

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux

JUILLET 2002

anRS

Agence nationale
de recherches sur le sida

ANRS - Collection sciences sociales et sida, Paris, 2002
ISBN : 2-910143-19-8
ISSN : 1262-4837

Réalisation : service information scientifique et communication, ANRS
101, rue de Tolbiac, 75013 Paris
Tél. : 01 53 94 60 00

Conception : Éditions EDK
10, Villa d'Orléans, 75014 Paris
Tél. : 01 40 64 27 49

ISBN : 2-84254-073-5

Les articles de cet ouvrage sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

COMITÉ ÉDITORIAL

Michel Bozon, INED
Véronique Doré, ANRS
Didier Fassin, Université Paris XIII, EHESS
Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France
Sandrine Halfen, ORS Ile-de-France
Nicole Solier, DGS
Anne Laporte, INVS
France Lert, INSERM
Brigitte Lhomond, Université Lyon I
Patrick Simon, INED
Alain Sobel, Hôpital Henri Mondor

SECRETARIAT

Névada Mendès, ANRS

Sommaire

AVANT-PROPOS	
<i>France Lert, Véronique Doré</i>	IX
Introduction	
Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux	
<i>Didier Fassin</i>	1
I. Les catégories de l’immigration et l’épidémie de sida	
La catégorisation statistique des « immigrés » : analyse des inégalités et lutte contre les discriminations	
<i>Patrick Simon</i>	15
La classification des immigrés à l’épreuve du VIH/sida	
<i>Augustin Gilloire</i>	33
II. Les discriminations	
Discriminations ethnistes et racistes : nommer, compter, corriger	
<i>François Vourc’h, Véronique de Rudder</i>	53
La question du séjour des étrangers malades	
<i>Vincent Douris</i>	67
III. Politique d’immigration, vie familiale et sexuelle	
L’étranger et le droit au respect de la vie familiale : la situation particulière du malade atteint du VIH	
<i>Edwige Rude-Antoine</i>	73

La « masculinité » dans le contexte de la « galère » : le cas de garçons français maghrébins face aux risques d'infection par le VIH <i>Christelle Hamel</i>	85
Les migrants guadeloupéens en Ile-de-France. Gestion du risque de contamination et vécu de la séropositivité : un retour nécessaire aux sources de la formation sociale guadeloupéenne <i>Dolorès Pourette</i>	99
Des bals nègres aux boîtes <i>black</i> . <i>Sexual mixing</i> à Paris <i>Christine Salomon</i>	113

Avant-propos

France LERT, Véronique DORÉ

Il existe aujourd'hui un hiatus entre la part très importante des étrangers parmi les personnes atteintes par le VIH en France, l'extrême gravité de la situation épidémiologique en Afrique dont sont originaires la plupart d'entre eux, et le peu de recherches qui s'intéressent à la problématique de l'immigration. Le Comité scientifique CSS 5 « santé publique et sciences de l'homme et de la société » de l'ANRS fait pourtant figurer, depuis des années, ce thème comme prioritaire dans ses appels d'offres.

Pour tenter de sortir de cette situation, qui a aussi pour corollaire la timidité des politiques de prévention, l'action coordonnée 18-1 « Comportements et prévention » a réuni en octobre 2000 des chercheurs en sciences sociales travaillant sur l'immigration autour des thèmes de l'emploi, de la famille, de la discrimination, de la politique urbaine, d'autres maladies, ainsi que les acteurs travaillant sur la question « immigration et sida ». Cet ouvrage présente un bilan de cette journée. Les deux premiers chapitres sont consacrés à la question des inégalités, notamment vis-à-vis de la santé et du VIH, ouvrant ainsi le débat sur le processus de catégorisation et sur les phénomènes de discrimination. Le troisième chapitre est consacré aux aspects juridiques qui conditionnent la vie familiale, mais aussi affective et sexuelle, de ces populations. Les résultats de travaux de recherche récents qui concluent cet ouvrage donnent un éclairage sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque de contamination par voie sexuelle dans certains groupes de population.

Dans le contexte des débats politiques sur l'immigration, la production de données sur la prévalence de la maladie VIH dans cette population, la description des mouvements migratoires, les modes de vie sexuels, conjugaux ou familiaux qui sous-tendent la diffusion de l'épidémie, ou encore la question des personnes sans papier parmi les malades, paraissent, pour beaucoup, constituer un risque d'aggraver la situation de personnes déjà doublement stigmatisées et de renforcer le discours d'exclusion voire de conduire à une législation restrictive. Au-delà de la question d'une utilisation perverse des résultats des études et des recherches, cette attitude renvoie à un débat entre ceux qui mettent au premier plan les processus historiques et sociaux qui conduisent à la situation sociale actuelle des immigrés au sein de la société française, et ceux qui mettent en avant la nécessité de constituer des informations quantifiées qui permettent de mesurer la situation des différents groupes de population immigrée vivant en France et d'appréhender sur des bases bien informées les inégalités et les discriminations. Ce débat n'est pas propre au sida, il traverse toutes les sciences sociales opposant dans des conflits intellectuels, voire des polémiques sans concession, les tenants des deux positions. On les trouvera exposées dans cet ouvrage. Pour les uns, une connaissance précise

et quantifiée des situations sociales des immigrés est nécessaire à la lutte contre les discriminations et nécessitent un appareil statistique apte à décrire les situations (Patrick Simon). Pour les autres, il paraît plus pertinent de travailler sur les logiques et les processus qui produisent les inégalités et les groupes victimes « notamment parce que ces derniers peuvent changer alors même que les procédés de mise en minorité sont transposables d'un groupe à l'autre et d'une société à une autre » (François Vourc'h, Véronique De Rudder). Pour Didier Fassin, il est essentiel de différencier la nature des données à recueillir selon qu'il s'agisse d'enregistrements de nature administrative ou d'enquêtes *ad hoc*, et de veiller à ce que les indicateurs de l'origine puissent être « croisés » avec des variables sociodémographiques plus classiques : niveau d'étude, statut familial, emploi et activité professionnelle, revenu, etc. Augustin Gilloire propose, comme sociologue, une lecture de la façon dont ont été construites les données d'enquête et de surveillance du VIH/sida dans les populations immigrées. La question des catégories occupe donc une place majeure dans cet ouvrage.

Les relations entre les « immigrés » et la société française n'ont longtemps été envisagées que sous l'angle de l'intégration, c'est-à-dire de la réduction des spécificités socioculturelles dans les pratiques et la condition des immigrés, ainsi que l'aménagement en conséquence des cadres sociaux collectifs de la société d'installation. Progressivement, les traitements distinctifs attachés à la nationalité ont été réduits dans l'accès aux droits sociaux, les inégalités de traitement regroupées sous la terminologie de discriminations sont en principe combattues par le droit et par des politiques publiques. Elles persistent cependant et trouvent à s'exprimer dans l'ensemble des domaines de la vie sociale, et notamment dans celui de la santé : accès à la prévention et aux soins, connaissance et utilisation des dispositifs existants. Le respect de l'égalité de traitement suppose que soient abandonnées les distinctions selon l'origine ou la « race ». Cependant, toute distinction ne peut être considérée comme une discrimination et on peut identifier de nombreux exemples de prise en compte légitime et pertinente de l'origine, notamment dans la mise en place de politiques de prévention en direction de publics ciblés. De ce point de vue, les « discriminations sont sorties de la clandestinité dans laquelle on les laissait se développer » (François Vourc'h, Véronique De Rudder). L'expérience des associations et le travail des juristes se rejoignent pour observer la façon dont le droit des étrangers, y compris dans ses évolutions favorables, engendre de nouvelles zones de contradictions, de toute-puissance administrative et d'arbitraire. C'est ce que souligne Vincent Duris dans son article consacré au séjour des étrangers malades, l'écart demeurant entre l'amélioration des statuts juridiques liés à la maladie et les pratiques effectives d'application de ces lois.

Edwige Rude-Antoine s'intéresse au droit au respect de la vie familiale des étrangers qui préside aux législations sur le regroupement familial. Elle éclaire ainsi le lien existant entre d'une part, des législations restrictives en la matière, le maintien de cartes de séjours temporaires et le pouvoir discrétionnaire de l'administration, et d'autre part, le constat de processus de précarisation et de difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour les étrangers en France.

Il existe, par ailleurs, très peu de travaux sur les contextes, les normes, les modes de sociabilité, les comportements qui favorisent ou protègent de la transmission du VIH dans les groupes très différents de la population immigrée. Les origines ethniques ou culturelles, les contextes d'émigration des pays d'origine, l'ancienneté et les conditions de l'immigration au niveau collectif ou individuel, la religion, la législation et les politiques d'immigration, l'histoire entre la France et le pays d'origine, etc. sont autant de facteurs qui dessinent la structuration de la population immigrée en France, pour une grande part composée, aujourd'hui, de personnes de nationalité française. De ces liens complexes qui conduisent de l'histoire à la vie intime, bien peu est décrit et analysé, très insuffisamment en tout cas pour nourrir une réflexion sur la prévention au-delà d'une approche réductrice de la vie amoureuse, sexuelle et familiale d'où émergent quelques thèmes comme le recours des hommes à la prostitution, la soumission des femmes dans les relations conjugales, une vie sexuelle réduite à des relations avec des partenaires de même « origine » qui ne restitue pas la diversité et la dynamique des trajectoires migratoires. Les trois articles présentés en fin d'ouvrage abordent quelques aspects de ces questions.

On pourrait s'étonner de trouver ici l'article de Dolorès Pourette sur les Guadeloupéens migrant en métropole, s'il n'illustrait l'importance de cette prise en compte des trajectoires individuelles et de l'histoire sociale des régions d'origine pour mieux comprendre les prises de risque sexuel et le recours au dépistage et aux soins.

Christelle Hamel, en étudiant la situation de garçons français de parents maghrébins, décrit un groupe qui ne peut être appréhendé ni par la catégorie « immigré » ni par celle d'« étranger » et qui, selon un faisceau d'indicateurs et dans certaines conditions, peut être considéré comme particulièrement exposé aux comportements à risque en matière de VIH. Subissant de fortes discriminations raciales qui placent les moins qualifiés d'entre eux dans une situation de précarité durable, ils ne peuvent affirmer leur honneur et leur « masculinité », comme le désirent leurs parents. Cette situation induit un repli sur le groupe, qui devient alors le seul espace de reconnaissance et d'existence sociale. Dans ce contexte, la sexualité se trouve régie par des valeurs et des normes qui induisent une gestion aléatoire des risques dans les comportements sexuels.

Enfin, l'article de Christine Salomon décrit une situation particulière de rencontres amoureuses et sexuelles, illustrant un « brassage sexuel » qui transgresse les frontières d'âge, de milieu social et d'origine dans le milieu des « boîtes *black* » de Paris, constituant ainsi un pont entre différents pays de départ, où la prévalence de l'épidémie est forte, et la région parisienne. Bien que le sida soit un souci exprimé par les femmes françaises clientes de ces établissements, l'enjeu de la rencontre et les possibilités sociales qu'elles ont de la négocier, font passer cette préoccupation, et la protection des relations sexuelles, au second plan.

Si nous devons retenir une ligne de force, transversale à l'ensemble de cet ouvrage, nous pourrions reprendre les propos de Didier Fassin : « En réalité, si les étrangers, mais probablement aussi les enfants d'étrangers, ont des taux d'incidence du sida plus élevés que la moyenne, adoptent des pratiques de

prévention moins facilement, découvrent leur infection plus tardivement, débudent leur traitement moins précocement, ce n'est pas en raison d'un statut défavorable en matière de droit aux soins, mais à cause d'un ensemble de disparités qui caractérisent leur condition sociale. L'analyse des politiques publiques doit ainsi s'efforcer de saisir le contraste entre les succès du combat pour une égalité de droit et les silences en matière d'inégalités de situation¹, contraste qui prévaut dans la plupart des pays européens. »

Les enjeux et débats autour des méthodes et des catégories à utiliser pour étudier la santé des minorités ou des communautés immigrées ne sont pas spécifiques à la France. Ils ne stérilisent pas pour autant la recherche et le développement de concepts et d'outils comme le souligne Buekens dans un éditorial récent de la *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*².

Adaptés au contexte des migrations en France, ils devraient permettre aux épidémiologistes et chercheurs en sciences sociales de décrire et mesurer l'impact aggravant ou protecteur des conditions de la migration, des discriminations et de l'acculturation, sur la santé.

¹ Math A. Protection sociale et inégalités : les débats européens. In : *Réduire les inégalités. Quel rôle pour la protection sociale ?* Paris : Drees-Mire, 2000 : 59-70.

² Buekens P. Faut-il étudier la santé des communautés immigrées ? *Rev Epidemiol Santé Publ* 2001 ; 49 : 409-11.

Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux¹

Didier FASSIN²

À la fin de la première décennie de l'épidémie de sida, Michael Pollak [39], dans un texte présentant l'histoire des politiques publiques françaises de lutte contre l'infection, pouvait ne pas même mentionner l'existence de la maladie dans la population immigrée, en particulier d'origine africaine. Dix ans plus tard, Monika Steffen [48], se livrant à un exercice similaire mais introduisant une dimension comparative européenne, ne faisait guère plus de cas de cette question. Remarquables oublis qui traduisent toutefois fidèlement l'efficacité du travail d'occultation opéré par la société française et qui, par conséquent, révèlent un refoulé plutôt qu'ils ne pêchent eux-mêmes par omission, comme je l'ai montré [13, 16]. Et ce d'autant que quelques mois seulement après la reconnaissance des cas princeps de la nouvelle pathologie, c'est en France que les premiers cas de sida chez des Africains étaient diagnostiqués - précisément chez des immigrés.

Vingt ans après, les choses commencent à changer, et ce volume en porte témoignage. Des chiffres ont été publiés, des enquêtes sont conduites, des programmes sont menés, une réflexion s'amorce sur la direction à donner à l'action publique. Le lien, toujours problématique, entre sida et immigration devient « pensable ». Probablement le devient-il parce qu'à la place de la seule question du risque, il est désormais abordé surtout du point de vue des inégalités. Dans l'intervalle de ces deux décennies écoulées, la situation elle-même a considérablement évolué, tant pour ce qui est du sida, l'image qu'on en a, les traitements dont on dispose, les mobilisations auxquelles il donne lieu, que pour ce qui concerne l'immigration, les politiques pour la juguler, les représentations dont elle fait l'objet, les réalités que vivent les populations. Ce qu'il en est du lien entre sida et immigration n'est donc plus ce qu'il en était lorsque l'infection était marquée du sceau de l'exceptionnalité et que les étrangers apparaissaient sous le signe de la dangerosité. En ce sens, il ne s'agit donc pas de combler un retard, en mettant aujourd'hui en lumière des faits que l'on avait ignoré hier. La recherche, qui « découvre » le thème « sida et immigration », doit tenir compte des nouvelles réalités pour traiter des nouveaux enjeux.

¹ Une version légèrement différente de ce texte est parue dans la *Revue européenne des migrations internationales* (vol. 17, n° 2, 2001), sous le titre « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration ».

² École des hautes études en sciences sociales et Université Paris 13. Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique, UP13-Inserm, 74, rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny Cedex, dfassin@ehess.fr.

Épidémie et statistique

Comme l'ont montré les historiens, toute épidémie met à l'épreuve le rapport à l'étranger, en ce qu'il incarne idéalement « l'Autre dangereux » [7], construit comme différent - donc suspect - et venant d'ailleurs - donc menaçant. Au-delà cependant de la question du « péril » infectieux [28], qu'il soit fantasmé dans les représentations populaires de l'immigré vecteur de maladies ou qu'il soit objectivé par des discours savant portant sur les conséquences épidémiologiques des migrations de populations, le stigmate vient toujours s'ancrer dans une trame de soupçon et de rejet qui pré-existe à l'épidémie et dont elle vient conforter le bien-fondé [40]. Il suffit, pour s'en convaincre, de constater la récurrence et la répétitivité des schèmes impliquant l'idée d'une menace, qu'il s'agisse du monde du travail (menace pour l'emploi des nationaux) ou de l'espace de la ville (menace pour l'ordre social).

L'association préjudicielle entre sida et immigration s'est du reste trouvée confortée par les chercheurs qui ont focalisé toute leur attention sur la notion de « risque », apparemment plus neutre que celle de « péril », mais pas moins ambiguë dans la désignation de groupes désormais dits « à risque » [5]. Que l'appareil d'enregistrement statistique se soit efforcé d'éviter cette expression, trop connotée et remplacée par des « groupes de transmission » définis en fonction de « comportements à risque », qu'il ait tenté de ne pas faire apparaître la nationalité ou le lieu de naissance dans ses publications, en dissimulant les « patients originaires d'Afrique » et les « patients originaires des Caraïbes » sous l'intitulé générique de « transmission hétérosexuelle » [27], il n'a fait que conforter les suspicions, en laissant croire qu'il y avait quelque chose à cacher, et susciter des amalgames, en faisant de l'origine une explication de la contamination ne nécessitant pas d'autre démonstration [14]. Mal armé conceptuellement, le souci compréhensible de prudence, dans un contexte où les idées xénophobes s'emparaient des thèmes de l'immigration, a largement contribué à produire ce qu'il cherchait à éviter.

Le rapport de l'Institut de veille sanitaire sur « le sida dans la population étrangère domiciliée en France », paru en avril 1999, marque à cet égard une rupture significative sous au moins deux aspects [42]. Premièrement, il rend publique une information jusque-là dissimulée, permettant d'ouvrir un débat plus transparent : non seulement le sujet ne relève plus du secret d'État, mais la diffusion des statistiques leur fait perdre un pouvoir de nuisance polémique. Deuxièmement, elle déplace la préoccupation centrale des autorités sanitaires du thème implicite d'un risque de contagion de la population française par des immigrés fortement infectés par le virus aux questions du lourd tribut payé par eux à la maladie, du retard au diagnostic de l'infection et de l'accès difficile au traitement : les étrangers ne sont plus vus comme vecteurs potentiels, mais comme victimes effectives. En énonçant ce qui était caché et en le formulant dans des termes nouveaux, les statistiques ont une valeur performative : pour les pouvoirs publics, une politique plus cohérente devient possible [6]. Déjà, pourtant, il est clair que les statistiques n'en disent pas assez.

La réalité démographique - c'est-à-dire, en cette matière, politique - s'est transformée. L'orientation de plus en plus restrictive, depuis 1974, des législations et des pratiques qui régulent l'immigration a conduit à un tarissement relatif des entrées légales, dans un contexte de xénophobie et de racisme croissants au

cours des années quatre-vingt [29] : c'est ce que montrent les chiffres de l'Institut de veille sanitaire, la baisse des nouveaux cas africains constatée n'étant que la conséquence de la diminution de l'immigration autorisée. Dans ces conditions, deux phénomènes se sont produits, dont les conséquences, pourtant cruciales pour la gestion de l'épidémie de sida, demeurent insaisissables en l'état actuel du système d'information sanitaire [20] : l'augmentation des « sans-papiers » et l'émergence d'une « question ethnique ».

D'une part, le nombre des étrangers en situation irrégulière s'est accru par un double phénomène d'immigration clandestine, y compris de femmes et d'enfants rejoignant illégalement leur mari ou leur père, et d'exclusion administrative, s'agissant de demandeurs d'asile déboutés, d'étudiants en échec scolaire ou de travailleurs ayant perdu leur emploi [24] : marginalisés par leur absence de statut juridique et donc peu accessibles à la prévention et à la médecine, ils échappent souvent à l'enregistrement et au dénombrement [35]. Compte tenu des évolutions plus favorables de la législation autorisant la régularisation pour les patients atteints d'affection grave, il est toutefois probable que l'obtention d'un titre de séjour pour les malades du sida corrige, en partie, quoique avec retard, cette lacune.

D'autre part - et surtout, si l'on considère à la fois la centralité et la complexité du phénomène - les immigrés, majoritairement originaires du Maghreb, qui, paradoxalement maintenus en France par la crainte de ne pouvoir y revenir, ont fait venir leur famille ou en ont fondé une, sont venus grossir les rangs des catégories défavorisées [45] : l'expérience des services socio-sanitaires, comme les observations des enquêtes ethnographiques, montrent que leurs enfants, souvent français et nés en France, présentent des niveaux plus élevés d'infection et des difficultés plus grandes d'accès aux soins que la population générale (les statistiques épidémiologiques le montrent d'ailleurs indirectement et partiellement, puisqu'une partie de ces jeunes ou adultes sont ou se déclarent de « nationalité nord-africaine », étrangers qui ont non seulement un taux d'incidence de la maladie deux fois supérieur aux Français, mais aussi une proportion double de contamination par usage intraveineux de drogues et une fréquence une fois et demi plus grande de découverte tardive de leur infection).

Cette réalité ne peut être appréhendée ni sous la catégorie « immigrés » ni sous la dénomination « étrangers » : elle correspond à ce que, dans la plupart des pays du monde, notamment anglo-saxons, on appelle « minorités ethniques » [38]. Nombre de travaux ont montré les conséquences de ces disparités en termes d'inégalités devant la maladie et la mort [51]. Le problème de leur mesure, c'est-à-dire de la catégorisation des groupes en fonction de leur origine, voire d'une identité supposée, est complexe et controversé : pour les uns, « les interventions contre les discriminations réclament une connaissance précise de la situation sociale et économique des groupes-cibles, et donc une quantification détaillée » [46], à l'image de ce qu'a obtenu en Grande-Bretagne la *Commission for Racial Equality* ; pour les autres, « systématiser la référence à l'origine étrangère reviendrait à entériner les appariements implicites entre immigration et problèmes sociaux et à valider définitivement des identités symboliques fondées sur la stigmatisation » [47], à l'image de ce qu'on observe aux États-Unis. Sans prétendre trancher ici cette question, on peut suggérer que la réponse doit clairement différencier l'enregistrement systématique d'une information, qui tend à la réifier, et la réalisation d'enquêtes *ad hoc*, qui permettent des explorations

spécifiques. Il convient, de plus, de rappeler que toute introduction d'indicateurs concernant l'origine dans ce type d'étude doit s'accompagner de l'identification simultanée de variables socioéconomiques, les croisements entre ces facteurs pouvant permettre de mieux articuler les deux logiques sociales. Quoi qu'il en soit, il devrait s'agir d'un objet commun de recherche aux producteurs de statistiques sanitaires et aux chercheurs en sciences sociales.

Compte tenu de cette double évolution de ce qu'il est convenu d'appeler, en France, « la question de l'immigration » [43] - quand bien même le terme devient de plus en plus inapproprié - il est hautement probable que les inégalités en termes d'exposition, de contamination, de dépistage, de traitement et de prise en charge soient encore plus importantes là où, aujourd'hui, on ne les mesure pas [20] : parmi les étrangers en situation irrégulière, mal comptabilisés ; parmi les descendants d'immigrés extra-communautaires, non identifiables. Il y a là de nouveaux faits dont les scientifiques - et les politiques - devront prendre acte.

