'il est plausible que toutes les femmes soient exposées au sexisme (Swim, Hyers, Cohen et al. 2001). Dans ce modèle les éléments expliquant cette différence de perception sont le degré d'identification au groupe et la croyance en la mobilité individuelle. Une étude expérimentale de Major et al. de 2003 a soumis des participantes à un entretien avec un évaluateur qui leur attribuait par la suite de mauvais résultats dans trois situations différentes : dans l'une l'évaluateur manifestait visiblement du sexisme, dans le second le comportement de l'évaluateur était ambigu et dans le dernier son comportement n'évoquait pas de sexisme. Le niveau d'identification de genre n'avait pas d'impact sur la proportion de femmes qui attribuaient la mauvaise évaluation au sexisme lorsque le comportement était évidemment sexiste ou ne l'était évidemment pas. En revanche lorsque le comportement était ambigu, les femmes ayant un fort niveau d'identification de genre rapportaient davantage de sexisme chez l'évaluateur que les autres. Concernant les croyances, une autre étude de Major et al. a montré que les participantes adhérant plus fortement à l'idée de mobilité individuelle (par exemple "L'avancement dans la société est possible pour tous les groupes ethniques") rapportaient moins de discrimination que les participantes y adhérant moins.

Le modèle transactionnel a pour objectif de rendre compte de la variabilité individuelle dans l'impact de la discrimination sur l'estime de soi. La discrimination y est considérée comme un stress (stressor) que le sujet va analyser (appraisal) et auquel il va faire face (coping) selon le modèle de Lazarus et Folkman. Le *coping*

(faire-face) est un processus dirigé permettant la régulation des émotions, des cognitions, du comportement, de la physiologie et de l'environnement en réponse à un événement évalué comme stressant. Sa mise en œuvre dépend des ressources que le sujet peut mobiliser. Des éléments structurel, situationnels, personnels vont donc modérer l'effet du stress via des différences dans l'évaluation cognitive et le coping.

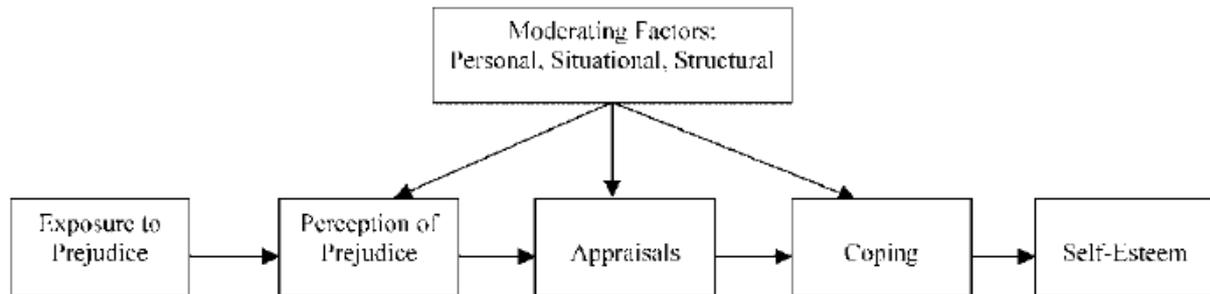


Figure 5. Transactional model.

Les auteurs décrivent plusieurs facteurs intervenant dans ce modèle :

1) Menace à l'identité individuelle ou l'identité sociale : l'événement serait perçu comme plus menaçant s'il met en cause des éléments stables de identité individuelle comme la personnalité ou la compétence plutôt que des éléments de l'identité sociale. Par exemple dans une étude de Crocker, Voelkl, Testa et al. les participantes recevaient des évaluations négatives sur un essai qu'elles avaient rédigé. Les participantes à qui l'on disait que l'évaluateur était sexiste rapportaient moins d'affect dépressif et une meilleure estime de soi que les participantes à qui l'on indiquait que l'évaluateur n'était pas sexiste. Autrement dit, la possibilité de discréditer la discrimination (révision de l'analyse) en déplaçant le blâme d'éléments stables de l'identité personnelle vers un élément d'identité social et donc d'un préjudice externe permet d'atténuer l'effet de la discrimination.

2) Clarté des signaux de discrimination : dans la même logique, la clarté des signaux de discrimination dans les interactions semble faciliter l'identification de la discrimination et limiter son impact. Les situations ambiguës rendent plus difficile d'attribuer à la discrimination les mauvaises évaluations et les affects négatifs. De façon intéressante, la même étude sur le sexisme retrouvait que l'attribution à la discrimination n'était associée à une meilleure estime de soi que dans le groupe avec des indices de sexisme clairs. Ce n'était pas corrélé dans le groupe avec des indices ambigus, et c'était corrélé négativement dans le groupe sans signe de sexisme. Autrement dit cette stratégie ne fonctionne que lorsque les signes de discrimination injustifiés sont clairs ou clairement perçus.