Culture et condition

Si les pouvoirs publics ont longtemps manifesté leurs réticences à traiter de front le problème du sida chez les immigrés, en revanche, l'évidence d'une transmission élevée sur le continent africain et la présence sur le territoire français d'une population relativement nombreuse originaire de ce continent ne pouvaient les laisser inactifs. C'est ainsi que des associations et des chercheurs ont bénéficié de financements de l'État pour mener à bien des activités de prévention pour les uns, et d'enquête pour les autres, auprès des collectivités étrangères essentiellement africaines. Ces contradictions entre le discours universaliste et le traitement particulariste des autorités sanitaires étaient, du reste, d'autant plus flagrantes que ce traitement tendait à exagérer les différences et à hypostasier une culture africaine [10]. Il y a principalement deux raisons à cette tendance.

Premièrement, l'identification d'un « sida africain » a immédiatement conduit à une « exotisation » de la perception du risque, à laquelle les anthropologues ont volontiers apporté eux-mêmes leur crédit, notamment dans les premières années de l'épidémie [3, 15]. Tout comme cela avait été le cas en Afrique dans les années quatre-vingt, des enquêtes ont été ainsi conduites sur les « connaissances, attitudes et pratiques » des Africains vivant en France [4, 49]. Deuxièmement, l'investissement du champ à la fois théorique et empirique de l'épidémie en milieu immigré par l'ethnopsychiatrie a conduit, en raison des orientations particulières de ses représentants français, à une forme paradoxale de « naturalisation du culturel », celui-ci servant d'explication *ad hoc* aux problèmes complexes de la prise en charge de la maladie chez les immigrés [17, 41]. Analysant la situation en termes de « choc des cultures », des études mettent en avant les croyances sorcellaires et les rituels magiques censés constituer un quotidien incommunicable aux médecins et, plus largement, à la société d'accueil [33, 37]. Cette manière d'aborder les immigrés africains a ainsi permis aux pouvoirs publics français de mettre en œuvre une politique ethnique du sida, par délégation des activités de prévention et parfois de soins à des intervenants revendiquant une connaissance particulière de ces populations : les actions conduites dans les foyers de travailleurs d'Afrique subsaharienne, pour légitimes qu'elles soient, n'en constituent pas moins l'archétype de cette singularisation, même si

certains des intervenants concernés ont clairement pris leurs distances par rapport aux préjugés différentialistes.

Le culturalisme - entendu comme essentialisation de la culture et surdétermination par le culturel - qui a prévalu en matière de compréhension et d'action, procède d'une conception de l'altérité qui a un coût moral et politique [20]. Premièrement, il nie aux autres leur aspiration à l'universel, en oubliant qu'un Africain peut partager les mêmes valeurs, représentations ou pratiques qu'un Européen en matière de maladie et, plus généralement, de rapport au monde. Deuxièmement, il néglige les différences existant entre les individus dans leur appréhension du risque ou des soins et, plus largement, la pluralité des façons d'être africain. Troisièmement, en présumant une adhésion à des croyances surnaturelles, il sous-estime la capacité des Africains à déployer une rationalité dans le comportement préventif aussi bien que dans l'observance thérapeutique, et au-delà, dans la conduite de leur existence. Quatrièmement, enfin, en évitant d'examiner les réalités sociales, économiques, juridiques, qui font la vie de tous les jours des immigrés africains, il les dépossède de leur place effective dans la Cité, avec ce qu'elle implique d'inégalités et de discriminations. Pour cet ensemble de raisons, le culturalisme est une violence politique au sens qu'Hannah Arendt [2] donne à cette expression.

Cette critique étant formulée, chacun peut évidemment se rendre compte que des différences existent entre les personnes selon leur origine. Comment en rendre compte sans tomber dans les travers précédents ? Comment s'intéresser à la culture en évitant l'écueil culturaliste ? À cette interrogation, deux exigences théoriques et méthodologiques apportent des éléments de réponse : une lecture scientifiquement et éthiquement acceptable de la culture suppose, d'une part, un travail d'historicisation, d'autre part, une inscription dans le social. En particulier, il s'agit de lier les macro-phénomènes qui affectent la société - en l'occurrence, l'histoire coloniale et postcoloniale, les politiques d'immigration, les évolutions du marché de l'emploi et de l'habitat - et les micro-phénomènes qui concernent l'existence des personnes - leur statut juridique, leur possibilité de travailler et de se loger, leurs relations avec les nationaux et les autres étrangers, leur accès à l'information, à la prévention, au traitement, etc. Cette articulation entre les deux niveaux peut être traitée au niveau de biographies qui livrent une véritable économie politique de la maladie [12]. Dès lors, la question n'est plus de chercher des « facteurs culturels » expliquant les comportements ou des « obstacles culturels » rendant compte des difficultés rencontrées par les intervenants, mais bien d'appréhender l'expérience de l'étranger malade du sida en termes de condition sociale [21], c'est-à-dire en tant qu'elle est une production de la société, qui en définit le contenu et les limites juridiques, économiques, politiques et culturels.

La représentation culturaliste de la relation entre sida et immigration, qui a prévalu pendant les deux premières décennies de l'épidémie dans les rares travaux français de sciences sociales, a eu pour effet une double occultation, dont on retrouve des équivalents dans bien d'autres contextes nationaux.

En premier lieu, le monde médical est demeuré un point aveugle de la recherche sociologique [50]. Selon le principe classique consistant, sous des formes plus ou moins atténuées, à blâmer la victime, la focalisation sur l'étude des populations auxquelles on destine des prestations, évite un examen des conditions dans lesquelles ces prestations sont délivrées. S'il n'y a pas eu, en France,

de pratiques médicales ouvertement différenciées à l'encontre des patients africains, la prévalence particulièrement élevée du virus parmi les femmes africaines a conduit à ce que, de fait, environ la moitié des grossesses associées à une séropositivité les concerne. Or, on sait les problèmes particuliers que posent la prise en charge de la reproduction : réprobation explicite des professionnels de santé et incitation forte à l'avortement thérapeutique jusqu'au début des années 1990, antirétroviraux aux effets tératogènes administrés sans information préalable et césariennes systématiques dans certains services au cours de la période récente, etc. Tous ces problèmes se posent cependant de manière plus aiguë, s'agissant de femmes que leur situation sociale et conjugale rend peu enclines à discuter les décisions médicales et vis-à-vis desquelles les médecins ne mettent pas nécessairement en œuvre les mêmes règles qu'à l'égard des autres patientes. Il aurait par conséquent été intéressant que soit étudiée, en tant que telle, la relation entre femmes et médecins autour du risque et de la décision [30].

En second lieu, l'analyse des politiques publiques en matière de prévention et de soins a été artificiellement isolée par la recherche [26]. La segmentation de ces politiques en fonction des types de risque a renforcé la tendance à considérer le sanitaire comme un domaine à part et à décrire séparément les actions de réduction des risques en matière de transfusion sanguine ou d'usage intraveineux de drogues, à l'égard des homosexuels ou des immigrés. Or, pour ces derniers, il n'est pas possible de penser les questions d'accès aux soins et au dépistage, de conduites à risque ou de prévention, de suivi médical et d'observance des traitements, indépendamment des politiques plus ou moins restrictives et répressives à l'égard de l'immigration, des politiques sociales plus ou moins libérales vis-à-vis des étrangers, des politiques de lutte contre les discriminations dans les services publics mais aussi en matière d'emploi ou de logement [36]. Ce sont là, tant du côté de l'étude des pratiques médicales que du côté de l'analyse des politiques publiques, des champs encore à explorer dans lesquels le sida a introduit des évolutions significatives.

Biopolitisation et transnationalisme

Il est habituel d'attribuer à l'épidémie de sida un rôle de catalyseur dans les changements intervenus depuis deux décennies dans de nombreux registres de l'activité sociale. Si l'on devait d'un mot caractériser la transformation la plus décisive intervenue au cours de cette période, transformation dans laquelle le sida a joué un rôle crucial, probablement faudrait-il retenir celui de biopolitisation. On sait que Michel Foucault [25] voyait dans le passage d'un « droit de faire mourir » à un « pouvoir de faire vivre » un moment décisif de l'histoire occidentale. Le « biopouvoir » procède d'une double normalisation : discipline des individus (anatomopolitique) et régulation des populations (biopolitique). Or, le sida, parce qu'il touche aux conduites les plus intimes, mais aussi parce qu'il menace la survie de groupes ou de nations, relève, non seulement logiquement mais aussi historiquement, de l'intervention du biopouvoir, au point d'en apparaître comme une expression paradigmatique : que l'on songe, par exemple, aux épreuves de qualification et de quantification des pratiques sexuelles, selon les origines nationales, et des procédures thérapeutiques qui sont autant de facettes d'un gouvernement de la vie sur les individus et sur les populations.

Pour ce qui est des immigrés, la première réaction des États, partout dans le monde, avec d'importantes différences entre les pays, a été de contrôler les mouvements de populations et, plus particulièrement, les entrées aux frontières, avec pour corollaire, à l'égard des étrangers vivant sur le territoire national, une exclusion pouvant prendre des formes violentes [11] : on se souvient des tests sérologiques faits à la demande des consulats de certains pays occidentaux pour sélectionner les candidats à l'immigration ; on a également en mémoire l'organisation par des gouvernements africains de campagne de répression, voire de pogromes, à l'encontre d'immigrés de pays voisins accusés de transmettre la maladie. Mais dans un second temps, une orientation presque symétrique a conduit à faire de cette maladie l'occasion de manifester de la compassion et de la solidarité, afin de permettre à des étrangers en situation irrégulière ou à des malades des pays pauvres d'accéder à des traitements certes coûteux, mais vitaux. Que cette orientation se traduise avec une efficacité très variable, au point d'apparaître souvent comme un faux-semblant sur le continent africain [9], il n'en reste pas moins que ce qui est en jeu n'est plus exactement un pouvoir sur la vie, mais un pouvoir *de* la vie. L'argument éthique de la protection des vies humaines devient un moteur des politiques, au point d'ébranler les positions hégémoniques des firmes pharmaceutiques et de faire reconnaître des exceptions aux règles mondiales du commerce. Plutôt que de biopouvoir, c'est donc de biolégitimité [18] qu'il faudrait parler, au sens d'une reconnaissance supérieure donnée au principe du maintien en vie.

Nulle part cette logique n'est mieux perceptible que dans l'évolution de la législation et des pratiques en matière de régularisation comme en France : l'existence d'une maladie grave ne pouvant être traitée dans le pays d'origine est devenue non seulement un critère d'obtention d'un titre de séjour, mais également le motif de régularisation qui a connu l'augmentation la plus rapide au cours des années 1990 [23]. Dans cette évolution, le sida a joué un rôle essentiel, à la fois en raison de la relation objective entre l'épidémiologie de l'infection et le phénomène de l'immigration et en raison de la mobilisation convergente des associations d'action humanitaire, de lutte contre le sida et de défense des immigrés. Autrement dit, l'étranger a obtenu, sous la condition d'être atteint d'une pathologie grave, une reconnaissance qui lui était contestée dans tous les autres registres de l'activité sociale. Cette reconnaissance conférée par la maladie débouche ainsi sur une forme de biocitoyenneté qui relève, au fond, d'une politique de la « vie nue » [1] ne donnant à l'étranger droit de cité que parce qu'il est menacé dans son existence biologique.

Pour autant, cette reconnaissance de droit au titre de la raison médicale, significativement appelée « raison humanitaire » par les pouvoirs publics jusqu'à une période récente, ne se traduit pas par une égalité de fait devant la prévention, le dépistage, les soins, comme le montrent les statistiques déjà citées. En regard de la logique généreuse au cas par cas, il y a les logiques sociales inégalitaires dont les personnes étrangères et d'origine étrangère sont les victimes. Inégalités relevant d'un régime général de l'injustice sociale qu'elles partagent avec le reste de la population, mais également inégalités procédant de discrimination dont elles sont l'objet [8]. Le fait remarquable est que le secteur de la santé est probablement aujourd'hui celui dans lequel les discriminations sont les plus faibles, en particulier si on le compare avec les secteurs de l'emploi et du travail, du logement ou des loisirs. Là encore, la légitimité du corps souffrant s'impose dans l'espace social et notamment dans le champ juridique. En réalité, si les étrangers,

mais probablement aussi les enfants d'étrangers, ont des taux d'incidence du sida plus élevés que la moyenne, adoptent des pratiques de prévention moins facilement, découvrent leur infection plus tardivement, débutent leur traitement moins précocement, ce n'est pas en raison d'un statut défavorable en matière de droit aux soins, mais à cause d'un ensemble de disparités qui caractérisent leur condition sociale. L'analyse des politiques publiques doit ainsi s'efforcer de saisir le contraste entre les succès du combat pour une égalité de droit et les silences en matière d'inégalités de situation [34], contraste qui prévaut dans la plupart des pays européens.

À cet égard, la « question de l'immigration », notamment dans son lien avec le sida, ne peut plus être abordée, comme elle l'a toujours été, du point de vue d'un territoire national et de ses frontières. Sans récuser complètement la pertinence de cette description qui correspond aux contours de l'État social, la reconfiguration du monde contemporain suggère plutôt de penser désormais le « transnationalisme » [31] à un double niveau, qui correspond aussi à deux logiques de durcissement des lignes de partage des mondes : infra-national, celui des frontières internes à la société nationale, qui se solidifient ou s'estompent en fonction des histoires et des crises locales et qui délimitent des groupes plus ou moins victimes de traitement défavorable en raison de leur origine ou de leur différence supposée ; supra-national, celui des frontières, partiellement consolidées pour la communauté européenne et à un moindre degré pour les pays occidentaux, qui séparent les pays riches des pays pauvres, ou peut-être plus exactement, les personnes bénéficiant d'une protection sociale ou de revenus élevés et les personnes n'ayant ni l'une ni les autres.

Dans le cas particulier du sida, cette ligne de partage planétaire oppose avec une rare violence, puisqu'il s'agit de vie et de mort [44], les malades qui ont accès à des traitements et des soins et ceux pour qui ils sont hors d'atteinte. La globalisation non seulement de l'économie, incluant l'industrie pharmaceutique, mais aussi de l'information, impliquant une plus grande évidence des disparités, induit de nouvelles pratiques en matière de mobilité des populations et de nouvelles formes de régulation de ces pratiques [32]. Penser les enjeux de l'immigration et du sida suppose aujourd'hui d'analyser la confrontation globale des réalités sociales et des valeurs morales. Les inégalités qui différencient les sociétés en fonction du prix qu'elles accordent à la vie humaine sont à l'origine de déplacements de populations qui concernent aussi les malades du sida. Sauf à se contenter d'une casuistique de la pitié, consistant, d'un côté, à tout faire pour empêcher l'entrée ou le maintien des étrangers sur le territoire national et, de l'autre, à offrir toutes les ressources de l'État social aux rares immigrés qui auront pu passer à travers les mailles du filet, il s'agit d'engager la recherche sur le développement des biopolitiques dans le cadre inédit de leur gestion transnationale.

Références bibliographiques

1. Agamben G. *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris : Seuil, 1997.
2. Arendt H. *Qu'est-ce que la politique ?* Paris : Seuil, 1995.
3. Bibeau G. L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes. *Anthropologie et Sociétés* 1991 ; 15 (2-3) : 126-46.
4. Bodin C, Diakite A, Kouyate D (sous la direction de). *Perception du sida par les populations migrantes sahéliennes*. Paris : Afrique Partenaires Services, (sd).
5. Calvez M. Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida. In : Dozon JP, Fassin D, eds. *Critique de la santé publique. Approches anthropologiques*. Paris : Balland, 2001 : 127-44.
6. Carballo M, Siem H. Migration, migration policy and AIDS. In : Haour-Knipe M, Rector R, eds. *Crossing Borders. Migration, ethnicity and AIDS*. Londres : Taylor and Francis, 1996 : 31-49.
7. Clatts MC, Mutchler KM. AIDS and the dangerous other : metaphors of sex and deviance in the representation of disease. *Medical Anthropology* 1989 ; 10 : 105-14.
8. De Rudder V, Poiret C, Vourc'h F. *L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*. Paris : PUF, 2000.
9. Dozon JP. Le sida et l'Afrique. La causalité culturelle en question. In : Dozon JP, Fassin D, eds. *Critique de la santé publique. Approches anthropologiques*. Paris : Balland, 2001 : 209-31.
10. Dozon JP, Fassin D. Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique. *Sciences Sociales et Santé* 1989 ; 7 : 21-36.
11. Farmer P. *AIDS and accusation. Haiti and the geography of blame*. Berkeley : University of California Press, 1992.
12. Farmer P. *Infections and inequalities. The modern plagues*. Berkeley : University of California Press, 1999.
13. Fassin D. Des inégalités sociales sans droit de cité. *Mouvements (sociétés, politique, culture)* 1999 ; 4 : 49-57.
14. Fassin D. L'indicible et l'impensé. La « question immigrée » dans les politiques du sida. *Sciences Sociales et Santé* 1999 ; 17 (4) : 5-36.
15. Fassin D. L'anthropologie, entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique. In : Becker C, Dozon JP, Obbo C, Touré M, eds. *Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives*. Paris : Karthala, 1999 : 41-66.
16. Fassin D. Le politique à l'épreuve du sida. Les traitements singuliers de l'altérité. In : Fassin D, ed. *Les enjeux politiques de la santé*. Paris : Karthala, 2000 : 311-20.
17. Fassin D. Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes. *L'Homme* 2000 ; 153 : 231-50.
18. Fassin D. Politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés* 2000 ; 24 (1) (n° spécial *Terrains d'avenir*) : 95-116.
19. Fassin D. La santé des immigrés et des étrangers : méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance. In : Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risque et santé*. Paris : INSERM, 2001 : 187-96.

20. Fassin D. The biopolitics of otherness. Undocumented immigrants and racial discrimination in the French public debate. *Anthropology Today* 2001 ; 17 (1) : 3-7.
21. Fassin D. Culturalism as ideology. In : Makhoul-Obermeyer C, ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. Oxford : Oxford University Press, 2001 : 300-17.
22. Fassin D. Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida. *L'Homme* 2001 ; 160 : 137-62.
23. Fassin D. Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sciences Sociales et Santé* 2001 ; 19 (4) : 5-34.
24. Ferré N. La production de l'irrégularité. In : Fassin D, Morice A, Quiminal C, eds. *Les lois de l'inhospitalité*. Paris : La Découverte, 1997 : 47-64.
25. Foucault M. *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976.
26. Fox DM. AIDS and the American health polity. In : Fee E, Fox DM, eds. *AIDS. The burden of history*. Berkeley : University of California Press, 1988 : 316-43.
27. Gilloire A. Les catégories d'origine et de nationalité dans les statistiques du sida. *Hommes et Migrations* 2000 ; 1225 : 73-82.
28. Hahn A, Eirnbter WH, Jacob R. Le sida : savoir ordinaire et insécurité. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1994 ; 104 : 81-9.
29. Hargreaves AG. *Immigration, « race » and ethnicity in contemporary France*. Londres : Routledge, 1995.
30. Kaufert PA, O'Neil J. Analysis of a dialogue on risk in childbirth. In : Lindenbaum S, Lock M, eds. *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley : University of California Press, 1993 : 32-54.
31. Kearney D. The local and the global. The anthropology of globalization and transnationalism. *Ann Rev Anthropol* 1995 ; 24 : 547-65.
32. Kim JY, Millen JV, Irwin A, et al. *Dying for growth. Global inequality and the health of the poor*. Monroe : Common Courage Press, 2000.
33. Maman M (sous la direction de). *Communautés africaines et sida. Mythes et réalités*. Paris : Uraca, (sd).
34. Math A. Protection sociale et inégalités : les débats européens. In : *Réduire les inégalités. Quel rôle pour la protection sociale ?* Paris : Drees-Mire, 2000 : 59-70.
35. Matteelli A, El-Hamad I. Asylum seekers and clandestine populations. In : Haour-Knipe M, Rector R, eds. *Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS*. Londres : Taylor and Francis, 1996 : 178-92.
36. Musso-Dimitrijevic S. L'accès aux soins des étrangers en situation précaire. *Hommes et Migrations* 2000 ; 1225 : 88-93.
37. Nathan T, Lewertowski C. *Le virus et le fétiche*. Paris : Éditions Odile Jacob, 1999.
38. O'Brien, Khan S. Stigma and racism as they affect minority ethnic communities. In : Haour-Knipe M, Rector R, eds. *Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS*. Londres : Taylor and Francis, 1996 : 102-17.
39. Pollack M. AIDS policy in France : biomedical leadership and preventive impotence. In : Mistral B, Moss D, eds. *Action on AIDS. National policies in comparative perspective*. New York : Greenwood Press, 1990 : 79-99.
40. Pollack M. Attitudes, beliefs and opinions. In : Pollack M, Paicheler G, Pierret J, eds. *AIDS. A problem for sociological research*. Londres : Sage Publications, 1992.
41. Rechtman R. De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes et Migrations* 2000 ; 1225 : 46-61.

42. Savignoni A, Lot F, Pillonel J *et al.* *Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France*. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 1999.
43. Sayad A. *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*. Bruxelles : Éditions Universitaires - De Boeck Université, 1991.
44. Scheper-Hughes N. *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley : University of California Press, 1992.
45. Schor R. *Histoire de l'immigration en France, de la fin du XIX^e siècle à nos jours*. Paris : Armand Colin, 1996.
46. Simon P. Vers des statistiques ethniques ? *Plein Droit* 1999 ; 41-42 : 32-5.
47. Spire A. Ambiguïtés d'une mesure des origines. *Plein Droit* 1999 ; 41-42 : 36-9.
48. Steffen M. The normalisation of AIDS policies in Europe : patterns, path dependency and innovation. In : Moatti JP, Souteyrand Y, Prieur A, *et al.*, eds. *AIDS in Europe. New challenges for the social sciences*. Londres-New York : Routledge, 2000 : 207-22.
49. Trachet F, Diallo MA. Les représentations de l'infection à VIH et de la maladie du sida dans une population migrante d'Afrique de l'Ouest. *Migrations et Santé* 1994 ; 80 : 75-89.
50. Vidal L. *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris : Anthropos, 1996.
51. Williams DR, Collins C. US socioeconomic and racial differences in health : patterns and explanations. *Ann Rev Sociolol* 1995 ; 21 : 349-86.

Chapitre I

Les catégories de l'immigration et l'épidémie de sida

La catégorisation statistique des « immigrés » Analyse des inégalités et lutte contre les discriminations

Patrick SIMON¹

Résumé

Les données statistiques concernant les populations immigrées ou « issues de l'immigration » sont le plus souvent lacunaires ou informent sur les caractéristiques des *étrangers*, dans la plupart des cas, ou des *immigrés*, plus rarement. Ces carences dans l'appareil statistique compliquent l'analyse des conditions d'existence des populations en lien avec l'immigration et empêchent de mettre en évidence, puis de comprendre, les inégalités auxquelles ces populations sont confrontées dans les différents domaines du monde social, et en particulier la santé. Ainsi, le projet de connaissance bute sur les difficultés à « découper » les populations en prises dans les faits sociaux, mais également l'action publique ne parvient pas à saisir les publics destinataires des dispositifs. Cette disjonction est particulièrement visible dans le cadre de la lutte contre les discriminations qui s'est imposée sur l'agenda politique depuis trois ans maintenant. Cet article revient sur les conditions de production des catégories décrivant les populations en lien avec l'immigration et trace les alternatives possibles à la classification selon la nationalité en les rattachant aux univers théoriques propres au champ scientifique, d'une part, et aux orientations des politiques publiques, d'autre part.

Mots clés : immigration, discriminations, catégorisation statistique, inégalités sociales et raciales, politiques publiques.

Dans son rapport de 1998 sur « la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) s'inquiétait de la relative rareté des travaux sur les inégalités sociales dans le champ de la santé, et en particulier de la quasi-absence de données sur la « santé des étrangers et des Français dits de première génération [*sic*] »². Pour un néophyte des études dans le domaine de la santé, ce bilan apparaît plutôt surprenant, si l'on veut bien considérer que les étrangers, les immigrés, voire les populations « issues de l'immigration » ou les minorités ethniques, connaissent, en toute probabilité, une exposition aux risques sanitaires plus élevée que les Français, les

¹ INED, Paris, France.

² HCSP, 1998, pages 272 et suivantes.

autochtones, voire les populations « autochtones sur plusieurs générations » ou la majorité ethnique³ [15, 19]. Le troublant silence des statistiques de santé sur la situation des populations liées à l'immigration [10, 11] ne présente cependant aucune spécificité. En effet, à l'instar de la santé, c'est l'ensemble de l'appareil de statistique publique qui se montre réticent à publier et analyser les données relatives à la nationalité ou au pays de naissance des individus, alors qu'elles sont le plus souvent collectées. Cette défiance prend une dimension encore plus aiguë lorsqu'il s'agit de la construction et l'utilisation de variables référées à l'origine ethnique et raciale, catégories considérées comme sensibles par la CNIL en vertu de la loi « Informatique et libertés » de 1978 et qui ne sont pas prises en compte en France, contrairement aux usages en cours dans d'autres sociétés « pluriculturelles » [24, 25].

Ce contexte puise ses racines dans une tradition nationale qui privilégie l'identification par la position socio-économique pour décrire et analyser les faits sociaux, considérant les catégories de nationalité et d'origine comme non pertinentes et, plus fondamentalement, illégitimes dans cette perspective. La hiérarchisation des identifications dans la statistique n'est d'ailleurs pas uniquement repérable dans le cas de la catégorisation des populations liées à l'immigration. Elle a longtemps concerné les statistiques sur le genre, bien que les variables de sexe, en tant que données d'état civil ordinaires, soient systématiquement collectées. Ici, les lacunes de connaissance découlaient d'un manque évident d'intérêt pour l'exploitation des données par sexe, dont le caractère explicatif des inégalités observées ne semblait pas heuristique. Le paradigme socio-économique postule que ce n'est pas *en tant que* femmes qu'elles rencontrent des difficultés sur le marché de l'emploi ou dans la vie sociale, mais en fonction de différences de formation, d'activité ou d'appartenance sociale. La diffusion des recherches sur les inégalités de sexe a remis en question ces paradigmes mobilisés en sciences sociales, soulignant l'importance des discriminations sexistes sur les trajectoires et positions occupées par les femmes, *quels que soient* leurs statuts dans la hiérarchie sociale, et plus encore lorsque les femmes cumulent

³ Prénation qui n'est pas validée par les analyses de morbidité comparée entre immigrés et autochtones en France, pour autant que les sources disponibles permettent de l'évaluer. L'état de santé des immigrés se distingue de celui des autochtones pour plusieurs raisons. Certaines - les plus nombreuses - contribuent à le dégrader, d'autres à le rendre plus positif, ce que la littérature anglophone qualifie d'*healthy migrant effect*. Au premier rang des facteurs tendant à améliorer l'état de santé des immigrés, on trouve l'hypothèse de la sélection par la migration. Les personnes les plus valides sont les seules aptes à partir, d'autant plus lorsque des sélections fondées sur l'état de santé sont pratiquées par les pays d'accueil. C'est le cas en France où chaque immigré reçu doit accomplir une visite sanitaire, contrôlée par l'OMI (Office des migrations internationales), avant l'obtention de sa carte de séjour. L'autre hypothèse majeure concerne les retours au pays d'origine des immigrés âgés, de telle sorte que les maladies de la dégénérescence, qui forment maintenant l'essentiel de la mortalité en France après 50 ans, toucheraient moins les immigrés que les autochtones. Enfin, le dernier registre d'explication tient aux modes de vie et surtout au régime alimentaire suivi par les immigrés. Ces spécificités sont avancées pour analyser la moindre morbidité des immigrés en France. Pourtant, les facteurs plus sociaux tenant à la condition des immigrés vivant en France tendraient à les exposer plus que les autochtones à la morbidité, et par conséquent à la mortalité. Les inégalités sociales jouent un rôle négatif sur les espérances de vie. Les immigrés ont, comme les classes populaires, un moindre accès aux dispositifs de soins qu'ils cumulent avec une méconnaissance des droits en matière de santé. Ces situations spécifiques des immigrés sont démontrées par leur sous-consommation médicale [19]. Plusieurs enquêtes permettent également d'évaluer deux indicateurs synthétiques de l'état de santé : le risque vital et l'invalidité. Ces indicateurs renseignent sur la gravité et les conséquences des maladies et peuvent être obtenus pour les Français et les étrangers, ou, dans certains cas, pour les immigrés. Voir [15].

une appartenance aux milieux défavorisés et une origine immigrée. Les écarts de formation, de qualification, de taux et niveaux d'activité, d'accès à des biens et services incorporent le fait spécifique, négatif, d'être identifié comme *femme*. Cela signifie que l'analyse des inégalités doit partir des relations de genre pour interpréter les situations et les trajectoires, sous peine de se méprendre sur les mécanismes à l'œuvre. Pour prendre un exemple, ce n'est pas seulement parce qu'elles travaillent à temps partiel que beaucoup de femmes connaissent des carrières moins rapides et accèdent moins souvent à des postes de responsabilité que les hommes, mais parce qu'elles sont femmes qu'elles se trouvent très nettement sur-représentées dans les postes à temps partiel où les carrières sont bloquées. Là où l'analyse socio-économiste privilégiera une responsabilité de l'organisation du marché du travail dans lequel les temps partiels subissent une précarité et une gestion discriminante des carrières, les approches du champ théorique du genre vont insister sur les déterminations proprement sexuées qui assignent des spécialisations professionnelles à des salariées définies prioritairement par leur sexe. L'élucidation des discriminations sexistes a consisté à augmenter la production de statistiques susceptibles de *factualiser* les inégalités, étapes nécessaire à leur évaluation puis à leur éventuelle réduction.

Sur le même modèle⁴, on assiste depuis plusieurs années à une réévaluation sensible de la place des « immigrés » dans la société française, débouchant sur le développement de nouvelles problématiques réclamant une révision des catégories habituellement mobilisées pour traiter de « l'immigration » [3]. Ces nouvelles problématiques s'intéressent moins aux expériences sociales et positions de populations définies par leur nationalité - les *étrangers* - qu'à un ensemble de phénomènes qui touchent des populations en situation de subordination dans la société française du fait de leur origine, réelle ou supposée - des *minorités ethniques ou raciales*. Les inégalités de condition et de traitements différentiels, ce qui relève de la thématique des *discriminations*, ne peuvent pas être mises en évidence à partir du triptyque de la nationalité (Français de naissance, Français par acquisition, étrangers) qui figure dans les statistiques habituelles et on assiste à l'émergence de nomenclatures bricolées, combinant des variables de lieu de naissance des individus et de nationalité (les *immigrés*) ou, de plus en plus, du lieu de naissance des parents (*d'origine immigrée* ou *issus de l'immigration*). La diversification des classifications utilisées dans les recherches sur « l'immigration » vise à appréhender de façon plus cohérente un objet dont les contours se modifient au fur à mesure que les vagues migratoires des années 1950 et 1960 entrent dans l'histoire et que la société française se transforme sous l'impulsion du processus d'intégration. L'enjeu de la révision des classifications et de leur adaptation réside bien dans la restauration des capacités d'explication des sciences sociales, appuyées sur un appareil statistique apte à décrire et analyser des situations où la spécification des populations est partie intégrante des dynamiques sociales. La production de nouvelles classifications statistiques pour caractériser les populations liées à l'immigration répond à des logiques de cohérence dans trois registres différents, mais intimement

⁴ La comparaison entre les études sur le genre et celles sur les minorités ethniques peut sembler déplacée. Pourtant, il existe un champ commun d'analyse, avec des concepts et des théories qui circulent entre les domaines, comme en témoigne la prolifération de la production académique de langue anglaise sur *race, class and gender*. Le lien est également évident dans la production juridique. La promulgation des directives européennes sur les discriminations ethniques et raciales s'est ainsi inscrite dans les prolongements des directives sur les discriminations sexistes [3].

connectés : la construction et l'investigation des objets de recherche, la délimitation des publics destinataires de politiques publiques (dont les politiques de santé, mais au premier chef les politiques de lutte contre les discriminations) et enfin, la reconnaissance politique et sociale des groupes formant les sociétés pluriculturelles.

Ce sont ces trois logiques que nous voudrions présenter dans cet article, en dressant pour commencer une synthèse succincte des différentes catégories mobilisées dans la statistique pour décrire et analyser les faits sociaux où interviennent des populations liées à l'immigration. Nous reviendrons ensuite sur les différents usages de ces catégories et leurs caractéristiques selon leur champ d'application.

Les « immigrés » dans la statistique française : nationalité ou origine ?

Les catégories statistiques constituent avant tout des conventions qui désignent tout autant des objets de connaissance que des sujets d'action et de politique. En ce sens, elles ne prétendent pas refléter une *réalité* objective, mais forment une représentation légitime du monde social, historiquement située dans les sociétés qui les utilisent et les rendent possible [8]. Les modalités prises par les catégories susceptibles de décrire l'immigration, et ses conséquences à long terme, s'inscrivent dans des histoires nationales et sont clairement subordonnées aux problématiques développées dans leur champ d'utilisation : juridico-administratif, politique, scientifique.

En France, la catégorisation selon la nationalité⁵ a prévalu de façon exclusive depuis la fondation de la III^e République et s'est traduite par l'adoption dans le recensement, dès 1851 avant une stabilisation en 1891, d'une nomenclature statistique en trois positions distinguant les Français de naissance, les Français par acquisition et les étrangers [20]. Ce triptyque répond à une double problématique de gestion des flux et d'observation du processus d'assimilation à la nation, défini selon le fameux modèle d'intégration à la française par l'adoption de la nationalité française. Dans la perspective du modèle politique avant de devenir analytique, les différentes étapes d'entrée dans la citoyenneté déterminent la prise en compte de l'immigration : installation, incorporation dans l'appareil économique, développement des liens familiaux, transformation des pratiques dans un mouvement de résorption des spécificités, puis naturalisation, scandent le parcours théorique d'une population conçue comme exogène jusqu'à son assimilation. Ainsi, avant d'être présentée comme la classification la plus respectueuse des droits des populations immigrées⁶, la catégorisation par la

⁵ Sur les avatars suivis par le concept de nationalité au XIX^e siècle, voir [20].

⁶ On trouve une illustration du singulier renversement des connotations rattachées à la catégorie étranger dans l'article de A. Spire [30]. Selon A. Spire, le terme « immigré », devenu synonyme de maghrébin, est utilisé à des fins de stigmatisation, alors que « étranger » désignerait des cadres de haut niveau et serait, selon lui, plutôt valorisant. Il poursuit : « Soupçonné systématiquement de vouloir s'établir définitivement sur le territoire, l'immigré s'oppose à l'étranger associé à l'image du visiteur installé provisoirement, et dont la présence est rarement perçue comme une menace qui pèse sur la cohésion nationale » ([26], p. 50). Au regard de l'histoire de l'usage du terme étranger, cette opposition ne paraît pas fondée. Les discours et politiques xénophobes à l'égard des étrangers dans les années 1930, puis de nouveau dans les années 1960 attestent de la construction d'une

nationalité a constitué l'expression directe d'une normativité politique, le plus souvent perçue comme allant de soi dans le contexte de la tradition nationale française [23, 29]. Le développement d'une sociologie de l'immigration et des relations interethniques a permis de mettre en lumière les prénotions et les dimensions normatives contenues dans la catégorie des étrangers et son inadéquation pour analyser les faits sociaux liés à l'immigration.

Le primat du découpage par nationalité dans la statistique s'est étendu du recensement à la quasi totalité des enquêtes quantitatives et aux fichiers administratifs. Pas une source statistique ne présente, jusqu'à la fin des années 1980, une tabulation dans laquelle l'immigration est classifiée autrement que par des nomenclatures opposant Français à étrangers, avec parfois le détail des principales nationalités. Le plus souvent, une distinction entre « étrangers CEE » et « étrangers hors CEE » sert à ventiler les individus, ménages ou familles émergeant dans les fichiers. Ce sont ces catégories qui ont été utilisées, et le sont encore dans bien des cas, comme des *proxys* pour approcher des populations que les analyses appréhendent d'une toute autre manière. Demandeurs d'emploi, RMistes, usagers du système de soin, élèves ou étudiants, locataires ou propriétaires, ouvriers, employés ou cadres demeurent des « étrangers » pour la statistique, là où les monographies développent des classifications *ad hoc* fondées sur des assignations ou des appartenances débordant très largement une qualification juridique peu opérante dans le champ des relations sociales.

Les recherches relatives à l'intégration des immigrés et aux discriminations qui dominent actuellement le paysage scientifique accordent une place centrale aux notions de processus et de rapports sociaux. Se déroulant sur une ou plusieurs générations, le processus d'intégration n'est pas borné entre la migration et l'acquisition de la nationalité française, mais renvoie à une relation dialectique entre les « immigrés » et les institutions et les membres de la société d'installation. Au cœur de ce processus complexe et multiforme, l'acquisition de la nationalité marque une étape importante dans la mesure où elle fait entrer les « immigrés » dans le droit commun, mais elle ne provoque pas l'invisibilisation de l'altérité construite dans les rapports sociaux. Il importe donc, pour montrer et analyser la production d'inégalités dans les sociétés pluriculturelles, de s'extraire du pré-découpage opéré par le classement juridique. C'est dans cette perspective que le recours à la catégorie « *immigré* », définie comme l'ensemble des personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France, s'est progressivement imposé sous l'égide du Haut Conseil à l'intégration [13] après sa construction méthodologique par M. Tribalat [31]. Ce parti-pris méthodologique a finalement été adopté par l'INSEE, sous une forme intermédiaire pour la publication des tableaux du recensement de 1990, et plus directement dans un volume de synthèse consacré aux « immigrés en France » dans la collection « Contours et caractères » [14]. La catégorie est maintenant bien stabilisée comme en témoigne la publication des résultats du recensement de 1999 [4]. Cependant, en dépit de la banalisation de cette catégorisation, de nombreuses enquêtes et la plupart des fichiers administratifs conservent la nationalité comme critère de classification et on observe une juxtaposition des nomenclatures qui ne va pas sans créer de nombreuses ambiguïtés. En effet, si l'on voit bien de qui on prétend parler, on ne sait pas toujours qui est compté.

« question des étrangers » [23]. Le retour récent de discours hostiles à l'égard des étrangers, notamment à propos des sans-papiers, ne confirment pas plus la neutralité ou la positivité du terme.

Le passage de la catégorie des *étrangers* à celle des *immigrés* ne répond en effet qu'imparfaitement aux questions suscitées par les développements de l'ethnisation des rapports sociaux. La circulation extensive de labels ethniques dans les rapports sociaux se traduit par une réduction significative des opportunités de mobilité sociale et d'accès aux biens et services pour les individus appartenant aux groupes dévalorisés en raison d'origines ethniques et raciales. Sa prise en compte pose un problème délicat aux sciences sociales. Est-il possible de produire de nouvelles formes de classement qui, tout en s'émancipant des catégories du national, ne reproduiraient pas mécaniquement celles du sens commun, en particulier lorsque c'est le rapport raciste qui produit les labels [7] ? Ou, pour replacer ce questionnement dans la thématique de la formation et reproduction des groupes minoritaires, comment analyser les procès d'identification tout en élaborant des objets scientifiques autonomes et en maîtrisant, autant que possible, les effets de modelage du social qu'engendre la catégorisation pratiquée ? Enfin, ces classements peuvent-ils être convertis en nomenclatures statistiques, engageant alors une réification des groupes ainsi construits ?

Dans son introduction au dossier de la revue *Population* sur « variable "ethnie" comme catégorie statistique », H. Leridon situait ainsi l'enjeu : « la question est de savoir s'il est possible, utile et légitime de caractériser les individus (dans les travaux scientifiques) par une appartenance à un groupe défini sur une base raciale ou ethnique » ([17], p. 537). La légitimité du classement est décidée par sa fonction dans la réalisation du modèle d'intégration sociale. Les différenciations sur des bases ethniques et raciales contredisent en apparence les visées du modèle français, égalitaire et universaliste. Mais leur prise en compte peut concourir à la lutte contre les inégalités et constituer un préalable à la réalisation de l'universalité. Dans cette perspective, la catégorisation ethnique et raciale participe de l'objectif légitime d'assurer l'égalité et devient un moyen utile de dépassement des barrières érigées par les rapports sociaux racistes. La stratégie de mobilisation circonstanciée, et transitoire, des catégories mêmes à l'origine de la rupture d'universalité peut apparaître paradoxale. Elle amplifie en effet les dynamiques d'ethnisation qu'elle entend circonvenir. Mais l'option inverse défendue par une certaine tradition du modèle d'intégration, consistant à promouvoir l'universalisme par l'invisibilisation des labels ethniques et raciaux produits par les rapports sociaux a démontré ses effets d'occultation des discriminations. Largement méconnues, ces dernières ont tracé un réseau complexe de barrières qui se dressent devant des individus marqués par leur origine ethnique et raciale au cours de leur expérience sociale quotidienne. Les humiliations, refus, interdits, blocages dans les carrières et positions subalternes qu'ils endurent et doivent accepter ne sont pas reconnues, et quand ces discriminations le sont, leur ampleur et les mécanismes qui les rendent possibles restent difficiles à objectiver, faute de données capables d'alimenter les analyses.

Légitimes et utiles, les catégories ethniques et raciales le sont dans un contexte de lutte contre les discriminations (action publique) et d'analyse scientifique des inégalités. Reste à savoir s'il est *possible* de construire de telles catégories. Différentes modalités de catégorisation peuvent être substituées, ou associées, à celles des étrangers et des immigrés. Les méthodes de classification adoptées dans plusieurs pays ayant une tradition de catégorisation ethnique et raciale fournissent un cadre de référence qui peut être utile à notre propos [24]. Il ressort de l'observation des expériences étrangères que deux approches distinctes ont

été suivies pour construire des « origines » ethniques et raciales. La première méthode utilise des éléments « objectifs » extraits de la biographie des individus, en inférant par là que l'ascendance équivaut à une sorte « d'identification de référence »⁷. Le choix du lieu de naissance, caractéristique fixe tout au long de l'existence, permet de reconstituer l'objet « immigration » qui se définit par le mouvement d'un pays à un autre. Le lieu de naissance des parents ajoute une indication supplémentaire distinguant les enfants des immigrés nés dans le pays d'installation. La restitution de la filiation, grâce au lieu de naissance des parents, autorise la reconstitution de la fameuse « seconde génération ». Subsistent néanmoins des limites à la méthode avec le (re)classement des unions mixtes. Comment définir les descendants d'union entre immigrés et autochtones ? On retrouve là la question du métissage, centrale dans l'analyse des sociétés pluri-culturelles et qui est traitée très différemment selon les contextes historiques et sociaux. La plupart du temps, la règle de décision reproduit celle en vigueur dans la « ligne de couleur » : les descendants d'une union entre un membre du groupe majoritaire⁸ (Blanc, Français, Wasp, Colon...) et un membre du groupe minoritaire sera rattaché au groupe minoritaire. La logique s'apparente à une préservation de la pureté du groupe majoritaire, suivant une théorie biologisante (transmission de traits somatiques) ou culturalisante (transmission de traits culturels) où le mélange dégrade la composition originelle. Mais elle peut également prendre le contre-pied de ces approches essentialistes et s'interpréter comme une transcription du système de hiérarchisation ethnico-raciale fonctionnant dans la société concernée. Dans cette deuxième logique de classement, les descendants d'unions dites mixtes sont classés dans le groupe exposé à la stigmatisation ou, pour reprendre une terminologie goffmanienne, le groupe discréditable. En ce sens, la règle de classification reproduit et confirme les logiques sociales. L'utilisation du critère de l'ascendance sur une génération ouvre donc à l'analyse de la reproduction d'une position de subordination fondée sur l'origine ethnique ou raciale, mais oblige aussi à réfléchir sur les modes de transmission de caractéristiques qui semblent emprunter, par homologie, la voie de l'hérédité. Cette méthode a été utilisée aux États-Unis jusqu'en 1970 et, ponctuellement en Grande-Bretagne en 1971, puis abandonnée par la suite. Elle est pratiquée depuis 1999 aux Pays-Bas sur la base des registres de population où sont distinguées les première et seconde générations, composant la « population d'origine étrangère ». Là encore, les enfants des couples mixtes sont rattachés à l'origine du parent d'origine étrangère [1].

Si les brassages entre les populations compliquent la détermination d'une « seconde génération », ils interdisent d'utiliser une approche mécanique de l'ascendance lorsque l'« événement fondateur » du groupe s'éloigne dans l'histoire. En effet, à chaque nouvelle génération, le stock d'ascendants augmente de manière géométrique, de telle sorte que la « troisième génération » aura 8 « bisaïeux » et la « quatrième génération » sera dotée de 16 « trisaïeux ». Sauf à supposer une étanchéité complète des différents groupes entre eux, les combinatoires deviennent rapidement trop complexes pour attribuer des origines

⁷ Identification, et non pas « identité » comme on le croit souvent. En effet, si l'enregistrement statistique peut prétendre codifier des identités, il capte en réalité la surface de représentation des individus.