3) Identification au groupe : l'effet de l'identification au groupe est trouble. Dans les études citées précédemment, les participantes avec une forte identification de genre présentaient une moins bonne estime de soi dans le groupe avec l'évaluateur sexiste que les femmes avec un faible niveau d'identification de genre. Autrement dit, le bénéfice de l'assignation à la discrimination disparaît si l'identité sociale concernée est considérée comme un élément central de l'identité personnelle du sujet. La menace est perçue comme plus personnelle et plus pertinente. Pourtant, l'identification au groupe peut aussi être un

élément de coping intéressant. Les groupes peuvent procurer du support émotionnel et instrumental, une validation sociale et faciliter la résolution des situations de discrimination (action collective). Des études observationnelles retrouvent ainsi une corrélation positive entre l'identification au groupe et l'estime de soi parmi les groupes stigmatisés (Branscombe et al. 1999, Rowley, Sellers, Chavous & Smith 1998). Les recherches d'Ellemers et al. suggèrent que les le sujets ayant une forte identification de groupe renforcent leur identification de groupe en réponse à la discrimination tandis que les sujets ayant une faible identification de groupe diminuent leur identification. Dans la méta-analyse citée en première partie, l'effet de l'identification au groupe sur l'impact de la discrimination sur la santé ne ressortait pas d'un point de vue quantitatif.³ De façon assez intéressante un article de 2015 de Jetten & al. concernant des populations très différentes (enfants anglais, personnes âgées chinoises, des anciens SDF, etc.) retrouvaient que plus les sujets avaient de groupes auxquels ils s'identifiaient, plus ils rapportaient un haut niveau d'estime de soi. (théorie "the more the merrier").

4) L'optimisme : sans surprise pour les adeptes de la psychologie positive, les personnes présentant une disposition optimiste évaluaient les stress comme moins menaçant et avaient une meilleur estime de soi et moins de signes dépressifs après l'exposition à la discrimination. (Major et al. 1998)

5) Les idéologies légitimantes : adhérer à ou être imprégné par une idéologie légitimant les inégalités et les discriminations pousse l'individu à s'attribuer le blâme pour des résultats en dehors de son contrôle et à ressentir un échec moral. Une étude de Quinn & Crocker (1999) a montré que les femmes obèses ayant reçu un amorçage cognitif par une idéologie moralisatrice avant de lire un texte sur la discrimination à l'encontre des personnes obèses rapportaient un bien-être et une estime de soi moindre que les femmes ayant reçu un amorçage par une idéologie inclusive. L'amorçage n'avait aucun effet sur les femmes non-obèses.

La méta-analyse de Pascoe et Smart Richman citée en première partie s'intéressait aussi à deux autres facteur modérateurs.³

6) Le soutien social : les auteurs avancent que disposer de personnes à qui parler des expériences de discrimination peut en diminuer l'impact sur la santé, par exemple en restaurant l'estime de soi. Il s'agirait d'une ressource du sujet pour faire face. Une étude sur des sujets latino-américains homosexuels masculins a montré que ceux ayant des discussions fréquentes autour de la discrimination avec les proches avaient moins de relations non protégées que ceux qui n'en avaient pas (Yoshikawa et al., 2004). De même, une étude retrouvait que les personnes cherchant du soutien social après une expérience de discrimination présentaient moins de symptômes dépressifs (Noh et Kaspar, 2003).

7) Les stratégies de coping : les données quantitatives étaient peu contributives. Il semblerait que les stratégies de faire-face actives (confrontation, réévaluation du stress, recherche de soutien) qui donnent l'opportunité au sujet de remettre en cause la validité de la discrimination ont tendance à diminuer l'impact de la discrimination sur la santé et à favoriser les comportements bons pour la santé (Bianchi et al. 2004) tandis que des stratégies centrées sur les émotions, en particulier via le recours à la nourriture, au tabac ou à l'alcool semblaient plutôt exacerber l'impact de la discrimination sur la santé. (Yen et al. 1999) Aucune donnée ne permet de conclure sur une stratégie de coping idéale pour tous. Une étude de Kaspar et Noh² retrouvait ainsi que les stratégies de coping passives centrées sur les émotions produisaient de meilleurs résultats sur la santé que les stratégies actives chez les sujets originaires d'Asie du sud-est au Canada. L'hypothèse d'une valence culturelle et contextuelle des stratégies de coping est ainsi mise en avant. Augmenter sa palette de stratégies de coping semblerait aider à limiter l'impact du stress et l'internalisation du racisme.(Oyserman et al. 2007, Steele 1997)

Partie III : Quels enseignements pour la pratique ?