⁸ Au sens du dominant dans l'ordre de la légitimité politique et sociale, ce qui peut correspondre à une minorité démographique.

uniques⁹. Pour soutenir une continuité généalogique malgré les brassages, il faudrait donc étendre l'hypothèse d'une transmission prioritaire du caractère discrédité (qui décide du rattachement au groupe minoritaire) au-delà de la seconde génération. Cette hypothèse peut difficilement être soutenue en dehors de toute contextualisation des opérations de classements sociaux, dans la mesure où aucun critère d'identification, y compris la couleur de la peau ou le nom, ne fonctionne indépendamment du système de signification et de hiérarchisation en vigueur dans les mondes sociaux. En d'autres termes, la méthode « généalogique » perd toute efficacité lorsque l'arrivée des premières vagues migratoires remonte à plus de deux générations. Dans ce cas de figure, la filiation réelle des individus ne peut convenablement fournir d'indications sur leurs « origines ». Il devient nécessaire de passer à une définition contextuelle de l'origine, c'est-à-dire de faire référence à une *identification*, combinant *l'appartenance* et *l'assignation*. C'est ce qui fonde la seconde méthode que les États-Unis, la Grande-Bretagne et le Canada ont développée.

Plutôt que d'attribuer une origine en fonction d'un lieu de naissance, personnel ou celui d'un ancêtre de référence, celle-ci accorde une priorité à l'auto-identification. Suivant une logique de *choix* plus ou moins rationnel, les individus doivent se classer dans des rubriques « ethniques et raciales » dont ils considèrent qu'elles indiquent leurs origines. Il ne s'agit donc plus de construire une catégorie à partir d'indications que les institutions en charge du codage vont interpréter, mais au contraire, de laisser les acteurs opérer leur propre classification dans une nomenclature pré-construite. En dépit des apparences, l'auto-identification ne respecte pas l'autonomie de définition. Toute une série de filtres s'interpose entre l'énoncé brut de la situation de l'individu et le classement qu'il va finalement choisir. La consistance de l'image publique de son origine, le degré de stigmatisation qu'elle subit, sa propre identification à celle-ci, l'intérêt qu'il porte à l'expression de cette identité sont autant de critères qui vont le pousser à déclarer ou ne pas déclarer une origine. Plus encore, pour tous ceux qui peuvent se revendiquer d'une multiplicité d'origines, le choix d'une ou deux d'entre elles fait intervenir une sorte de hiérarchisation où s'exprime une foule de déterminants, personnels ou sociaux. Le fait que ce soit l'individu qui se détermine ne laisse aucune possibilité d'intervenir sur le classement et laisse pendante la reconstitution des logiques présidant à son choix. Avec cette méthode, on ne saisit donc pas « l'origine » des individus, mais bien leurs « ethnic options », pour reprendre la formule de M.C. Waters [33]. La méthode est cohérente avec la problématique des rapports sociaux ethnicisés, puisque les effets de représentations, d'imposition et d'intériorisation de labels font partie intégrante des processus d'intégration. Plus encore, en promouvant une logique de choix, ce mode d'enregistrement favorise une *théatralisation statistique*, c'est-à-dire la projection dans les opérations de classification des conflits et rapports de concurrence caractérisant les relations ethniques et raciales.

⁹ C'est ce que réalise la classification raciale en instituant une transmission systématique de l'origine du premier ascendant, dès que celui-ci appartient aux « races » infériorisées (thèse du *one drop blood*).

Codage et fichage : les opérateurs de la classification

Les différentes catégorisations pratiquées et les choix afférents dépendent directement des problématiques poursuivies et des champs d'utilisation des données statistiques. Bien que liés, les champs scientifiques, juridiques et politiques (au sens des politiques publiques) suivent des logiques propres et organisent des modes autonomes de catégorisation.

La sphère juridique encadre la production de statistiques en ce qu'elle énonce les limites à l'enregistrement de labels, en particulier par l'intermédiaire de la CNIL qui contrôle le contenu des bases de données informatisées. Sur la base de l'article 31 de la loi « Informatique et libertés » de 1978 (en cours de révision) qui détaille les « données sensibles » pour lesquelles des procédures particulières sont requises¹⁰, la CNIL considère que les variables renseignant la nationalité et le lieu de naissance des individus peuvent figurer dans tous les fichiers, à partir du moment où leur usage respecte les exigences de finalité et de proportionnalité. En d'autres termes, il n'existe pas de norme établie en la matière, mais une doctrine construite à partir d'une jurisprudence cumulative. Au-delà des variables d'état civil que constituent la nationalité et le lieu de naissance, les autres caractérisations de l'origine raciale et ethnique sont soumises à l'article 31, ce qui signifie que leur recueil n'est en aucun cas interdit mais doit faire l'objet d'une demande spécifique à la CNIL. Cependant, même pour les variables d'état civil, les critères de finalité et proportionnalité s'appliquent et la CNIL peut être amenée à recommander leur suppression de fichiers. Cela a été le cas récemment à propos des fichiers de gestion des organismes HLM (délibération du 20 décembre 2001), la CNIL ayant confirmé la légitimité du recueil de la nationalité et du lieu de naissance dans les fichiers de demandeurs de logements sociaux, mais a remis en cause leur pertinence dans les enquêtes (obligatoires) d'occupation du parc social et de surloyer. Dans ce cas d'espèce, les gestionnaires des fichiers sont invités à supprimer ces rubriques des enquêtes citées. L'expérience montre que les avis de la CNIL produisent un effet qui déborde largement le champ d'application des délibérations. Ainsi, la plupart des institutions qui gèrent des fichiers administratifs se montrent-elles extrêmement prudentes, pour ne pas dire plus, dans la production de données utilisant la nationalité ou le lieu naissance, combien même ces variables sont collectées. Les CAF, l'ANPE, les CPAM, les caisses de retraite, pour ne prendre que ces institutions, répugnent à distinguer les étrangers dans leurs fichiers, et quand elles le font, elles utilisent une nomenclature en trois postes - Français, étrangers CEE, étrangers hors CEE - sous couvert d'une requête expresse de la CNIL que celle-ci ne valide pas. En effet, du point de vue de la CNIL, la nationalité détaillée des étrangers respecte les critères de l'article 31 et ne saurait être interprétée comme attentatoire aux libertés individuelles. On le voit, les acteurs du système statistique exagèrent les contraintes émises par la CNIL dans une surenchère de défiance à l'égard de la production statistique des étrangers. Dans ce

¹⁰ Pour les informations faisant apparaître « les origines raciales ou les opinions politiques, philosophiques ou religieuses ou les appartenances syndicales "ou les mœurs" des personnes », l'accord exprès de l'intéressé est requis. À noter que dans la liste des « données sensibles », les mœurs prennent des guillemets, mais pas les origines raciales. Dans la pratique, la CNIL a toujours eu des problèmes à définir les modalités de recueil de « l'accord exprès ». Pourtant, cette disposition est maintenue dans le projet de révision de la loi de 1978 (transposition de la directive européenne 95/46/CE, projet de loi soumis au conseil des ministres le 18 juillet 2001).

contexte, le cadre juridique sert à justifier l'occultation des conditions expérimentées par les populations en lien avec l'immigration.

Ce sur-signallement des statistiques concernant les étrangers, et plus encore les immigrés ou minorités ethniques, produit des implications déterminantes sur le champ scientifique. Les recherches sur l'immigration se sont affranchies depuis longtemps de la catégorisation juridique, engageant l'analyse des relations interethniques et des inégalités générées par le racisme et les discriminations à partir de catégories associant les immigrés, leurs descendants et, de façon plus marquée récemment, des caractéristiques *d'apparence* qui ne dépendent plus directement d'une histoire migratoire, même lointaine [26]. Ce travail de construction des objets de recherche s'alimente des données quantitatives produites par l'appareil statistique. Il bute donc rapidement sur les limites de ces données qui ne coïncident pas avec les situations analysées. Pour autant, la diversification des catégories scientifiques décrivant « l'immigration » justifie-t-elle la quantification des phénomènes observés ? Ne peut-on se passer d'une catégorisation statistique et s'en tenir à des études monographiques, d'observation sur des échantillons limités, voire à des études qualitatives ? Cette démarche est défendue par De Rudder, Vourc'h et Poiret dans leur ouvrage sur « l'inégalité raciste » ([7], p. 21-23) et rejoint les oppositions à l'enregistrement de catégories autres que de nationalité fondées sur une hantise de la stigmatisation [29].

Cette solution ne me paraît défendable ni sur le plan de la pratique scientifique, ni du point de vue de l'action publique. L'exigence de valider les discours tenus sur la société par des observations empiriques caractérise l'entreprise sociologique depuis ses débuts, et l'objectivation par la statistique constitue un apport essentiel dans l'administration de la preuve en science sociale. S'en priver revient à cantonner les études sur l'immigration dans un registre de science de seconde zone, ce qui a du reste longtemps été leur place dans les sciences sociales en France. L'illégitimité de l'objet dans la société française s'accompagne d'une science amputée de ses outils et de ses procédures : on voit la cohérence du projet. En ce sens, le refus de quantifier participe indirectement de la dévalorisation de populations qui n'accèdent pas au statut ordinaire de « catégorisable », combien même on justifie ce refus par une prétendue défense des droits de ces populations¹¹ [9, 11, 22].

La nécessité de clarifier les catégories décrivant les populations en prise avec les questions sociales actuelles fait pourtant l'unanimité. La reconstitution des « immigrés » ne pose pas de problèmes particuliers, soit que l'on dispose directement du lieu de naissance et de la nationalité (cas le plus fréquent), soit que l'on établisse une catégorie proche en rassemblant les étrangers et les Français par acquisition¹². La difficulté devient sérieuse lorsqu'on entend étudier les populations « issues de l'immigration », c'est-à-dire traiter de la fameuse « seconde

¹¹ Le cas de la prise en compte des immigrés dans les statistiques du sida est à cet égard exemplaire. La hantise de contribuer à ostraciser des populations que certains discours publics rendaient responsables de la diffusion de l'épidémie s'est traduite par une occultation complète de leur surexposition à la contamination, ce qui a fini par apparaître dans les niveaux de séroprévalence bien supérieurs à la moyenne [9, 22]. A. Gilloire parle à propos du « silence organisé et [du] secret sur la prévalence spécifique du sida en population étrangère » d'une « quatrième épidémie » spécifiquement française, en réaction à la stigmatisation des « groupes à risque » dans les discours publics sur le sida, qualifiée elle de « troisième épidémie » [11]. Sur le cas spécifique des statistiques épidémiologiques du sida, voir l'article de A. Gilloire, p. 33 de cet ouvrage.

¹² Dans ce second cas, l'approximation est loin d'être aussi correcte que ce que l'on imagine et il

génération » qui est née en France de parents immigrés. Dans ce cas, le lieu de naissance des parents représente le seul critère fiable. De très rares enquêtes comprennent cette information, mais elles tendent à se multiplier avec la diffusion d'un intérêt soutenu pour les trop fameux « jeunes issus de l'immigration »¹³ [27]. Plusieurs solutions ont été expérimentées pour dépasser les limites imposées par les sources statistiques, muettes sur les caractéristiques des descendants des immigrés. Elles tiennent toutes du bricolage, sauf dans les quelques cas où une enquête contient spécifiquement l'information sur le lieu de naissance des parents. On relève ainsi la tentative de C. Valentin-Marie, à l'occasion de l'exploitation des résultats du recensement relatifs aux « populations des DOM-TOM », qui créait la catégorie des « originaires des DOM-TOM » en attribuant l'origine des parents aux enfants vivant dans le ménage ([18], p. 5). Une solution du même ordre est mise en œuvre par M. Tribalat dans son étude des « immigrés et les populations liées à leur installation en France » [32]. Le fichier de l'Échantillon démographique permanent (EDP), constitué à partir d'un extrait (au centième) des bulletins du recensement, permet également de construire la catégorie « jeunes d'origine immigrée » grâce au suivi des bulletins depuis 1975. Enfin, l'enquête « histoire familiale », associée au recensement de 1999, a relevé directement le pays de naissance des parents et offre l'une des plus larges bases de données sur la « seconde génération » (l'échantillon concerne près de 400 000 personnes). Du côté des enquêtes, plusieurs sources enregistrent le pays de naissance des parents : les panels du CEREQ et du ministère de l'Éducation nationale, les enquêtes de l'INED (MGIS) et les enquêtes de l'INSEE (FQP, « Jeunes et carrières », « Étude des conditions de vie »...).

L'exploitation de ces enquêtes et des variables « bricolées » à partir du recensement ont permis de mettre en évidence l'existence d'inégalités expérimentées par certains groupes de descendants d'immigrés - essentiellement d'origine maghrébine, d'Afrique subsaharienne et turque - dans les domaines de l'emploi, avant tout, mais également de l'éducation, du logement, de la santé... Celles-ci peuvent s'analyser à partir de la grille de lecture des positions sociales, mais il subsiste une source spécifique d'inégalités qui, sans équivoque, sont liées à l'origine ethnique et raciale des membres de ces groupes. Cela ne signifie pas que « l'ethnique » se substitue au social, mais qu'au contraire ils se combinent dans les dynamiques de subordination, de précarisation économique et de dévalorisation symbolique. On peut, dès lors, douter de la cohérence d'une analyse *color blind* des inégalités sociales qui ne prennent pas en compte les discriminations spécifiques, ou tout simplement supplémentaires, que subissent des populations en raison de leur origine, réelle ou supposée. Plus encore, la cécité plus ou moins volontaire des statistiques sur la *condition* des immigrés et ceux qui sont amalgamés dans cette catégorie - que nous avons qualifié « d'immigrés ou supposés tels » dans un rapport sur les discriminations dans l'accès au logement social¹⁴ [28] - contribue à relativiser la gravité des atteintes à la dignité et aux droits. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de quantification du phénomène,

est toujours préférable de revenir aux variables de lieu de naissance et de nationalité plutôt que d'exploiter des croisements de seconde main. Malheureusement, la plupart des tableaux publiés obligent à recourir à ces combinaisons.

¹³ Sur l'émergence des « jeunes issus de l'immigration » comme catégorie de l'action publique, voir [27].

¹⁴ Cette dénomination a fait l'objet d'une justification que nous reproduisons ci-dessous, dans la mesure où elle entre directement dans la problématique de cet article :

mais aussi et surtout de sa factuelisation. En mentionnant la *factuelisation*, nous faisons référence aussi bien au rôle fondamental joué par les statistiques dans la mise en évidence des discriminations et l'analyse de leurs mécanismes dans un projet de connaissance, que de leur mobilisation à des fins d'évaluation dans la conduite des politiques publiques et de poursuites judiciaires.

En effet, les dispositifs de lutte contre les discriminations mis en place dans les pays les plus avancés dans cette voie reposent tous en partie sur des informations statistiques, sous l'appellation d'*ethnic monitoring*¹⁵ [2, 12, 16, 21]. L'évaluation des pratiques discriminatoires s'effectue le plus souvent de façon indirecte, en comparant la structure de qualification d'une population donnée et sa distribution professionnelle, par exemple. Les distorsions observées sont alors attribuées, entre autres explications, à des blocages spécifiques révélant, en creux, l'existence de discriminations. Les interventions contre les discriminations réclament une connaissance précise de la situation sociale et économique des groupes-cibles, donc une quantification détaillée. Le recours au statistique tend également à s'imposer dans l'arène judiciaire, sous l'impulsion de la doctrine d'inspiration anglo-saxonne. Les directives européennes de 2000 relatives aux discriminations ethniques et raciales¹⁶ ont introduit la notion de discrimination indirecte dans le droit européen. Leur transposition dans le droit français s'est opérée à l'automne 2001 et suppose, de façon implicite, que l'on dispose de « preuves statistiques » pour mettre en évidence l'existence d'une discrimination indirecte¹⁷. Celle-ci est en effet définie par la directive dans son article 2 comme « une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre (est) susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes d'une race ou d'une origine ethnique donnée par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ne soit objectivement justifié par un objectif légitime et que les moyens de réaliser cet objectif ne soient appropriés et nécessaires ».

« La dénomination des populations susceptibles de subir des discriminations à raison de l'origine ethnique ou de la "race" - pour reprendre les catégories énoncées dans les chartes internationales ou les directives européennes - pose de nombreux problèmes. Dans la mesure où les discriminations reposent avant tout sur les perceptions des acteurs, les catégories habituellement distinguées par l'état civil ne sauraient suffire. En effet, tout en formant un critère important, la nationalité juridique ne peut servir à délimiter les populations discriminées. La situation des personnes originaires des DOM-TOM ou des Français d'origine étrangère le démontre. La notion "d'immigré", au sens démographique, pourrait être substituée à celle "d'étranger", mais elle ne prend pas en compte les descendants d'immigrés nés en France. Or, les constructions sociales de l'origine ethnique ou de la "race" tendent à amalgamer ces populations, de telle sorte qu'elles s'avèrent elles aussi particulièrement exposées aux discriminations. Au-delà de tout critère objectif, nous devons convenir que les discriminations à raison de l'origine ethnique ou de la "race" touchent des populations qui sont perçues comme immigrées, quelle que soit la pertinence de ce rattachement pour les individus ainsi classifiés. La solution choisie dans cette note pour surmonter l'obstacle de la dénomination consiste à qualifier d'"immigrés ou supposés tels" les populations susceptibles d'être discriminées. Les rédacteurs ont bien conscience des limites de ce qui doit être considéré comme une convention. En revanche, dans la présentation des résultats statistiques ou des dispositions réglementaires, les catégories d'"immigrés" ou d'"étrangers" seront évoquées. Elles reçoivent les définitions suivantes : Immigré : personne née étrangère à l'étranger, quelle que soit sa nationalité actuelle (étrangère ou française) ; Étranger : personne ne disposant pas de la nationalité française » [28].

¹⁵ Sur la situation états-uniennes, voir [21], et sur la situation en Europe, voir [16], et notamment [2, 12].

¹⁶ Directive 2000/43/CE du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique.

¹⁷ Point n° 15 du préambule de la directive : « L'appréciation des faits qui permettent de présumer l'existence d'une discrimination directe ou indirecte appartient à l'instance judiciaire nationale ou à une autre instance compétente (...) qui peuvent prévoir, en particulier, que la discrimination indirecte peut être établie par tous moyens, y compris sur la base de données statistiques. »

Il découle de cette acception de la discrimination qu'elle s'apprécie essentiellement dans ses conséquences, et que celles-ci ne peuvent s'appréhender que par comparaison. Ce qui suppose d'avoir au préalable construit les groupes à comparer - le groupe-cible d'une « race ou d'une origine ethnique donnée » et les « autres personnes » - puis de saisir les indicateurs susceptibles de décrire les discriminations subies : carrières professionnelles, niveaux de rémunération, trajectoires scolaires, durées d'attente pour un logement HLM, nombre de refus d'un logement sur le marché privé, taux de consommation médicale, proportion de refus de prêts bancaires...

L'inflexion suivie par la politique d'intégration en direction de la lutte contre les discriminations signale une révision, sinon une rupture profonde, du modèle français d'intégration qui sous-tendait le système de classification par la nationalité. En effet, si la thématique de l'intégration des immigrés renvoie aux processus d'adaptation des primo-migrants et du rythme nécessairement lent de leur incorporation à la société d'installation, le cas des enfants d'immigrés, la fameuse « seconde génération », relève d'une autre logique. Le modèle français d'intégration considère que ces descendants d'immigrés - Français pour leur très grande majorité - ne devraient plus être distingués par leurs caractéristiques ethniques et que les politiques conçues pour des immigrés ne s'appliquent plus dans leur cas. Conséquence logique, l'action publique ne prévoit pas de dispositif d'intervention en direction de populations définies par des origines raciales et ethniques. Cette distinction est du reste prohibée par le préambule de la Constitution depuis 1946 et ne peut donc, dans la formulation juridique actuelle, être introduite *même positivement*, dans les programmes d'insertion ou d'action sociale par exemple¹⁸ [5]. Or, la persistance d'un marquage des individus en fonction de l'origine aussi bien dans les parcours scolaires que dans l'accès à l'emploi, au logement ou à la santé nécessite une intervention qui est, par définition, d'une autre nature que les programmes destinés aux migrants (alphabétisation, accueil administratif, formation, insertion sociale...). La lutte contre les discriminations constitue alors le seul objectif capable de justifier la prise en compte de cette « seconde génération », qui n'aurait jamais dû accéder à la visibilité collective, et plus largement à l'introduction de catégories statistiques reflétant les critères par lesquels se décident les traitements différentiels négatifs.

Quelles perspectives pour une appréhension statistique renouvelée ?

Les défaillances du système d'information statistique en matière de populations liées à l'immigration sont bien connues. Elles contraignent fortement les analyses scientifiques, d'une part, et empêchent le développement d'une politique cohérente de lutte contre les discriminations, d'autre part. Dans l'état actuel du système statistique, de nombreuses informations peuvent être exploitées pour améliorer la connaissance de la situation des groupes victimes de discriminations. La nationalité ou le pays de naissance (voire le département pour les originaires des DOM-TOM) renseignent en partie sur les populations visées par les traitements discriminatoires. Mais elles ne suffisent pas dans le cas des « jeunes issus de l'immigration », ceux qui sont nés en France de parents immigrés (ou

¹⁸ Sur la doctrine française en matière de discrimination positive et son évolution récente, voir la mise au point de G. Calvès [5].

originaires des DOM-TOM). L'introduction d'une question sur le pays de naissance et la nationalité d'origine des parents permettrait de découper cette population potentiellement discriminée. D'autres types d'identification sont possibles (déclaration d'une « identité ethnique » ou d'une « origine ethnique »), mais leur faisabilité dans le cas français me paraît très discutable. Elle suppose en effet un degré de construction sociale de l'origine ethnique ou raciale relativement élevé pour qu'aussi bien les classificateurs que les « classés » s'entendent sur des conventions communes. Dans l'état actuel des connaissances, il est impossible d'évaluer une telle congruence des classements, à supposer qu'une volonté se dégage dans cette direction.

La singularisation de la « seconde génération » à travers plusieurs enquêtes est susceptible d'apporter des éléments d'appréciation de l'utilité de nouvelles catégorisations. Une enquête sur les « identités » est actuellement en cours et fournira également de nombreuses informations sur les discriminations que subissent des populations à raison de leur origine ou de tout autre marqueur d'apparence. La différenciation dans l'appareil statistique ne constitue pas une fin en soi, et ne suppose pas que les individus ainsi regroupés se considèrent comme ayant une origine commune, ni même qu'ils forment un groupe social. Elle n'ouvrirait pas automatiquement de droits spécifiques, sur le modèle de l'*affirmative action* (US) ou de *positive action* (GB). Ce type de stratégie d'action publique relève de la décision politique et, si elle nécessite le recours à des statistiques, on ne peut à l'inverse conclure que toute constitution de statistiques ethniques ou raciales détermine l'octroi de droits spécifiques pour les populations discriminées. Les statistiques peuvent tout aussi bien servir au projet de rétablissement d'une égalité d'accès, sans droits spécifiques.

Il importe alors de distinguer clairement les instances chargées du codage et leurs utilisations : fichiers administratifs de gestion, enquêtes scientifiques à des fins de connaissance, enquêtes réalisées pour informer et élaborer l'action publique. On trouve sous le label « statistique publique » des productions de différents statuts et qui ne doivent évidemment pas être soumis aux mêmes règles de constitution et de diffusion. De même, le label délivré par l'institution statistique, essentiellement l'INSEE mais aussi les services des différents ministères, ne s'applique pas uniformément à toutes les collectes réalisées seul ou en collaboration par ses soins. Il est donc abusif de considérer sur le même plan l'introduction de questions sur l'origine ethnique ou raciale des individus dans des enquêtes scientifiques, dans des fichiers administratifs ou dans le recensement. Le paradoxe est que les contrôles sont moins exigeants dans le cas de fichiers où figurent des indications sur l'origine des individus, le plus souvent dans un infra-droit peu contrôlé : fichiers de demandeurs de logement, fichiers d'inscription scolaire dans certaines mairies, fichiers de demandeurs d'emploi. Sur le stricte plan des atteintes aux libertés publiques, le dommage est réel lorsqu'il s'agit d'une gestion des individus, ce à quoi servent directement les fichiers, et il est plus symbolique ou potentiel dans le cas de fichiers d'enquête théoriquement anonymisés¹⁹.

¹⁹ Les avatars de la fiche de déclaration de la séropositivité signalent l'extrême sensibilité de la question des catégories renvoyant à l'immigration. Bien que présentant toutes les garanties d'anonymisation, la fiche a vu à plusieurs reprises les informations sur la nationalité et le pays de naissance des individus disparaître de son dessin, jusqu'à son ultime (?) validation. Pourtant, on voit bien l'enjeu stratégique pour une politique de santé que représente la connaissance de la situation, dès la contamination, des groupes en forte vulnérabilité face au sida, dont font objectivement partie certains immigrés.

Le recensement est-il le plus approprié pour le recueil de cette information ? Il est vrai que c'est la seule base de donnée utilisable à des niveaux géographiques fins. On peut se contenter d'enquêtes représentatives, sur de larges échantillons, s'il faut réfléchir sur les processus des discriminations. Si l'on veut agir localement, le recueil d'informations précises décrivant la situation sur des sites définis est indispensable. En tout état de cause, le choix d'introduire une question sur le pays de naissance des parents dans le recensement met en jeu des questions de nature différente : rapport entre recensement et politiques publiques, stigmatisation par le repérage statistique, dérogation au principe constitutionnel d'indifférenciation, méthodologie de la catégorisation statistique (solidité des catégories, pertinence du classement...).

L'introduction de caractéristiques d'origine dans les fichiers administratifs constituerait une rupture bien plus fondamentale dans la tradition statistique française. Elle risque d'être imposée par l'application de la directive européenne relative à la lutte contre les discriminations raciales qui retient la notion de discrimination indirecte et engage les pays de l'Union européenne à développer des dispositifs d'intervention volontaristes. Bien que les modalités concrètes d'intervention ne soient pas détaillées, les expériences de référence dans ces pays utilisent le plus souvent l'*ethnic monitoring*, ce qui suppose un aménagement des sources statistiques aussi bien de description des populations que celles enregistrant les activités. On voit ici se dessiner un vaste domaine de débat pour les années à venir.

Remerciements

Ce texte doit beaucoup à un rapport pour le Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD) écrit avec Joan Stavo-Debaugue que je tiens ici à remercier.

Références bibliographiques

1. Alders M, Keij I. Niet-westerse derde generatie, een eerste verkenning. Statistics Netherlands. *Maandstatistiek Van De Bevolking* 2001 ; 49 (3) : 17-22.
2. Banton M. Ethnic monitoring in international law : the work of the CERD. In : Krizsàn A, ed. *Ethnic monitoring and data protection : the European context*. Budapest : CEU-INDOK, 2001 : 62-85.
3. Bell M. *La politique de l'Union européenne contre la discrimination : de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes à la lutte contre le racisme*. Parlement européen, Direction générale des études, Série Libertés publiques, LIBE, 1998 : 102a.

4. Boëldieu J, Borrel C. Recensement de la population : la proportion d'immigrés est stable depuis 25 ans. *INSEE-Première* 2000 ; 748.
5. Calvès G. Pour une analyse (vraiment) critique et la discrimination positive. *Le Débat* 2001 ; 117 : 163-74.
6. De Rudder V. Quelques problèmes épistémologiques liés aux définitions des populations immigrantes et de leur descendance. In : Aubert F, Tripier M, Vourc'h F. *Jeunes issus de l'immigration, de l'école à l'emploi*. Paris : L'Harmattan, 1997.
7. De Rudder V, Poiret C, Vourc'h F. *L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*. Paris : PUF, 2000.
8. Desrosières A. *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*. Paris : La Découverte, 1993.
9. Fassin D. L'indicible et l'impensé. La « question immigrée » dans les politiques du sida. *Sciences Sociales et Santé* 1999 ; 17 (4) : 5-36.
10. Fassin D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes et Migrations* 2000 ; 1225 : 5-12.
11. Gilloire A. Les catégories d'origine et de nationalité dans les statistiques du sida. *Hommes et Migrations* 2000 ; 1225 : 73-82.
12. Goldston J. Race and ethnic data : a missing resource in the fight against discrimination. In : Krizsan A, ed. *Ethnic monitoring and data protection : the European context*. Budapest : CEU-INDOK, 2001 : 19-41.
13. HCI. *Pour un modèle français d'intégration*. Premier rapport annuel du Haut Conseil à l'Intégration. Paris : La Documentation Française, 1991.
14. INSEE. *Les immigrés en France*. Paris : Série Contours et Caractères, 1997.
15. Khlal M, Sermet C, Laurier D. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb. *Population* 1998 ; 6 : 1155-84.
16. Krizsan A (ed.). *Ethnic monitoring and data protection : the European context*. Budapest : CEU-INDOK, 2001.
17. Leridon H. La variable « ethnie » comme catégorie statistique. Présentation du dossier. *Population* 1998 ; 53-3 : 537-40.
18. Marie CV. Les populations des DOM-TOM, nées et originaires, résidant en France métropolitaine. Paris : INSEE. *Résultats-Démographie-Société* 1993 : 24.
19. Mizrahi An, Mizrahi Ar, Wait S. *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*. Paris : CREDES, 1993 : 968.
20. Noiriel G. Socio-histoire d'un concept. Les usages du mot « nationalité » au XIX^e siècle. *Genèses* 1995 ; 20 : 4-23.
21. Sabbagh D. L'affirmative action et les aléas de la catégorisation raciale aux États-Unis. *Raisons Politiques* 1999 ; 2 : 7-26.
22. Savignoni A, Lot F, Pillonel J, Laporte A. *Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France*. Paris : Institut de Veille Sanitaire, 1999.
23. Schor R. *Histoire de l'immigration de la fin du XIX^e siècle à nos jours*. Paris : Armand Colin, 1996.
24. Simon P. La statistique des origines. Race et ethnicité dans les recensements aux États-Unis, Canada et Grande-Bretagne. *Sociétés Contemporaines* 1997 ; 26 : 11-44.
25. Simon P. Nationalité et origine dans la statistique française : les catégories ambiguës. *Population* 1998 ; 53-3 : 541-68.

26. Simon P. L'immigration et l'intégration dans les sciences sociales en France depuis 1945. In : Dewitte P (sous la direction de). *Immigration et intégration : État des savoirs*, Paris : La Découverte, 1999 : 82-95.
27. Simon P. Les jeunes de l'immigration se cachent pour vieillir. Représentations sociales et catégories de l'action publique. *VEI Enjeux* 2000 ; 121 : 23-38.
28. Simon P, Kirszbaum T. *Les discriminations raciales et ethniques dans l'accès au logement social*. Note du GELD n° 3. Paris : GIP GELD-114, 2001.
29. Spire A. Ambiguïtés d'une mesure des origines. *Plein Droit* 1999 ; 41-42 : 36-9.
30. Spire A. De l'étranger à l'immigré : la magie sociale d'une catégorisation statistique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1999 ; 129 : 50-6.
31. Tribalat M. Immigrés, étrangers, français : l'imbroglie statistique. *Population et Sociétés* 1989 : 241.
32. Tribalat M. Les immigrés au recensement de 1990 et les populations liées à leur installation en France. *Population* 1993 ; 6 : 1911-46.
33. Waters MC. *Ethnic options : choosing identities in America*. Berkeley : University of California, 1990.

La classification des immigrés à l'épreuve du VIH/sida

Augustin GILLOIRE¹

Résumé

Fondée sur la notion d'origine déclinée selon trois modes, *l'origine nationale*, *l'origine épidémiologique* et *l'origine ethnique*, la classification des immigrés atteints par le sida a servi d'outil pour observer la variabilité d'exposition au virus. Le critère de nationalité - et par voie de conséquence celui d'appartenance à l'Union européenne - a montré sa pertinence descriptive. Dès lors que le lieu de naissance des personnes atteintes a été utilisé, cette notion d'origine est devenue assez précise dans sa définition et efficace pour contraster de façon pertinente les taux de séroprévalence suivant les populations. À l'évidence, afin de mieux suivre l'évolution de la contamination parmi les immigrés, le lieu de naissance dans les nouvelles procédures d'enregistrement des cas déclarés séropositifs devrait être renseigné. En l'absence de cette information identitaire fondamentale pour observer ces populations, l'élaboration des stratégies et la mise en place des actions de prévention spécifiques risqueraient de rester aléatoire.

Mots clés : immigrés, VIH/sida, catégories, origine, déclaration.

Constructions et usages des catégories pour surveiller et prévenir

La classification des immigrés dans la santé en France

Les données de l'épidémiologie publique en France n'ont fait usage, jusqu'à ces dernières années, que rarement des critères de nationalité et d'origine [18]. Mais ces catégories, qui ne se recouvrent que partiellement², affleurent progressivement à travers des publications qui ont mis en évidence et de manière récurrente les écarts de niveau de santé entre populations françaises, populations étrangères et populations immigrées [31]. Ce constat, qui n'est pas nouveau, a pu être quantifié à partir de données de caisse d'assurance maladie³

¹ CNRS UMR 7032, Migration et Société, Université de Nice-Sophia Antipolis, France. augustin.gilloire@wanadoo.fr.

² Rappelons que pour l'INSEE, un immigré est « une personne née étrangère à l'étranger ». Cette définition, on le constate, est très éloignée du sens commun actuel du terme immigré. De fait, 3 260 000 étrangers résidant en France métropolitaine ont été recensés en mars 1999, soit 5,6 % de l'ensemble de la population. 85 % d'entre eux sont nés à l'étranger, soit un effectif de 2 750 000 et 15 % sont nés en France, soit 510 000. Ce même recensement a dénombré 4 310 000 immigrés résidant en France métropolitaine, soit 7,4 % de la population. 1 560 000 sont devenus Français par acquisition (immigrés français) et 2 750 000 ne le sont pas (immigrés étrangers). Donc si la population étrangère ne se confond pas avec la population immigrée, elle n'en représente pas moins de 64 %.

³ Selon des agrégats statistiques anonymisés.

ou d'informations recueillies par des ONG [37]⁴. Une telle « épidémiologie de la précarité » ne pouvait que rencontrer les populations migrantes sur son chemin. De même, la description des files actives des services des urgences hospitalières s'est faite à partir de typologies employant les catégories « étrangers et/ou immigrés ». Plus récemment, ces clivages ont été associés à l'ouverture des droits et à l'accès aux soins⁵. Un des domaines privilégiés de l'épidémiologie dans lequel ce type de variable a été utilisé, est celui de la périnatalité. Nombreux sont les travaux pour rendre compte des différences de suivi des parturientes issues de l'immigration, populations regroupées par catégories établies à partir du *pays d'origine* des femmes [22]⁶. Plus généralement ces classifications ne sont que la continuation de celles portant sur les inégalités sociales de santé [24]. Les catégories « étranger » ou « immigré » en tant que variables socio-démographiques sont restées descriptives et n'ont jamais été utilisées comme déterminant des pathologies.

Les processus de réactualisation d'anciennes catégories pour décrire une nouvelle maladie

Aux États-Unis, dans la phase initiale de l'épidémie VIH/sida, au début des années 1980, l'emploi de caractéristiques liées à la nationalité et à l'appartenance à la catégorie dite ethno- raciale⁷ s'est fait d'emblée. L'émergence de cette taxonomie dans le champ de la maladie appartient tant à son histoire naturelle qu'à son histoire sociale. Parmi les premiers cas de sida décrits par les cliniciens les dénominateurs communs étaient donc autant l'appartenance à un type de population, que l'orientation sexuelle. Ces catégories sont consubstantielles à la naissance même de l'épidémie. Le diagnostic des premières maladies opportunistes publié (*MMWR*, 1981) fut donc établi selon cette codification qui cumule des critères phénotypiques (couleur de peau, texture des cheveux, etc.) pour les groupes « blanc » ou « noir », et critère culturel pour les « hispaniques » (parlant espagnol qu'ils soient amérindiens ou afro-américains). Typologie pré-construite en usage aux États-Unis [41] à laquelle se sont ajoutées pour identifier les personnes atteintes, celles de l'orientation sexuelle, de l'usage de drogue ou de transfusion. L'ensemble de ces indicateurs ayant rapidement constitué l'étiologie du sida, les quatre H tant évoqués, ont servi d'emblème à la nouvelle maladie⁸. La combinaison des catégories nationales, ethno- raciales avec les modes de transmission du virus, quand ils ont été identifiés, a été la matrice cognitive originelle des représentations de l'épidémie. Cette nomenclature naissante du sida s'est adaptée d'autant plus aisément à la culture épidémiologique aux États-Unis, que nombreuses étaient les études biomédicales faites sur la morbidité où déjà les différences entre populations, délimitées sui-

⁴ La Mission de Médecin du Monde a, depuis 1995, accueilli plusieurs dizaines de milliers de personnes dans ses centres de soins gratuits dont, au dernier bilan de 2001, presque 80 % étaient étrangères.

⁵ Couverture Médicale Universelle ou Aide Médicale de l'État.

⁶ En général les résultats de ces travaux ne rendent compte ni de la manière dont cet item a été construit -lieu de naissance, filiation, langue ni des modalités de collecte de cette information (entretien oral ? réponse écrite à un questionnaire ?).

⁷ Ainsi communément intitulée *Racial/Ethnic classification* dans la littérature démographique et épidémiologique nord-américaine.

⁸ Auquel M. Grmek ajoutait un cinquième : *Hooker* pour les prostitués et que l'on pourrait désormais compléter par un sixième pour Hétéro.

vant ce système de classement, servaient à confectionner des groupes témoins pour contraster les échantillons⁹. Mais si aux États-Unis toutes les statistiques officielles sont structurées à partir de ce système de classement auquel s'ajoute souvent l'appartenance religieuse [23], celui-ci ne répond pas pour autant à une catégorisation raciale qui reposerait sur une définition biologique de race mais correspond indirectement à une typologie sociale, économique et culturelle qui reste pertinente dans la mesure où elle classe des différences autres que biologiques parmi les populations.

En France, la loi, dont l'esprit affirme son égalitarisme, n'accepte théoriquement pas la constitution de statistiques publiques ou privées faisant référence à la couleur de peau des personnes ni à un quelconque caractère supposé racial. Une comptabilité fondée sur ces critères est illégale. Son interdiction reste encore largement observée dans le contexte français, même si la CNIL relève périodiquement dans des fichiers établis par des organismes, publics comme privés, des infractions à ces règles. Pourtant, dans le contexte de l'épidémie de sida, on a pu lire ou entendre des propos issus d'acteurs de la lutte contre la maladie, évoquant *la race* comme facteur de vulnérabilité face au VIH, au même titre que la sexualité, ou décrivant des observations faites sur des patients à partir des couleurs de peau blanche ou noire¹⁰. Mais l'usage de cette terminologie ne manifeste pas pour autant d'attitudes racistes, car les caractères physiques des patients évoqués ici ne se réfèrent pas à des préjugés hiérarchisant les groupes humains selon un ordre inégalitaire.

Lors de l'irruption du sida, la tradition de la médecine tropicale pour classer les individus présentant des pathologies exotiques n'avait pas été totalement abandonnée en France¹¹ [13]. Les traces d'une telle *pathologie comparée des races humaines* remontant au XIX^e siècle [34] étaient encore présentes. Si l'anthropologie physique, rebaptisée anthropologie biologique, est restée prégnante dans un certain discours médical en France, c'est sous des formes plus ou moins euphémisées. La référence raciale en tant que catégorie descriptive perdure, mais se manifeste à partir des notions comme celle de *type* qualifié de *méditerranéen*, *caucasien*, etc. ou bien de *terrain génétique* auxquelles peuvent s'ajouter les qualificatifs d'*arabe*, de *noir*. Aussi, le renvoi à cette typologie ne s'est-il pas fait *ex nihilo*. La propension initiale à faire usage de ces catégories face au sida s'insérait dans un système de représentation partiellement encore actif. L'habitude d'associer des pathologies à des groupes définis selon des critères d'appartenance ethnique et de couleur de peau ou de zone géographique était courante en médecine tropicale. Les premières personnes atteintes qui contractaient des maladies opportunistes¹² rappelaient un passé encore récent. Ainsi, au début de l'épidémie, la clinique a pu utiliser comme simple catégorie médicale, un vocabulaire héritier de la typologie des racio-logues.

⁹ Diabète, cancer, HTA, drépanocytose, etc.

¹⁰ Sidathon 1997, CRIPS, 1998.

¹¹ Dans ce manuel de médecine tropicale, encore en usage au début du sida, il était indiqué, par exemple, dans la rubrique intitulée « épidémiologie », que *la maladie de Kaposi atteint essentiellement les sujets originaires du bassin méditerranéen, juifs et italiens surtout et les Noirs d'Afrique équatoriale (Bantous)*. De même que la pneumocystose avait souvent été décrite comme touchant les enfants juifs vivant dans les ghettos.

¹² La « peau noire » (ou « peau des noirs ») comme spécifique de certaines pathologies, fait toujours l'objet de descriptions cliniques dans les traités de médecine et de dermatologie en particulier.

Cette ancienne pathologie comparée des races humaines utilisée pour décrire la distribution spatiale des maladies selon une véritable *topographie médicale* [4] tentait aussi de déterminer la localisation spécifique des agents infectieux. Dans le cas du sida, la dimension géographique de l'épidémie est apparue déterminante. Au début de l'épidémie, les travaux déjà en cours sur les rétrovirus en Afrique ont amené les spécialistes à évoquer « l'origine africaine » de la maladie. La recherche du « réservoir » ou du foyer, à partir duquel le virus se serait initialement dispersé, restant un des objectifs premiers des virologues, les pistes africaines comme caribéennes ont été privilégiées. Les malades étaient souvent originaires des Antilles ou d'Afrique, la recherche virale s'orienta rapidement vers ces lieux supposés être de provenance première du virus.

À partir des problématiques propres aux avancées de cette virologie, la nouvelle maladie posait à nouveau la question des déterminants génétiques spécifiques à certains *groupes humains* qui figurent parmi les immigrés. L'hypothèse, par exemple, d'éventuelles pathogénicités de différents sous-types viraux sur certains sous-types de populations [33] justifiait pour la recherche bio-médicale cette catégorisation des malades. La question des différences de réactivité suivant les souches de virus (VIH-1 type I, II, III, VIH-2) en fonction de la filiation des patients, a rapidement été étudiée. Cela explique le rapprochement constant qui pouvait être fait entre « origine du virus du sida » et « origine géo- raciale » des personnes atteintes. Les populations africaines ou caribéennes risquaient ainsi d'être désignées comme responsables d'avoir apporté ce nouveau virus et d'être coupables de l'épidémie. Le discours des médias « amalgamant » parfois origines du virus, de la maladie, et des patients contribua sans doute à renforcer les craintes d'une stigmatisation que les acteurs de santé et les associations de défense des malades n'ont cessé de vouloir prévenir.

L'imbrication des catégories ethniques et nationales dans l'épidémie du sida en France

Parmi les malades du sida décrits en France en 1982 dans la première série reconstituée¹³, un quart était Haïtiens ou avait séjourné dans la Caraïbe. Tous étaient hétérosexuels (dont un transfusé). Dans une deuxième série, les patients étaient africains ou avaient séjourné en Afrique. En France, sur la période 1978-1982, le simple comptage que l'on pouvait effectuer à partir des cas rapportés et décrits¹⁴, indiquait clairement que dès son commencement, l'épidémie y atteignait proportionnellement beaucoup plus ces mêmes populations antillaises et africaines. Par la suite, les statistiques sur le sida ont enregistré et réparti les malades entre Français et étrangers, voire entre Français et Haïtiens comme ce fut le cas en Martinique et en Guadeloupe [11]. Les statistiques sur les cas de sida déclarés chez les étrangers classeront les patients de nationalité haïtienne comme catégorie à part (BEH n° 27, 1999).

De manière quasi synchrone avec les États-Unis, mais selon des modalités propres, l'identité ethno- raciale des malades en France, prenait place comme indicateur de transmission d'une infection dont on n'avait pas encore identifié l'origine virale exacte.

¹³ La rapidité et la méthode du groupe de travail, constitué de véritable « mousquetaires de l'épidémiologie », ont fait que la recension (*review*) de ces cas a été décisive dans l'identification de la maladie en France.

¹⁴ À partir de données du RNSP et de l'INSEE.