Comment la connaissance de l'impact de la discrimination perçue sur la santé peut influencer notre posture de soignant ?

Le vécu de la discrimination est une expérience délétère pour la santé et le bien-être des individus. Son retentissement est multiple et se manifeste aussi bien dans des états psychiques et physiques détériorés que dans des réponses augmentées au stress et des comportements à risque. J'en retire pour les soignant.es que :

- Manifester soi-même ou tolérer un comportement raciste, xénophobe, sexiste et plus largement discriminatoire dans un lieu de soin ou d'accompagnement est inacceptable et anti-professionnel.
- Les comportements à risque ne doivent pas être moralisés mais servir de marqueur et de signe d'alerte sur un vécu de discrimination.
- Avoir à cœur la santé des patient.es c'est avant tout avoir à cœur le respect de leurs identités et de leurs appartenances.
- Ce constat impose une exigence de changement social au minimum à l'échelle des lieux de soin.
- Aborder la question de la discrimination peut ouvrir un nouvel espace thérapeutique. Je trouve intéressant de discuter des conséquences que ça peut avoir sur la santé, du fait qu'on peut en parler voire qu'on peut agir dessus.

Comment l'approche de la psychologie sociale sur la discrimination peut influencer notre posture de soignant ?

L'impact de la discrimination sur l'estime et le bien-être des patient.e.s dépend de l'analyse qu'ils en font, des ressources dont ils disposent et de leur façon d'y faire face. Ces facteurs sont notamment la clarté des signes de discrimination, le niveau d'identification au groupe, les idéologies légitimantes, le soutien social et les stratégies de coping. La connaissance de ces facteurs ouvre des possibilités d'intervention en tant que soignant pour limiter l'effet de la discrimination sur leur santé :

- Attaquer les idéologies légitimant les discriminations et proposer une idéologie inclusive et égalitaire. Cela se fait dans sa pratique mais aussi dans la façon dont l'accueil et le lieu de soin sont organisés.
- Encourager les patient.es à identifier et verbaliser des discriminations injustifiées. Reconnaître qu'ils sont victimes de discriminations et discréditer celles-ci.
- Valoriser la recherche de soutien social si la personne peut y recourir et que c'est safe. A défaut se constituer en premier témoin et orienter vers des associations de personnes concernées si cela est souhaitable.
- Donner des conseils généraux sur les stratégies de coping est inadapté. Nous n'avons pas connaissance de la stratégie la plus efficace dans le contexte des patient.e.s. Faire porter la responsabilité de la discrimination sur la mauvaise adaptation des patient.es est irresponsable. Il n'est cependant pas exclu de réfléchir aux stratégies de coping avec les patient.es dans un cadre non dogmatique.
- Valoriser les identités de groupe et favoriser leur multiplicité... peut-être un enjeu de la santé communautaire ?
- Aucune action de réduction du racisme dans le soin ne semble avoir été solidement évaluée⁸. Nous avons le champ libre.

Tout ceci pose cependant une question : limiter l'impact des discriminations, n'est-ce pas accepter leur inéluctabilité ? Ne devrait-on pas investir toutes nos énergies à combattre le mal à la racine ? Mais les soignant.es et particulièrement les médecins sont un groupe dominant et sont donc – entre autres – à la racine du mal. Changer notre groupe semble donc une démarche adaptée qui relève de notre responsabilité.

Que dire de la relation d'aide entre un groupe de haut statut et un groupe de bas statut ?

Un article de A. Nadler¹⁰ portant sur **les relations d'aide intergroupe** apporte un éclairage intéressant. La psychologie sociale s'intéresse beaucoup aux relations différenciées qu'entretiennent les membres d'un groupe avec l'endogroupe et l'exogroupe ainsi qu'à la relation hiérarchique et les enjeux de pouvoir entre les différents groupes. Les membres d'un groupe favorisent et aident plus volontiers des membres de l'endogroupe.

Ainsi la relation d'aide d'un groupe dominant vers un groupe dominé participe souvent d'une stratégie défensive visant à protéger les privilèges du groupe dominant. Ce type d'aide "défensive" s'orientera davantage vers la dépendance (ex : don d'argent) que vers l'autonomie (ex : accès à la formation et accès à l'emploi). C'est un peu la stratégie vis-à-vis des migrants en France, par exemple via la restriction de l'accès à l'emploi et au logement et des mécanismes d'aide substitutifs et des soins "gratuits" en dehors du droit commun. Ce type de relation d'aide est bien accepté lorsque la domination du groupe apparaît comme légitime et irrévocable et moins accepté lorsque la hiérarchie semble injustifiée et modifiable.