La mise en œuvre de procédures de tri basées sur l'origine : première tentative

Les prémices d'une épidémie annoncée ayant été confirmées rapidement, les premières références aux populations africaines ou antillaises sont apparues dans le dispositif sanitaire français comme catégorie spécifique. Texte fondateur d'une politique de prévention naissante, la circulaire du 20 juin 1983 de la DGS recommandait une attitude de grande prudence pour la collecte du sang chez les personnes identifiées et décrites comme appartenant aux « populations à risque ». Aux critères d'homosexualité, de bisexualité ou de multipartenariat, à celui d'utilisation de drogue par voie veineuse s'ajoutait celui de *personnes originaires d'Haïti et d'Afrique équatoriale*. Particulièrement précoce, ce document, qui incitait à la sélection des donneurs, n'a pas été suivi d'effet [30]. Cette initiative, pourtant visionnaire et incomprise pour cela¹⁵, de vouloir trier les donneurs en fonction d'un critère de distinction se référant à une *origine* ressemblait trop à une appartenance raciale - indirectement énoncée - et allait à l'encontre de la philosophie du sang comme ressource vitale universelle et donc non marquée par l'appartenance à un groupe humain particulier. Mais l'étiologie de la maladie n'était pas encore élucidée et l'application de principe de précaution pour raison de sécurité sanitaire n'était pas encore une notion à l'ordre du jour¹⁶.

Les trois types d'*origine* comme fondement des catégories

Dans les divers dispositifs statistiques mis en place en France, la catégorisation des immigrés atteints par le VIH/sida repose principalement sur la notion d'origine déclinée selon trois critères.

L'*origine épidémique* utilisée dans la procédure d'enregistrement des cas de sida

Le système de notification par la déclaration obligatoire (DO) a sensiblement évolué au cours des années. Sur le formulaire concernant les cas de *sida avérés*, l'appellation de la rubrique concernant l'identité de la personne déclarée a été modifiée plusieurs fois, mais *in fine* les *caractéristiques socio-démographiques* ne contiennent aucun indicateur apte à identifier une personne immigrée atteinte du sida. Pays de naissance, date d'immigration des malades, filiation, langue parlée, etc., aucune de ces informations n'est disponible. Seule la catégorie *nationalité* a été recueillie dès l'apparition du sida en France. Pour l'item *causes de la contamination*, trois formulations différentes ont été successivement utilisées au cours de ces dernières années : *mode de transmission* (1991) ; *groupe de transmission* (1993) ; *modes de contaminations probables* (1997). Ces glissements successifs de notions trouvent peut-être leur épilogue dans celle de *circonstances de la contamination hétérosexuelle* (BEH n° 52, 2000). Pour la transmission par voie sexuelle (entre deux personnes de sexes différents), en critère

¹⁵ Qui, faute de n'avoir été appliquée, a abouti, entre autre, au désastre que l'on sait du sang contaminé.

¹⁶ L'affaire du sang contaminé n'était pas encore révélée, ni celles qui suivirent de l'hormone de croissance, des maladies à prion, des OGM.

de premier rang, trois formulations ont été successivement utilisées dans la DO : *transmission* hétérosexuelle (1991), *groupe* hétérosexuel (1993) ; *rapport* hétérosexuel (1997). Le mode de contamination, finalement, peut être dû aux *contacts* hétérosexuels [15]. Dans ce dispositif de codage mouvant et qui ne renvoie pas à des variations de catégories étiologiques, c'est d'abord la pratique hétérosexuelle (catégorie comportementale) qui a été répertoriée comme responsable de la contamination, puis l'appartenance à un groupe de transmission (ensemble statistique)¹⁷ du fait même de cette orientation ; enfin c'est l'acte sexuel accompli dans le cadre de cette orientation qui est retenu comme cause de la transmission du VIH.

Dans la catégorie *transmission hétérosexuelle*, en fin d'énumération¹⁸, est classé à part le patient *originaire d'Afrique subsaharienne* ou de *la Caraïbe*. Ce type d'*origine*, indiqué aussi par défaut pour le partenaire du malade, renvoie aux zones d'endémie intense du sida où la transmission du VIH est majoritairement hétérosexuelle et est supposée n'être *qu'un critère de présomption*. Cette catégorie « hétérosexuelle », parfois mise en cause sur sa validité et amendée comme *origine géographique* (BEH n° 24, 1996) précise que ce n'est pas l'identité africaine ou caribéenne en soi qui fait présomption, mais la zone d'endémie dont la personne atteinte est originaire. Depuis, il semble que cette « appellation d'origine » soit découplée du cas déclaré pour être associée uniquement au mode de contamination supposé du partenaire « *Originaire de pays où l'épidémie du VIH est généralisée* ». Les normes de l'Onusida/OMS les quantifient comme « Pays où la prévalence VIH est supérieure à 1 % chez les femmes enceintes ». Les consignes pour classer les patients ne sont plus réservées aux seules catégories Afrique subsaharienne ou Caraïbe. Le « partenaire contaminant » d'un patient peut être originaire d'un pays ni africain ni antillais. La notion même d'*origine*, quelle que soit la qualité de l'anamnèse faite par le praticien, est toujours non définie. Laisser à l'appréciation du médecin déclarant, elle ne répond pas à des critères standardisés. Dans ce dispositif d'enregistrement, elle garde sa qualité de présomption même si son champ d'application est élargi à l'ensemble des populations quelle que soit leur provenance (BEH n° 38, 2000).

La variabilité sémantique de ces formulations ne traduit pas fondamentalement de nouvelles catégories causales mais atteste d'un déplacement sensible d'imputation de l'infection. Les conditions de la transmission du VIH sont attribuées à une réalité qui échappe, en partie, à la responsabilité directe du sujet originaire d'Afrique ou de la Caraïbe, à savoir la distribution du virus dans l'espace, la répartition et l'intensité de l'épidémie suivant les pays. Conditions qui en première instance sont à l'origine de l'exposition au VIH. Cette externalisation des causes relativise le niveau d'implication du malade dans sa contamination et explicite cette dernière comme liée à la biocénose, milieu pathogène où se niche le virus. Les représentants du corps médical spécialistes du VIH et les responsables de santé publique ont souvent perçu le danger qu'il y avait à communiquer sur le thème de l'*origine* des personnes atteintes comme cause directe du mal. Les enjeux de l'*attribution catégorielle* [38] dans le contexte d'une maladie transmissible et mortelle étaient particulièrement accentués.

¹⁷ Et non sociale comme cela a été compris souvent.

¹⁸ À partir de 1993.

Dans le grand bruit de fond que furent les discours bio-médicaux et médiatiques sur le sens à donner aux mots de l'épidémie, la terminologie portant sur le niveau d'imputation et les distinguos entre « contagion » et « transmission » restaient d'autant plus difficiles à décrypter que cela renvoyait à des notions inconnues du public. Les « groupes à risque », « facteurs de risques », et autres critères de causalité qui déterminent les processus d'imputation et permettent de « déchiffrer la maladie » [3], restent encore du domaine de la culture savante. L'exemple le plus saillant qui illustre la difficulté à saisir les modèles explicatifs de la dynamique de la contamination de l'infection est la confusion constante qui a pu être faite tant par les personnes atteintes que par la population générale, entre des « groupes sociaux réels » et des « catégories abstraites » de la population statistique. Autant de notions statistiques utilisées par l'épidémiologie et qui sont à l'origine même de l'histoire de la sociologie [17].

Les résultats du classement par orientation sexuelle et origine géographique

Ils ont été présentés en quelques lignes dans un rapport officiel : « *différents éléments épidémiologiques peuvent être soulignés [...] les personnes originaires d'Afrique représentaient, en 1992, 75 % des cas de sida à transmission hétérosexuelle* »¹⁹ [32]. Simultanément, dans un autre rapport, un groupe d'experts s'interrogeant sur l'évolution de l'épidémie confirmait que ce mode de transmission hétérosexuelle concernait surtout les sujets originaires d'Afrique et des Caraïbes, insistant sur *la diffusion de l'épidémie dans ces sous-groupes en phase d'évolution rapide* [40]. Il réclamait un renforcement du dispositif d'information épidémiologique et des actions de prévention ciblées dans les groupes de population les plus touchés. Plus tard, il était pronostiqué que l'épidémie en relation avec l'Afrique ne serait pas encore en *phase de saturation* [1]²⁰. Ces premières statistiques sur les immigrés ont aussi été présentées à l'échelle d'une région. L'évolution du nombre de cas de sida dus à une contamination par voie hétérosexuelle reprend les catégories d'*origine* (originaires ou partenaires de sujets) d'Afrique sub-saharienne et de la Caraïbe [10].

De fait, l'*origine* telle qu'elle est énoncée dans la procédure de déclaration obligatoire, n'est pas une catégorie sociale de l'immigration mais une classe épidémiologique limitée à l'hétérosexualité. Le système de collecte sur l'origine repose sur la base empirique de la séroprévalence dans les pays les plus touchés et les orientations sexuelles du patient, et non sur des caractéristiques démographiques ce qui obère en grande partie l'approche des liaisons sida et immigration. Aussi le critère « d'origine épidémique » comme fondement d'une catégorie d'imputation en population immigrée est limité, alors que le projet de l'épidémiologie, qui a pour objectif de décrire et d'analyser les populations malades, a un champ d'investigation et des méthodes souvent proches de celles de la sociologie quantitative. Or le critère d'origine du patient ou du partenaire (souvent

¹⁹ Ce premier usage du classement des cas déclarés à partir de la variable « origine » présentait des pourcentages avec un effet de grossissement produit mécaniquement du fait du dénominateur restreint. Pour avoir une vision d'ensemble, si l'on reprenait le nombre de cas dans chacune des catégories rapportées à l'ensemble des cas déclarés, il s'avérait que, femmes et hommes confondus originaires d'Afrique et de la Caraïbe ne représentaient respectivement que 1,4 % et 0,7 % de l'ensemble cumulé des cas déclarés en France au 31 décembre 1993.

²⁰ Quand on sait, sept ans après, la justesse de ces prévisions on peut s'interroger sur l'effet réel de ce type de prospective sur l'inflexion des politiques de santé publique menées en direction des populations étrangères et immigrées.

amalgamé dans les données)²¹ présente, on l'a vu, beaucoup d'inconvénients auquel s'ajoute le fait qu'il ne s'agit pas d'une variable indépendante puisqu'elle est exclusive du mode de transmission hétérosexuel. Ce qui a pour conséquence de ne pouvoir s'enquérir, à partir des cas de sida déclarés *via* la DO²², des « origines » des patients homosexuels ou bisexuels résidant en Ile-de-France ou des usagers de drogue par voie intraveineuse résidant en région PACA. Le contenu des origines n'est jamais énoncée puisque les règles d'inclusion restent muettes. Elles ne sont définies ni en terme de lieu de naissance²³ ni de filiation. Aucune question n'est posée non plus sur un éventuel séjour dans ces pays. Ces « originaires », suivant leur histoire de migrant, peuvent n'avoir jamais vécu dans les pays d'endémie d'où ils sont supposés venir et peuvent aussi avoir débuté leur vie sexuelle en France dans des relations d'exogamie ethnique. C'est le cas pour nombre d'Antillais français de la deuxième ou troisième génération nés et résidants en France métropolitaine. Dans la pratique, la pertinence statistique de cette catégorie d'*origine* comme variable d'analyse ne paraît pas démontrée si on la croise avec celle de *nationalité* [14].

D'autres notions en usage auraient pu être utilisées comme c'est le cas pour le paludisme où l'appellation *paludisme d'importation* est employée dans la littérature épidémiologique. L'expression indique que la personne atteinte a apporté la maladie d'un pays autre que la France. Pour la dengue, l'interrogatoire du patient est orienté sur des informations concernant d'éventuels séjours dans les pays d'endémie. Cette procédure permet d'identifier l'*origine géographique des cas importés* (BEH n° 3, 2001). De même pour l'identification des MST en recrudescence (gonococcies) ou en réapparition (syphtilis), l'interrogatoire en cas de déclaration va d'abord tenter de déterminer le *pays de contamination du patient* et non « le pays du patient » (BEH n° 26, 1999) voire même pour la France *la région de naissance* du malade [8].

Le sida, lui, n'est pas classé comme maladie d'importation, alors que la justification de la mise en catégorie de « l'origine » vient du fait que l'endémie est particulièrement forte dans les pays d'où les personnes atteintes sont supposées venir. La question concernant d'éventuels séjours dans les pays d'endémie, pour des raisons toujours incompréhensibles, n'est pas posée à la personne contaminée par le VIH lors de l'enregistrement d'un cas de sida déclaré alors qu'elle est sensée l'être aux donneurs de sang depuis 1983. C'est la présomption de contamination qui prévaut pour fonder la catégorie « origine », laquelle est assignée, non déduite et non auto-déclarée.

L'origine ethnique construite à partir du lieu de naissance dans les procédures de surveillance du VIH

Il y a une dizaine d'années, il était fréquent d'affirmer qu'aucune donnée épidémiologique ne permettait de mesurer l'importance du risque sida parmi les populations migrantes et donc de les désigner comme particulièrement atteintes. Faute d'informations, la question était posée de savoir si l'on devait considérer

²¹ Cette catégorie pose la question méthodologique d'une anamnèse sexuelle incertaine et de l'agrégat statistique des données du « patient originaire » avec celles du « partenaire originaire ».

²² Cette asymétrie paraît d'autant plus surprenante que l'étiquetage ethnique est clairement affiché dans les transactions d'offres et de demandes sexuelles parues par petites annonces dans la presse de la communauté gay.

²³ Il n'y avait, semble-t-il, aucun obstacle légal type CNIL à collecter cette information.

les migrants comme un groupe particulier pour la transmission du VIH. Selon certains, il n'était pas question, du strict point de vue de la santé publique, d'envisager de désigner les migrants comme un groupe spécifique, qui par sa qualité même de migrant présenterait un risque quant à la transmission du sida [9]. Rétrospectivement on peut s'interroger sur les limites d'une telle rhétorique alors que l'on avait les moyens depuis plusieurs années de savoir que dans leur ensemble les étrangers étaient plus atteints et qu'ils constituaient près des deux tiers des immigrés (cf. note n° 2). En tous les cas, si le système de surveillance du sida mis en place en France n'a produit aucun travaux sur les étrangers à partir des DO pendant presque vingt ans, pour autant peut-on vraiment affirmer que les statistiques existantes et longtemps laissées en friche ont été impuissantes à traiter de l'immigration, faisant de cette population vis-à-vis du sida, un véritable « point aveugle épidémiologique » ?

Au regard des sources, d'autres moyens ont été mis en œuvre assez tôt par les organismes de recherche et les services hospitaliers pour constituer des recueils de données. En 1988, les responsables de santé publique ont incité les médecins à proposer un dépistage du VIH dans certaines circonstances de la vie. Cette mise en œuvre des programmes de surveillance auprès de populations ciblées a permis de mieux connaître leur situation sérologique ainsi que leur attitude vis-à-vis du virus et de la maladie. Ces enquêtes périodiques ou ponctuelles ont livré en fin de compte un certain nombre d'informations qui en ont fait des outils de surveillance renseignant utilement sur les catégories immigrés-étrangers et sur le VIH/sida. Le fait qu'elles n'aient été que peu exploitées pour élaborer des stratégies de prévention et d'accès aux soins est une question d'ordre politique.

Les connaissances produites sur les populations immigrées dans le cadre du dépistage du VIH

Touchant à la reproduction biologique et sociale, la transmission mère-enfant a rapidement été posée comme problème majeur de politique de santé publique. La stratégie de réduction du risque de transmission verticale s'est traduite par l'élaboration d'une politique de surveillance fondée sur une série d'études séro-épidémiologiques auprès des femmes enceintes. Par son dispositif, le dépistage prénatal, initialement destiné à diagnostiquer des états asymptomatiques, n'avait pas cherché à enregistrer une quelconque origine nationale, géographique ou ethno- raciale des patientes. Aussi les premiers résultats de ce type d'enquête, n'ont livré aucune information utile pour une approche des populations immigrées (BEH n° 23, 1992). Il a fallu attendre 1993, pour que le pays de naissance soit renseigné et que les résultats de la première enquête type *Prévages*²⁴ fournissent des données statistiques à même de rendre compte d'une éventuelle variabilité de prévalence suivant l'origine des populations dépistées. Des informations sur les « immigrés » au sens commun, étaient ainsi disponibles, aux moins sur les femmes, sans pour autant qu'il s'agisse *stricto sensu* de cette catégorie selon la définition de l'INSEE - *personnes étrangères nées à l'étranger* - puisque, exception faite des Haïtiens, les Antillais nés ou pas dans les départements français d'Amérique ainsi que les Africains de la deuxième génération nés en France et de nationalité française échappent à la dite définition.

²⁴ Réalisée parmi plus de 10 000 femmes enceintes domiciliées en Ile-de-France et en région PACA.

Les différentiels de séroprévalence au VIH suivant l'origine des personnes

Le traitement des informations collectées *via* le dispositif *Prévagest* (BEH n° 38, 1993), montrait que les femmes enceintes nées aux Antilles françaises, quel que soit le mode de terminaison de leurs grossesses, étaient deux fois plus contaminées que celles nées en métropole. Celles nées en Afrique subsaharienne l'étaient au moins quatre fois plus. On apprenait aussi que les femmes d'origine maghrébine présentaient un taux de contamination proche de celui des Françaises. Pour la première fois étaient exposées dans une publication officielle des informations épidémiologiques qui posaient la question de l'épidémie en populations migrantes à partir de données et non de rumeurs. Ces résultats quantitatifs confirmaient que la transmission du VIH répondait à l'association de trois facteurs : le sexe, le mode de transmission, le lieu de naissance. Les écarts de séroprévalence, rapportés dans cette enquête, étaient échelonnés dans un rapport de un à huit. Par la suite, une enquête anonyme non corrélée reprenant de nouveau ces catégories d'origine Afrique et Caraïbe, construites, cette fois ci, à partir du « code du domicile principal » et du « pays de naissance » a mis aussi en relief deux résultats qui n'étaient pas de l'ordre de l'évidence pour les observateurs. Les femmes originaires de France ou du Maghreb pratiquaient significativement moins d'ITG ou IVG que les femmes originaires de l'Afrique subsaharienne²⁵. Les données montraient aussi qu'il n'existait pas de différence significative entre les prévalences VIH chez les femmes nées en France métropolitaine et chez les femmes originaires de l'un des trois pays du Maghreb. Ce constat allait contre les préjugés dominants qui désignaient les populations immigrées comme systématiquement sur-contaminées et au comportement dit traditionnel vis-à-vis de la procréation (BEH n° 16, 1995). Le différentiel de taux d'infection par le VIH suivant les différentes origines des femmes, indexé sur le lieu de naissance s'est confirmé comme une tendance lourde [8]. À l'issue de quatre vagues d'enquêtes (1991-1993-1995-1997), les écarts de prévalence du VIH par pays de naissance, sont restés stables (BEH n° 18, 1998). Cette véritable « inertie épidémiologique » augurait des difficultés à trouver des stratégies efficaces pour réduire les risques en population migrante principalement chez les femmes africaines. La validité du critère de classement basé sur le lieu de naissance a pu être confirmé à partir de ces mêmes échantillons d'enquêtes *Prévagest*, qui ont montré que la morbidité pouvait, *a contrario*, concerner aussi la population « d'origine française ». Par exemple, en région PACA, chez les femmes nées en France, la prévalence du VHC est trois fois plus forte, que chez celles nées dans un des pays du Maghreb (BEH n° 5, 1996).

En dehors du dispositif *Prévagest* portant sur les femmes enceintes, les consultations de dépistage du VIH ont fait l'objet d'autres enquêtes²⁶.

²⁵ Alors que la vulgate culturaliste était de dire que la fécondité, la naissance et les enfants avaient une signification si particulière dans la culture africaine que l'interruption de grossesse n'était pas souhaitée par les femmes qui en sont issues.

²⁶ Ou auprès de patients consultant pour suspicion de MST comme dans l'enquête *Prevadav* menée entre 1991 et 1997.

Le dépistage du VIH en population générale

Les CDAG, dont on estime qu'elles ne représentent que 5 % de l'ensemble des tests (hors don du sang²⁷) ne sont pas appropriés pour décrire les caractéristiques des populations qui y ont recours du fait des contraintes liées au respect de l'anonymat. En revanche, constitués depuis 1998, les CDG ont présenté immédiatement une grande capacité à drainer un public large et restent un lieu d'observation propice. Les caractéristiques des demandeurs de test dans le cadre du dépistage volontaire ont initialement été décrites en terme de sexe, d'orientation sexuelle, d'âge, de type de résidence, de niveau d'étude et de situation familiale, mais pas de nationalité ni d'origine [2].

Si les consultations de dépistage du VIH ont fait l'objet de nombreuses enquêtes, les catégories « étrangers et/ou immigrés » n'y ont été employées qu'exceptionnellement. En revanche, l'analyse de la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH a pu montrer que, cette information ayant été collectée, globalement parmi le groupe hétérosexuel, la moitié des personnes nées en Afrique subsaharienne, en particulier, contre moins d'un cinquième des personnes nées en France étaient testées tardivement (plus chez les hommes que chez les femmes) (BEH n° 19, 1997).

Le constat, fait il y a plus de 10 ans, *que si l'on excepte les personnes originaires des pays d'endémie, on ne sait rien d'une éventuelle susceptibilité moindre ou accrue des migrants par rapport à l'infection* [25] s'il peut être pondéré, reste encore largement d'actualité. La mise en place de la déclaration obligatoire de la séropositivité VIH permettra peut-être de suivre de plus près l'évolution de la contamination parmi les immigrés. À moins que les informations minimum requises pour la décrire ne soient toujours pas prévues dans cette nouvelle procédure d'enregistrement des sérologies positives. Cela serait une occasion manquée de pouvoir disposer d'un outil d'observation à même décrire les populations migrantes atteintes par le VIH.

L'origine nationale et le VIH/sida

Sur plusieurs centaines de milliers de grossesses, l'inégalité des femmes face au VIH/sida a été confirmée à l'échelle nationale par le « réseau sentinelle des maternités ». La compilation des résultats issus de cet autre dispositif mentionnait que la méconnaissance et l'absence de pratique du test étaient liées significativement à la nationalité [43]. Les femmes de nationalités étrangères atteintes par le VIH, quelle que soit leur nationalité ou leur « origine », ont connaissance de leur statut sérologique positif plus tardivement que celles de nationalité française et souvent en même temps que leur diagnostic de sida. Selon un continuum, de la plus précoce à la plus tardive découverte de la séropositivité²⁸, les régions se classent ainsi : sujets de nationalité française, puis du Maghreb, d'Asie, d'Haïti, et d'Afrique subsaharienne. De plus, il est constaté que l'accès au traitement pour les sujets connaissant déjà leur séropositivité est en liaison avec leur « origine ». Ce qui rend des pronostics de survie plus négatifs pour les personnes atteintes de nationalité étrangère (BEH n° 46, 1995).

²⁷ La santé observée en France, ORS, 1996.

²⁸ On ne dispose de l'information sur la connaissance de la séropositivité à l'entrée dans le sida que depuis 1994.

Les statistiques présentées sous forme de pourcentage

Les données de l'épidémie portant sur les cas des étrangers répertoriés par les DO et publiés ont été regroupées par nationalités en des ensembles « géo-épidémiologiques » calés sur ceux en usage à l'OMS. Ce classement répartit les populations selon un partage du monde en huit zones dont le découpage n'est ni toujours géographique ni entièrement épidémiologique²⁹. Les premières informations chiffrées [26, 27] ont indiqué que les sujets de nationalité étrangère résidant en France étaient dans leur ensemble relativement les plus atteints. Mais cette présentation en pourcentages des sous-populations de malades suivant leur nationalité par rapport à l'ensemble des cas déclarés, et non en prévalence par rapport à la population générale, a pu donner une idée fautive de l'importance de l'épidémie suivant l'origine des patients. Souvent, les ressortissants originaires d'Afrique du Nord vivant en France ont été implicitement perçus comme les plus touchés des patients étrangers. De même que l'amalgame des cas - homme et femme - a pu fausser la perception des modes de contamination dominant³⁰. Ces calculs statistiques, interprétés en valeur absolue, passant d'un mode de comptage à un autre, ont créé la confusion entre quantité, pourcentage et taux et n'ont pas toujours clarifié la lisibilité de l'épidémie. Reprises plusieurs fois [6, 21], ces statistiques ont peut-être contribué, indirectement, à fausser la perception de la maladie en milieu migrant en France. En laissant entendre que les populations maghrébines étaient les plus exposées, la contamination élevée des populations originaires d'Afrique subsaharienne figurait, par défaut, au second plan.

Les statistiques présentées sous forme d'incidence cumulée

C'est finalement vingt ans après le début de l'épidémie que l'administration sanitaire chargée de la surveillance fait un « *coming out* statistique » en présentant des taux de sida parmi les étrangers. L'objectif annoncé de décrire *les éventuelles spécificités* chez les sujets de nationalité étrangère atteints du sida, abouti à un diagnostic sévère. Ceux-ci se sont révélés en moyenne globalement 2,3 fois plus touchés que les sujets de nationalité française avec des écarts allant de 1 à 29 suivant les origines nationales. L'épidémie est plus féminine. Les femmes étrangères sont 3,5 fois plus touchées que les femmes françaises. Les modes de transmissions majoritaires sont différents suivant les origines nationales. La découverte de la séropositivité est tardive. Plus de la moitié des étrangers ne connaissent pas leur statut sérologique au moment du diagnostic du sida. La disparité et la précarité sociale sont plus grandes. Ils sont plus souvent ouvriers ou sans emploi que les Français. La prise en charge thérapeutique est plus aléatoire (BEH n° 27, 1999). L'ordre de gravité de l'épidémie apparaît alors sous un angle nouveau puisqu'il s'avère que parmi les non Européens, les nationaux

²⁹ Les populations du Moyen-Orient dont les Libanais sont regroupés dans le groupe « Asie », alors que les Égyptiens appartiennent à l'ensemble « Afrique du Nord ». Les cas de l'ex-URSS sont agrégés à l'Océanie et les malades de nationalité haïtienne, soumis à l'exception statistique et placés en classe autonome.

³⁰ Par exemple, pour les populations maghrébines, il a souvent été répété que c'est surtout la toxicomanie qui était responsable de la transmission du VIH, alors que de fait les femmes de « nationalité maghrébine » sont principalement contaminées par contacts hétérosexuels et, seulement ensuite, par l'usage de drogue. En revanche si, chez les hommes, l'usage de drogue est effectivement un mode de transmission dominant, la transmission sexuelle (hétéro-homo/bi cumulée) demeure presque aussi importante (cf. note 26).

d'Afrique du Nord³¹ présentent la prévalence la plus faible³² alors que par les calculs de pourcentage, ils étaient jusqu'ici présentés comme les plus atteints. Les sujets de nationalité d'Afrique subsaharienne³³ s'avèrent en revanche être les plus touchés avec les Haïtiens. Le *sex ratio* montre que les femmes de nationalité étrangère sont dans l'ensemble proportionnellement plus atteintes que leurs homologues de nationalité française [28]. Partant de ce constat, d'autres études vont affiner par la suite ces résultats. Les possibilités de thérapies nouvelles vont creuser les écarts de prévalence des cas de sida déclarés et mettre de nouveau en évidence l'inégalité d'exposition à la prévention et à l'accès aux soins. Parmi les personnes qui connaissent leur séropositivité avant le diagnostic du sida, celles de nationalités étrangères en particulier originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb sont moins nombreuses que les personnes de nationalité française à avoir bénéficié d'un traitement antirétroviral. Véritable tableau de bord épidémiologique établi à l'échelle d'une région, des études confirment l'évolution différentielle de l'épidémie. La proportion des personnes étrangères domiciliées en Ile-de-France continuant d'augmenter, l'écart entre les taux impose de revoir toute stratégie de surveillance et de prévention. Par exemple, les ressortissants communautaires sont près de quatre fois moins touchés par le sida que les autres étrangers [35, 36]. Ces écarts montrent donc que la nationalité et l'appartenance éventuelle à l'Union européenne qui en découle, traduisent et indiquent la variabilité d'exposition au risque de contamination par le VIH. En tant que norme juridique, elle reste un critère efficace du niveau d'intégration sociale et sanitaire. Intégration qui trouve sa manifestation dans le contexte particulier de l'épidémie de sida par une plus grande exposition à la prévention et un meilleur accès aux soins.

Outils descriptifs et méthode

Quelle que soit la qualité des variables utilisées, les résultats issus du traitement des données ainsi construites n'ont jusqu'ici servi que sporadiquement à mettre en œuvre des stratégies de prévention spécifiques orientées vers les populations étrangères. La catégorie d'origine nationale souligne l'augmentation du mode de contamination hétérosexuelle et place les populations de nationalité africaine en première ligne. Elle a montré l'augmentation des cas de sida chez les femmes africaines qui sont plus jeunes que les femmes françaises au moment du diagnostic sida (BEH n° 24, 2001). Cette tendance constatée est confirmée, d'une part avec des données sur les hétérosexuels originaires d'Afrique subsaharienne sur-représentés parmi les diagnostics positifs au sein des CDAG [15], et d'autre part, depuis une enquête descriptive auprès de patients africains atteints par le

³¹ La contamination hétérosexuelle prédomine dans 83 % des cas diagnostiqués chez les femmes nord-africaines, alors que l'usage de drogues en concerne 17 %. La contamination hétérosexuelle est majoritaire chez les femmes de nationalité haïtienne ou ayant pour nationalité celle d'un autre pays d'Amérique ou d'Afrique sub-saharienne. La contamination principale des hommes de « nationalité » nord-africaine reste pour 35 % des cas de sida diagnostiqués, l'usage de drogues, mais 26 % sont concernés par la contamination hétérosexuelle et 16 % par des rapports homosexuels. La transmission hétérosexuelle parmi les cas diagnostiqués est toujours majoritaire chez les Haïtiens (89 %) et les hommes d'Afrique sub-saharienne (76 %). Parmi les cas de sida diagnostiqués, nombreux sont ceux qui ne connaissaient pas leur séropositivité au moment du diagnostic. La découverte de la séropositivité varie suivant la nationalité et le sexe de même que la prise en charge thérapeutique.

³² Avec des écarts de prévalence allant de 1 pour la France à 1,6 pour le Maghreb.

³³ Avec des écarts de prévalence très importants d'une nationalité à l'autre dans des rapports de 1 à 7.

VIH qui fait état d'une augmentation de 121 % des cas de sida chez les femmes de « nationalité africaine » entre 1998 et 2000 [19, 20]. La qualité de ces informations vient essentiellement du fait que les données recueillies concernent le lieu de résidence, le lieu de naissance, la nationalité, la date d'arrivée en France, la situation administrative, professionnelle, matrimoniale, les antécédents de grossesses, la date et les circonstances de dépistage du VIH, le mode de contamination probable et le délai de prise en charge de la séropositivité. Se dotant ainsi des variables socio-démographiques de base, cette démarche épidémiologique permettait d'aborder l'exposition au VIH des populations migrantes.

La constitution des catégories démographiques pour décrire les populations issues de l'immigration est l'objet de débats scientifiques en France depuis de nombreuses années. Ici la question posée en amont est celle de savoir si les risques de contamination fluctuaient en fonction d'une variable démographique du type « nationalité » ou « ethnie ». Comment observer ces relations pour isoler ce qui est variable mais indépendant ? C'est le cas de la nationalité dans le dispositif de la DO alors que le critère d'origine, tel qu'il y est disposé, reste dépendant de la catégorie « transmission hétérosexuelle ». Mais, à moins d'adhérer à des conceptions naturalistes, il est évident que ce sont des variables intermédiaires comme les niveaux d'étude ou de revenus, plus globalement le niveau d'intégration sociale qui affecte ce type de corrélation. L'appartenance à une catégorie d'immigration ou de nationalité étant indicateur et non facteur. En ce sens, il est très probable que, toutes choses étant égales par ailleurs, comme cela a été montré par exemple dans le cas de l'éducation chez les immigrés, à conditions identiques, ils ne présenteraient pas une telle sur-contamination. Mais concernant ces populations dans le domaine de la santé, toutes choses ne sont justement pas égales par ailleurs. L'inégalité devant la maladie sida ainsi démontrée statistiquement par l'intermédiaire de l'origine nationale confirme ce que l'on savait sur la santé des personnes étrangères, par ailleurs globalement plus vulnérables. L'observation de groupes sociaux, tels que celui des immigrés, avait déjà fait l'objet d'analyse où la notion de vulnérabilité était apparue transversale à plusieurs types de situation de risque d'exposition au VIH [25]. Constat réitéré par certains épidémiologistes [42]³⁴, mais dont il paraît nécessaire pour les sciences sociales, de repréciser les niveaux de détermination. Les liaisons entre morbidité, VIH et précarité, n'ont que très peu été étudiées [5], comme si les déterminants sociaux n'avaient que peu de poids comparé à d'autres facteurs de risque (l'orientation sexuelle, l'âge, la perception du risque, etc.). On ne peut que constater cette impasse, presque constante, faite sur les « origines sociales » des personnes contaminées, comme si le sida n'était pas classable parmi les maladies sociales.

Pour utiliser des catégories qui, par confrontations et croisements, révèlent à quels niveaux se situent les déterminants, elles doivent faire preuve de leur utilité sanitaire à terme. C'est donc leur performance opératoire qui est en cause [39]. Or pour celle d'*origine*, il ne s'agit pas contrairement aux apparences comme on l'a vu, d'une catégorie sociale de l'immigration mais d'une catégorie épidémiologique limitée qui a pour conséquence de ne pouvoir s'enquérir des « origines » des patients homo ou bisexuels à partir des cas de sida déclarés *via* la DO³⁵.

³⁴ L'un des facteurs les plus massifs de la vulnérabilité sociale reste à définir. Quelles sont les sous-catégories de la population qui sont exposées à des risques particuliers ?

³⁵ Cette asymétrie paraît d'autant plus surprenante que l'étiquetage ethnique est clairement affiché

Ce système de collecte sur l'origine repose sur les bases empiriques de la séro-prévalence dans les pays les plus touchés et non sur des caractéristiques démographiques même minimales (lieu de naissance et filiation) ce qui invalide une approche claire sur l'immigration. La variable dite d'origine (des patients comme de leurs partenaires) reste dépendante de la variable de l'orientation sexuelle et n'a donc qu'une justification étiologique. Pour que l'appartenance à quelque origine que ce soit ait pu servir pour trouver des liaisons ou des corrélations, être contrôlable comme « déterminante » et que l'on ait pu en mesurer l'importance, il aurait été nécessaire qu'elle soit une variable indépendante située en amont. Cela aurait impliqué de construire un « objet », avec des hypothèses articulées dans le contexte spécifique « migration et épidémie », dépassant le constat de la maladie, afin de mieux saisir les niveaux de détermination de la pathologie observée.

Finalement, l'élaboration de ces catégories et les procédures de classification qui en émanent renvoient surtout à des algorithmes techniques (l'enregistrement des informations) voire même à des logiques scientifiques (l'épidémiologie) et répondent souvent d'abord à un ordre idéologique techniciste [16] hypostasiant la science et l'ingénierie sanitaire comme donnant réponse à tout. Or, si les indicateurs utilisés pour mesurer la relation entre population immigrée et contamination par le VIH ont été, malgré tout, assez efficaces pour indiquer l'inégalité d'exposition des personnes suivant leur origine, cela n'avait pas pour autant induit jusqu'ici de véritable politique en rapport avec la catastrophe sanitaire qu'ils ont contribué à décrire. Mais les immigrés et les étrangers, depuis peu présentés comme *groupe cible* de la prévention de l'infection VIH, vont peut-être connaître la fin de l'exception française et bénéficier d'une politique différentialiste de santé publique [12]. Toute mesure de discrimination positive confirmerait l'hypothèse maintes fois avancée du sida comme transformateur social, mais montrerait à nouveau, du fait que ces priorités soient énoncées si tardivement, la place de ces populations dans la société française.

Références bibliographiques

1. ANRS. *Le sida en France. État des connaissances en 1994*. Paris : ANRS, 1995 : 216 p.
2. ANRS. *Le dépistage du VIH. Politiques et pratiques*. Paris : ANRS, 1996 : 134 p.
3. Berlivet L. Déchiffrer la maladie. In : Dozon JP, Fassin D et al., eds. *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Paris : Balland, 2001 : 75-102.

dans les transactions d'offres et de demandes sexuelles parues par petites annonces dans la presse de la communauté gay.

4. Boudin JC. *Traité de géographie et de statistiques médicales et des maladies endémiques*, 2 vol. Paris : Librairie Ballière, 1857.
5. Calvez M. Risques du sida et précarité sociale. In : Joubert M, Chauvin P, Facy F, et al., eds. *Précarisation, risque et santé*. Collection « Questions en santé publique ». Paris : Éditions Inserm, 2001 : 451-66.
6. Cherabi K, Fanget D. *Le VIH/sida en milieu migrant arabo-musulman en France*. Paris : ARCAT-sida, 1997 : 140 p.
7. Couturier E. Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne et de la région PACA. PREVAGEST : une enquête anonyme non corrélée. In : *Le dépistage du VIH. Politiques et pratiques*. Paris : ANRS, 1996 : 67-75.
8. Couturier E, Dupin N, Crémieux AC et al. *Augmentation récente du nombre de cas de syphilis à Paris*. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2001.
9. CRIPS Ile-de-France. Migrants et sida, 4^e rencontre. *Lettre CRIPS* n° 10, juillet 1990.
10. CRIPS Ile-de-France. Épidémiologie du sida. *Lettre CRIPS*, novembre 1997.
11. Demeulemeester R, Vidal A. *La santé en Martinique : évaluation de quelques paramètres de l'état sanitaire*. Fort de France : Le sida, 1986 : 192 p.
12. DGS. *Stratégie de prévention de l'infection VIH/sida en France pour les années 2001-2004*. Paris : Direction Générale de la Santé, novembre 2001.
13. Gentilini M, Duflo B. *Médecine tropicale*. Paris : Flammarion, 1984 : 682 p.
14. Gilloire A. Les catégories d'origine et de nationalité dans les statistiques du sida. *Hommes et Migration* 2000 ; 1225 : 73-82.
15. Gouëzel P et al. *Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH. Un regard sur les consultants*. Enquête nationale juin/juillet 1999 et juin 2000. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, juin-juillet 1999 : 58 p. et juin 2000 : 6 p.
16. Habermas J. *Technik und wissenschaft als ideologie*. Frankfurt, 1968. Traduit sous le titre *La technique et la science comme idéologie*. Paris : Gallimard, 1973 : 212 p.
17. Halbwachs M. Remarques sur la position du problème sociologique des classes. *Revue de Métaphysique et de Morale* 1905. Réédité In *Classes sociales et morphologie*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1972 : 460 p.
18. Haut Comité de la Santé Publique (1998). Étrangers et Français d'origine étrangère. In : *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : Éditions ENSP, 1998 : 272-9.
19. Institut de Veille Sanitaire. *Sida, VIH et MST. État des données en 2001*. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2001.
20. Institut de Veille Sanitaire. *Enquête auprès de patients africains atteints par le VIH*. 1^{er} octobre 2001. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2001.
21. Joucla F, Imane L, Nock F. Risk reduction and access to treatment among North African migrants (Maghreb region : Morocco, Tunisia and Algeria). In : *France-Cap'prévention 1996-1997*. 2^e Conférence européenne sur les méthodes et les résultats des recherches en sciences sociales sur le sida, Paris, janvier 1998.
22. Kaminsky M, Blondel G, Bréard G et al. Issue de la grossesse et surveillance prénatale : enquête sur échantillon représentatif des naissances en France en 1972. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 1978 ; 26 : 29-46.
23. Lacorne D. *La crise d'identité américaine. Du melting-pot au multiculturalisme*. Paris : Fayard, 1997 : 394 p.
24. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Éditions de la Découverte, 2000 : 448 p.

25. Lert F, Lert H. La prévention du sida auprès de groupes vulnérables, toxicomanes, prostituées, migrants, jeunes en difficultés. Étude de la situation dans deux grandes agglomérations. Analyse des obstacles et perspectives. *Étude AFLS/INSERM*. Paris, décembre 1991 : 66 p.
26. Lot F. Épidémiologie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine en France. *Revue du Praticien* 1995 ; 45 : 683-9.
27. Lot F. Le sida dans la population étrangère en France. 26^e rencontre du CRIPS Ile-de-France, novembre 1996. *Lettre d'information du CRIPS* décembre 1996 ; n° 37.
28. Lot F. Le sida dans la population étrangère en France. 33^e rencontre du CRIPS Ile-de-France, novembre 1998. *Lettre d'information du CRIPS* janvier 1999 ; n° 49.
29. Meyer L, Couturier E, Brossard Y. Trends in HIV infection among sexually transmitted disease patients in Paris. *AIDS* 1996 ; 10 : 401-5.
30. Morelle A. L'institution médicale en question. Retour sur l'affaire du sang contaminé. *Esprit* octobre 1993.
31. Mizrahi An, Mizrahi Ar, Wait S. *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*. Paris : CREDES, 1993 : 62 p.
32. Montagnier L. *Le sida et la société française*. Paris : La Documentation Française, 1993 : 312 p.
33. Montagnier L. La transmission sexuelle du VIH en France. *Bulletin Académie Nationale de Médecine* 1995 ; 179 (n° 6).
34. Mahé J. *Programme de séméiotique et d'étiologie pour l'étude des maladies exotiques et principalement des pays chauds*. Paris : Librairie Ballière, 1880 : 428 p.
35. ORS Ile-de-France. Halfen S, Gremy I, Vallauri C. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France. *Bulletin de Santé. Épidémiologie en Ile-de-France* décembre 2000 ; n° 3.
36. ORS Ile-de-France. Halfen S, Gremy I, Gougjo A *et al.* Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France. *Bulletin de Santé. Épidémiologie en Ile-de-France* décembre 2001 ; n° 5.
37. Picard H. *Analyse de l'activité des centres Mission France de Médecins du Monde durant l'année 2000*. DHP Consultant. Paris : Médecin du Monde, juin 2001.
38. Poutignat P, Streiff-Fenard J. *Théorie de l'ethnicité*. Paris : PUF, 1995.
39. Quéré L. La valeur opératoire des catégories. UNSA/CNRS. *Les Cahiers de l'Urmis* 1995 ; 6-21.
40. RNSP. *Évolution de l'épidémie à VIH en France dans la population hétérosexuelle*. Rapport au Ministre de la Santé, décembre 1993.
41. Simon P. La statistique des origines. Race, ethnicité dans les recensements aux États-Unis, Canada et Grande-Bretagne. *Sociétés Contemporaines* 1997 ; n° 25 : 1-33.
42. Spira A. Les enquêtes sur les comportements sexuels en France. In : Bajos N, Bozon M, Giami A. *Sexualité et sida : recherches en sciences sociales*. Paris : ANRS, 1995 : 335-7.
43. Vayssiere C. Pratiques du dépistage VIH chez la femme enceinte en France en 1995 (enquête périnatale). *Mémoire de DEA de Santé Publique, option épidémiologie* (Directeur G. Bréard). Université de Paris-Sud, 1995 : 50 p.

Chapitre II

Les discriminations

Discriminations ethnistes et racistes : nommer, compter, corriger¹

François VOURC'H², Véronique DE RUDDER²

« On peut se demander en quoi consiste un groupe ethnique. Presque tous ceux qui utilisent cette expression avanceront qu'il s'agit de groupes que l'on peut distinguer des autres par une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : propriétés physiques, langue, religion, coutumes, institutions ou "traits culturels". Cette définition prend le problème par le mauvais bout [...] Un groupe ethnique n'est pas caractérisé par son degré de différence, mesurable ou observable, avec d'autres groupes ; au contraire, c'est un groupe ethnique parce que ceux qui lui appartiennent et ceux qui sont à l'extérieur le considèrent comme tel et parlent, sentent et agissent comme s'il s'agissait d'un groupe distinct. »

Everett C. Hughes,
Étude des relations ethniques, 1948³

Résumé

Le racisme n'est pas seulement une idéologie, c'est aussi et d'abord un rapport social qui tout à la fois s'exprime sous forme idéologique et se soutient de celle-ci. Travailler sur les discriminations racistes ou ethnistes en France aujourd'hui, c'est travailler sur certaines des formes que prend aujourd'hui le racisme, pour comprendre les processus de racisation, d'ethnisation, de minorisation de personnes, comme des groupes sociaux résidant et vivant sur le territoire métropolitain, qu'ils soient ou non nationaux. En France, si les questions de discriminations sexistes ont fait l'objet de plusieurs mesures correctrices, ce n'est que récemment que la question des discriminations racistes et/ou ethnistes a fait l'objet d'une intervention des plus hautes autorités de l'État. Il reste cependant beaucoup à faire pour que soit pris en compte non seulement les discriminations directes, mais aussi toutes celles dites « indirectes », incorporées dans les comportements et les pratiques quotidiens des institutions privées comme publiques, discriminations institutionnalisées qui participent à la mise en place d'un racisme à l'état de système et qui nécessitera, si rien n'est rapidement entrepris, des mesures correctrices, type « affirmative » ou « positive action » d'une tout autre

¹ ANRS, Journée d'animation de la recherche, Séance « Discriminations », 9 octobre 2000.

² Sociologues CNRS URMISS, Paris, France. Co-auteurs avec C. Poiret de l'inégalité raciste : l'université républicaine à l'épreuve [24].