Par ailleurs la propension d'un groupe à aider un autre groupe dépend de l'image positive ou négative qu'il s'en fait. La déshumanisation des victimes des tremblements de terres au Japon et en Haïti chez des participant.es italien.nes conduisait à une moindre propension à les aider. Ce qui est surtout intéressant c'est que l'inverse semble vrai aussi. Des Israéliens qui apprenaient que des membres de leur groupe avaient aidé des Palestiniens les humanisaient davantage par la suite.

Enfin, induire une identité commune incluant l'endogroupe et l'exogroupe réduit la réticence à aider l'exogroupe. Durant la seconde guerre mondiale, le fait que les leaders Bulgares aient décrit les juifs comme partageant une même identité Bulgare aurait ainsi encouragé la résistance populaire à l'expulsion des juifs dans les camps nazis.

Ce que ça signifie pour nous soignant.es :

- Si nous ne souhaitons pas participer au maintien des privilèges du groupe dominant (le nôtre), l'aide que nous choisissons d'apporter au groupe dominé (ici, les migrants) doit s'orienter vers l'autonomie et pas vers la dépendance. Il faut notamment s'engager pour infléchir le cadre légal dans ce sens.
- Notre action peut et doit avoir une portée d'humanisation et de réhabilitation des migrants dans nos groupes respectifs. A ce titre il peut être utile de rendre nos actions visibles et audibles à l'endogroupe.
- Faire émerger une identité commune pourrait réduire la distance entre les groupes. Un autre enjeu de la santé communautaire ?

Conclusion :

Le vécu subjectif de la discrimination est néfaste à la santé mentale aussi bien que physique. Cet effet s'ajoute aux autres obstacles liés à la discrimination (exclusion de l'emploi, du soin, précarisation du logement, etc.). La discrimination perçue se comporte comme un stress chronique auquel le sujet va faire face selon ses ressources et ses particularités et qui va altérer sa réponse aux stress et ses comportements vis-à-vis de la santé. La prise en compte de la discrimination dans la relation de soin pourrait ouvrir de nouvelles marges de manœuvre et contribuer à la réhabilitation du sujet. Dans ce contexte, la lutte contre les discriminations et l'engagement pour un changement social relèvent de la responsabilité professionnelle de tous les soignant.es.

Bibliographie

¹Beauchemin Cris, Hamel Christelle, Simon Patrick. 2015. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France, Paris, Ined, 607 p. (Grandes Enquêtes)

²Violet Kaspar, Samuel Noh, "Discrimination et identité : examen de la recherche empirique et théorique", Travail commandé par le ministère du Patrimoine canadien pour le séminaire d'identité et de diversité ethnoculturelles, raciales, religieuses et linguistiques Halifax (Nouvelle-Écosse) 1-2 novembre 2001

³Elizabeth A. Pascoe and Laura Smart Richman, "Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review", *Psychological Bulletin*, 2009, Vol. 135, No. 4, 531–554

⁴Steffen PR, McNeilly M, Anderson N, Sherwood A. Effects of perceived racism and anger inhibition on ambulatory blood pressure in African Americans. *Psychosom Med*. 2003 Sep-Oct;65(5):746-50.

⁵Brondolo, E., Monge, A., Agosta, J. et al. Perceived ethnic discrimination and cigarette smoking: examining the moderating effects of race/ethnicity and gender in a sample of Black and Latino urban adults. *J Behav Med* (2015) 38: 689. doi:10.1007/s10865-015-9645-2

⁶Bennett, G. G., Wolin, K. Y., Robinson, E. L., Fowler, S., & Edwards, C. L. (2005). Racial/ethnic harassment and tobacco use among African American young adults. *American Journal of Public Health*, 95(2), 238–240.

⁷Brenda Major, Shannon McCoy, Cheryl Kaiser & Wendy Quinton (2003): Prejudice and self-esteem: A transactional model, *European Review of Social Psychology*, 14:1, 77-104

⁸Jetten J, Branscombe NR, Haslam SA, Haslam C, Cruwys T, Jones JM, et al. (2015) Having a Lot of a Good Thing: Multiple Important Group Memberships as a Source of Self-Esteem. *PLoS ONE* 10(5): e0124609. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124609>

⁹Elizabeth Brondolo Æ Linda C. Gallo Æ Hector F. Myers Race, racism and health: disparities, mechanisms, and interventions *J Behav Med* (2009) 32:1–8 DOI 10.1007/s10865-008-9190-3

¹⁰Nadler, A. (2002), Inter–Group Helping Relations as Power Relations: Maintaining or Challenging Social Dominance Between Groups Through Helping. *Journal of Social Issues*, 58: 487–502. doi:10.1111/1540-4560.00272

¹¹Saguy T, Szekeres H, Rikki N, Goldenberg A, Guy D, Dovidio JF, Yunger C, Halperin E: Awareness of intergroup help can re-humanize the outgroup. *Soc Psychol Pers Sci* 2015, 6:551-558.