³ E.C. Hughes fait précéder cette définition de la remarque ironique suivante : « L'expression "groupe ethnique", neutre et fourre-tout, (est) très utilisée par les anthropologues et les sociologues ; elle est susceptible d'être employée par un public plus large et, par conséquent, de se charger d'une connotation qui conduira les sociologues à en choisir une autre, car c'est l'un des risques de notre métier que de voir nos mots perdre cette qualité scientifique essentielle qu'est la neutralité lorsqu'ils acquièrent le caractère éminemment enviable de mots "d'usage courant". Les anthropologues n'auront sans doute pas besoin de changer de vocabulaire puisqu'ils étudient des peuples qui ne savent pas lire. »

ampleur que celles actuellement prévues. C'est au cours de ces débats que la question de compter les victimes, non seulement les victimes effectives, mais encore les victimes « potentielles » a été posée. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, la question a été apparemment résolue par le recours à l'auto-affectation de leur ethnicité par les personnes elles-mêmes. Mais ce critère d'auto-identification, en ignorant radicalement le rapport de domination et de hiérarchisation des groupes dits « ethniques » ou « raciaux » dont elle dépend et qu'elle organise, ne fait que déplacer la question ; et si l'effet de reconnaissance du préjudice et de la souffrance des personnes que procurent des chiffres n'est pas à négliger, il nous semble plus pertinent, du point de vue de la recherche, de travailler sur les comportements, les pratiques, les logiques, les processus qui fabriquent en même temps les inégalités et les groupes victimes.

Mots clés : discrimination, ethnisme, racisme, recensements, positive et affirmative action.

Lorsque l'on aborde les questions de discriminations ethnistes et racistes, il est important de préciser de qui et de quoi il est question. Le racisme n'est pas seulement une idéologie, c'est aussi et d'abord un rapport social qui tout à la fois s'exprime sous forme idéologique et se soutient de celle-ci. Issu des formations nationales et de la conquête capitaliste du monde, il s'est notamment incarné dans les rapports de pouvoir coloniaux. Ces rapports se prolongent au sein même des anciennes métropoles impériales, à l'égard des migrants et de leurs descendants comme à l'égard de ceux des esclaves. Travailler sur les discriminations racistes ou ethnistes en France aujourd'hui, c'est travailler sur certaines des formes que prend aujourd'hui le racisme. Il s'agit de comprendre des processus : processus de racisation, d'ethnisation, de minorisation de personnes, certes, mais aussi de groupes sociaux résidant et vivant sur le territoire métropolitain, qu'ils soient ou non nationaux.

Pourquoi ne pas parler plus simplement (en fait plus « ordinairement ») de discriminations ethniques ou raciales ? Parce que ces expressions supposent que les groupes ethniques ou raciaux préexistent, qu'ils « sont là » avant d'entrer en relation avec d'autres groupes. Comme Everett Huges, nous pensons que c'est prendre le problème « par le mauvais bout », et même que c'est le prendre à l'envers. C'est pour nous la relation qui crée ces groupes et qui les fait durer. C'est dans l'interaction qu'ils se modèlent et se situent. Et c'est parce que ce rapport est inégalitaire qu'il y a ethnisation et racisation, bref, construction de frontières [2].

Nous ne nous référons guère à la notion anthropologique d'« ethnie » et moins encore à la notion raciste de « race » contrairement à ce que pensent parfois nos interlocuteurs. Nous nous intéressons à la formation de collectivités ainsi nommées, formation qui est intégralement inscrite dans certains types de rapports inégalitaires : le racisme et l'ethnisme.

Lesdits « groupes ethniques » (ou « groupes raciaux ») n'en existent pas moins. Mais ils ne sont pas figés, leurs « contours », leur mode d'appartenance/affiliation et de désappartenance/désaffiliation varient en relation avec les conditions mêmes de leur production, elles-mêmes liées aux circonstances historiques dans lesquelles ils apparaissent, se développent, se modifient ou disparaissent.

Comme le rappelle C. Delphy [7] il n'y a rien là de « naturel » ni de primordial, car les « différences (sont) créées de toutes pièces précisément pour constituer ces groupes. Elles sont ensuite "découvertes" comme des faits extérieurs à l'action de la société. Ces différences produisent des hiérarchies (dont) la société se sert pour justifier un traitement différentiel - en réalité inégal, hiérarchique - des groupes et des individus ».

En France, si ces questions ont été débattues à propos du sexisme, elles n'ont resurgi que récemment à propos de la question des discriminations racistes et/ou ethniques. Il était certes grand temps que les responsables de l'État dénoncent les pratiques inégalitaires qui se développent quasi librement à l'abri de l'auto-proclamé « modèle républicain ». Les effets de « prise de conscience » du dispositif mis en place - Commissions départementales d'accès à la citoyenneté, recueil téléphonique des témoignages (le 114), Groupe d'étude et de lutte contre les discriminations, l'assouplissement de la charge de la preuve, rôle des syndicats - ne doivent pas être sous-estimés : légitimation des plaintes des victimes et des témoins ; mise en évidence de l'ampleur du phénomène.

C'est au cours de ces débats que la question de « compter pour agir » [22] a commencé à être posée. Mais compter quoi et pourquoi ? S'il est aléatoire de « compter les plaintes », il est beaucoup plus difficile de compter « ce qui ne se voit pas » [16], de recenser, donc, non seulement ce qui relève des discriminations directes, mais aussi celles dites « indirectes » qui sont incorporées dans les comportements et les pratiques quotidiens des institutions privées comme publiques, qui sont de fait institutionnalisées. Celles-ci, pour être « révélées » nécessitent moins une comptabilité qu'un travail d'analyse.

Il semble en effet, pour beaucoup de personnes, qu'il est urgent de comptabiliser les victimes, et non seulement les victimes effectives, mais encore les victimes « potentielles ». Bien évidemment, l'effet de reconnaissance du préjudice et de la souffrance des personnes que procurent certains chiffres n'est pas à négliger. Il n'en reste pas moins plus pertinent, du point de vue de la recherche, de travailler sur les comportements, les pratiques, les logiques, les processus qui fabriquent en même temps les inégalités et les groupes victimes, notamment parce que ces derniers peuvent changer, alors même que les procédés de mise en minorité, eux, sont transposables d'un groupe à l'autre et d'une société à une autre. Une étude menée par des étudiants de l'Université de Virginie citée par Steve Savner⁴ [21] a, par exemple, montré que les différences de traitement entre les bénéficiaires des services sociaux de Virginie ne pouvaient être perçues que par des entretiens avec les personnes concernées et non avec les agents de ces services ou des analyses statistiques. Si les statistiques permettaient de connaître les écarts de durée du chômage entre les trois groupes étudiés - « Blancs », « Noirs » et « Hispaniques » - rien dans ces mêmes statistiques ne montrait qu'au premier groupe les agents proposaient la prise en charge financière de formations complémentaires, des réparations de leur voiture afin qu'ils puissent se rendre à un nouvel emploi, etc., alors qu'aux deux autres groupes, il était déclaré que ces prestations n'étaient pas du ressort des services sociaux. Il ne leur était proposé que des bons d'essence à échanger en dédommagement d'une sorte de « covoiturage ».

⁴ Texte accessible sur deux sites : <http://www.prrac.org/newslet.htm> ou <http://www.clasp.org/pubs/TANF/WelfareReformandRacial-EthnicMinorities-TheQuestionstoAsk1.htm>.

En France, les données démographiques disponibles contiennent deux types de données : celles relevant de critères socialement acquis (statut social, de résidence, etc.) et celles qui constituent des critères ascriptifs (trouvés à la naissance) tels que le lieu de naissance, le sexe, etc. La nationalité peut procéder des deux puisque à la nationalité de naissance peut se substituer une autre, que ce soit par le jeu du *jus soli* (ainsi peut-on *devenir* en quelque sorte « Français de naissance », ce qui est *a priori* absurde⁵) ou par d'autres voies (acquisition, réintégration).

S'il est possible par croisement de diverses variables (lieu de naissance et nationalité des parents par exemple) de repérer les descendants directs de telle ou telle vague migratoire, rien ne permet, officiellement en tout cas, de poursuivre cette « généalogisation » au-delà de la première « génération » des enfants. La tentation est alors grande de poser de nouvelles questions afin de « faire apparaître » ces groupes stigmatisés ou stigmatisables (selon la terminologie de Goffman) [9] que l'on connaît bien, mais qu'on ne peut évaluer précisément et dont les contours sont flous. Jusqu'à combien de générations faudra-t-il remonter pour être assuré de bien identifier les « groupes-cibles » pour enregistrer leur « origine », celle-là même qui est le prétexte à leur maltraitement ? Les statistiques ne sont pas inutiles, loin de là, mais il y a quelque « pensée magique » à croire qu'il faut et suffit de disposer de « chiffres » pour provoquer des changements. L'exemple des classements par sexe le montre amplement : pendant des années, le « degré » de développement des sociétés a été mesuré *via* le critère de la mise à l'écart des femmes du marché du travail. C'est la « révolte des opprimées » [10] et non les statistiques qui parvient (parfois ou un peu) à mettre fin à cet « apartheid » social.

C'est essentiellement d'un mouvement social fort de protestation contre ces ruptures d'égalité, ces privations d'universalité, que pourra venir un changement radical des rapports sociaux de domination que subissent les discriminés ethnicisés et racisés. Généralement perçus par les dominants comme des revendications pour un traitement « préférentiel » et dénoncés en tant que « repli communautariste », ces mouvements sont en réalité bien souvent la seule voie par laquelle les dominés peuvent se faire entendre. Toutes choses égales par ailleurs, c'est un peu la même prise de conscience qui a eu lieu au début de l'épidémie de sida chez les malades : face au déferlement d'injures, aux tentatives de leur faire porter la responsabilité de leur état, de les priver d'accès aux soins au nom de leur « déviance » supposée (homosexualité, drogues, etc.), c'est par leur regroupement et en retournant ces stigmates, qu'ils purent mettre fin à cette rupture d'égalité. Les « séropositifs » et les militants des associations ont mené de front un combat pour la reconnaissance de leur situation, sans pour autant que cette dernière devienne un élément de gestion administrative, sociale et politique de leur vie quotidienne. C'est un peu la même situation à laquelle sont confrontées les personnes ethnicisées dans la société française contemporaine. Pour faire admettre aux « majoritaires » que c'est bien parce que considérées comme « différentes » qu'elles sont maltraitées, il leur faudrait en apporter la démonstration, qui pourrait être de type statistique, mais c'est bien ce que sup-

⁵ Aussi curieux que cela puisse paraître, c'est pourtant bien ce qui arrive aux enfants nés en France de parents étrangers qui deviennent Français à 18 ans ; ceci bien que durant toute leur minorité, ils aient été considérés comme étrangers, puisque de la nationalité de leurs parents, et comptés comme tels dans les statistiques scolaires par exemple.

pose cette prise en compte qui pose problème. L'interdiction de mettre en œuvre en France des statistiques dites « ethniques » quels qu'en soient le mode, la forme, le but, etc., ne pourra être maintenue que si elle n'apparaît pas d'abord comme un des moyens de les faire taire, de les priver de leur universalité, de les maintenir dans un statut de « colonisés » résultant d'un racisme colonial ségrégatif voire d'apartheid qui imprègne la société française⁶. Qu'on ne se trompe pas nous ne sommes pas favorables à la constitution de statistiques « ethniques » en France, mais le refus qui, jusqu'à maintenant a prédominé, risque de finir par apparaître aux victimes comme participant de la dénégation de leur situation, et de même qu'en Grande-Bretagne ou aux États-Unis c'est des victimes⁷ [19] elles-mêmes que viendra l'exigence d'être « dénombrées » non pour être comptées mais pour exister⁸ socialement, politiquement voire obtenir réparations [17].

L'exemple des pays d'Amérique du Nord et du Royaume-Uni qui servent de référence à leurs partisans et de repoussoir à leurs opposants, est révélateur de ces débats. Les conditions dans lesquelles est « né » ou est « récusé » ce type de statistiques sont étroitement dépendantes des traditions juridico-politiques qui encadrent les politiques publiques dans les sociétés occidentales et sont intimement liées à l'histoire de la construction des différents États nationaux : ce qui est fait aux États-Unis entre dans le cadre d'une société qui fut à la fois coloniale, faiblement centralisée et esclavagiste ; de même si la Grande-Bretagne et la France sont toutes deux d'anciennes métropoles impériales, leurs modes d'administration coloniale ont été sensiblement différents. Plus généralement en Europe, la Belgique, les Pays-Bas et, dans une certaine mesure, le Royaume-Uni, peuvent être caractérisées, contrairement à la France, comme des sociétés pluralistes, c'est-à-dire des sociétés qui intègrent dans l'histoire officielle de leur formation étatique (et dans leur Constitution elle-même), l'hétérogénéité culturelle de leurs ressortissants (origines, religions, langues) et la considèrent comme constitutive de leur « pacte national ».

Dans tous les pays, la production régulière de données statistiques (sociales, démographiques, économiques) a pour justification d'apporter aux pouvoirs publics (et privés) les informations nécessaires à l'élaboration de leurs politiques, projets, etc. Aux États-Unis, par exemple, lors des premiers recensements, un « Noir » (ou considéré comme tel) ne comptait que pour 3/5 d'un « Blanc » (ou

⁶ Progressivement, la notion nord-américaine de « minorité visible » s'introduit dans le vocabulaire et surtout dans l'imaginaire socio-politique. Photographie, image, « avoir l'air », télévision : il faut promouvoir le symbole ou la représentation, il faut qu'on « les » voit, puisque la majorité elle-même « transparente » « les » ignore ou les méprise. Un ex-ministre de l'Intérieur disait vouloir une police « à l'image de la population » et nommait volontairement les commissions préfectorales qu'il a créées les « Codac » pour jouer sur l'assonance avec la célèbre marque photographique, tandis que sa collègue en charge de la Culture a souhaité que les « minorités » soient représentées à la télévision. Curieusement, c'est au cœur même de ce qui se présente et se représente comme bastion de l'universalisme républicain que la question « raciale » surgit dans sa version la plus « raciale », c'est-à-dire la moins historique et sociale.

⁷ Comme le remarque Laurent Mucchielli, c'est moins la question de la légitimité du décompte des victimes que celle de l'usage de ce décompte qui est en cause. Par exemple, ce n'est pas le décompte des viols qui a rendu légitimes et audibles les victimes, mais le changement de leur perception par l'ensemble du corps social : de coproductrices de leur sort (d'être provocatrices des violeurs) elles ont été reconnues comme victimes, ce qu'elles n'avaient pourtant jamais cessé d'être [19].

⁸ C'est bien ce que, ironiquement, suggèrent Margo F. Anderson et Stephen E. Fienberg en intitulant leur ouvrage sur les recensements aux États-Unis *Who Counts ? The politics of census-taking in contemporary america* [17].

considéré comme tel). Ceci permettait d'accroître la représentation des « Blancs » dans les différentes fonctions et mandats dont le nombre et la répartition au sein des États comme au niveau fédéral étaient et restent déterminés par les recensements⁹ [15]. Ce n'est qu'à la fin des années 1960 que le Mouvement des droits civiques a obtenu le démantèlement des textes et lois ségrégationnistes qui étaient toujours en vigueur dans nombre d'États. Et c'est également à cette époque que les premières mesures correctrices et compensatrices des handicaps historiques subis par la population noire américaine furent mises en œuvre. Ces programmes, d'abord appelés *Equal Opportunities Policies* puis *Affirmative Action*, furent au fil du temps ouverts et étendus, dans la quasi-totalité des cas, à leur demande, à d'autres catégories de la population *Hispanic, Native American*, etc., afin de combattre ce que Carmichael et Hamilton¹⁰ définissaient comme relevant du racisme direct et indirect d'une part, individuel et institutionnel d'autre part [5, 20].

Nous ne pouvons ici entrer dans le détail de ces programmes qui eurent des modalités, formes, contenus et champs d'application multiples. Il faut néanmoins souligner que contrairement à la caricature que l'on en fait trop facilement en France, il n'est pas possible de les réunir toutes sous le nom de « discrimination positive ». Les mesures de « discrimination positive » proprement dites ne sont en effet autorisées qu'en certains domaines sociaux et pour certains groupes,

⁹ Aux États-Unis (comme en France) c'est à partir des résultats des recensements qu'est déterminé le nombre des « représentants » à élire aux niveaux local, étatique et fédéral. Une vigoureuse polémique a démarré lorsque les démographes ont proposé d'intégrer dans le total des populations servant de référence, en plus des personnes « physiquement » recensées, celles qui pouvaient être « estimées » par calcul statistique. La Cour Suprême s'y est jusqu'à présent opposée, arguant de ce que l'article 1 § 2, cl. 3 de la Constitution des États-Unis indiquait que « les représentants (au Congrès) seront répartis entre les États selon leur importance numérique respective (*according to their respective numbers*) », c'est-à-dire sans prendre en compte les individus dont le nombre a été « estimé ». La Cour Suprême a en revanche admis que ces « estimations » soient prises en compte pour la répartition des subsides fédéraux afin de ne pas pénaliser les « minorités ethniques » dont il est admis qu'elles sont les plus mal recensées (voir *Department of Commerce V. United States House of Representatives - Supreme Court*. Decision 25 janvier 1999. <http://supct.law.cornell.edu/supct/html/98-404.ZO.html>).

En France, aucune polémique de ce type ne s'est, à notre connaissance, développée bien que le nombre de sièges municipaux, régionaux, nationaux par circonscription, etc., soit lui aussi déterminé sur la base du recensement (voir pour les possibles conséquences du recensement de 1999, Michel-Louis Lévy [15]. Les non-nationaux participent donc indirectement au calcul du nombre de sièges à pouvoir sans participer aux votes (sauf aux élections municipales pour les ressortissants de l'UE). Ils entrent également dans le calcul les divers dotations financières que l'État répartit entre régions, départements et municipalités. En bénéficient-ils toujours équitablement ?

¹⁰ Stokely Carmichael, Charles V. Hamilton [5]. Dans ce texte manifeste, les auteurs définissaient les différentes formes du racisme que subissaient les « noirs américains ». « Le racisme est à la fois direct et indirect. Il se manifeste de deux façons, très dépendantes l'une de l'autre : soit par des actes individuels commis par des blancs à l'encontre d'individus noirs, soit par des actes collectifs de la communauté blanche envers la communauté noire. Nous appelons cela le racisme individuel et le racisme institutionnel. Le premier est le fait d'individus, qui agissent ouvertement en tuant, en blessant, en détruisant. Il est visible et peut être filmé par des caméras de télévision ; on peut constater le crime au moment où il est commis. Le second est moins franc, infiniment plus subtil, on le reconnaît moins facilement parce qu'il ne s'agit pas d'actes accomplis par des individus *particuliers*. (...) Comme il a sa source dans les forces établies et respectées de la société, il a infiniment moins de chances que le premier d'encourir la condamnation du public (p. 16).

On trouvera une illustration de ce dernier comportement dans l'ouvrage de Farah Nurrudin dans lequel l'auteur fait état des brimades, vexations, humiliations, etc., qu'il a subies en voyageant, souvent à l'invitation d'institutions prestigieuses, à travers le monde muni d'un passeport *a priori* suspect car somalien [20].

par exemple pour les handicapés (comme en France d'ailleurs). Elles sont même considérées, depuis un arrêt de la Cour Suprême de 1977¹¹, comme illégales en matière de genre et de minorité ethnique. C'est cette décision reconnaissant que « la prise en compte de toute considération raciale n'est pas en soi inconstitutionnelle »¹² [23] qui a permis le passage des politiques reposant sur les notions de *Color Blindness* (aveuglement à la couleur) à celles reposant sur la *Color Conscious* (conscience de la couleur), marquant l'inflexion des politiques d'*Equal Opportunities* en faveur des politiques dites d'*Affirmative Action*¹³ [12, 18].

Il est vrai que la confusion sur les termes est entretenue par le fait inévitable que partisans et adversaires de ces programmes tentent d'imposer leurs propres définitions, à raison d'une lutte politique et sociale qui revêt nécessairement une tournure proprement discursive. Les mots *quotas*, *goals*, *targets*, reçoivent ainsi des acceptions contradictoires. Tout en précisant que « l'usage des objectifs numériques, incluant des "ratios", des "buts" ou des "quotas" avec un "échancier", a servi d'indicateur pratique pour mesurer les progrès de l'*Affirmative Action* », Anita L. Allen, admet que « les termes "objectifs" et "quotas" sont parfois employés l'un pour l'autre, pour souligner un pourcentage ou un nombre de personnes optimum appartenant à des groupes ciblés pour exercer dans des fonctions définies ». L'expression « objectifs numériques » a été utilisée pour désigner des directives souples afin d'inclure un groupe, tandis que « quotas », par contraste, suggère la « rigidité »¹⁴ [1, 8].

Ces programmes d'*Equal Opportunities* ou d'*Affirmative Action* peuvent être englobés dans la définition suivante : « toute mesure, allant au-delà de la simple condamnation des pratiques discriminatoires, adoptée pour corriger, pour compenser les discriminations passées et empêcher toute discrimination de se reproduire à l'avenir »¹⁵. Aux États-Unis comme en Grande-Bretagne, ils recouvrent donc des mesures venant en complément de celles déjà prévues, destinées à lutter contre des désavantages pour prévenir les discriminations contre les groupes minoritaires. Elles portent sur la défense, la promotion des intérêts et des chances des minorités ethniques dans l'accès aux ressources que sont le travail, le logement, la formation, etc., et sont encadrées par des procédures très formalisées [27]. Aux États-Unis, l'enseignement, en particulier supérieur, et l'emploi (embauche et promotion) furent les plus concernés ainsi que la passation des

¹¹ La Cour suprême n'a en effet autorisé un « traitement différentiel » qu'à la condition que ses conséquences restent « bénignes » pour les minoritaires concernés, et interdit ceux dont les conséquences seraient considérées comme « injustes » c'est-à-dire qui risqueraient de favoriser « la stigmatisation des ou d'un groupe ethnique du sceau de l'infériorité » [23].

¹² Que résumera le slogan « *Quotas No/Race Yes* » (voir [23]).

¹³ En France, ce sont les conditions dans lesquelles se déroulent les épreuves écrites des concours de la Fonction Publique qui s'apparentent le plus à celles des programmes *Equal Opportunities*. En revanche, les oraux posent problèmes. Plusieurs situations pour le moins mal vécues par des candidats nous ont été rapportées. Par exemple durant l'oral du concours d'entrée dans une école d'infirmière d'un hôpital public, un membre du jury interrompt brutalement l'exposé d'une candidate, née en France et de nationalité française, en lui disant « Pourtant dans votre pays... ».

Les nouvelles procédures de sélection d'étudiants mises en place par l'IEP de Paris relèveraient plus, quant à elles, des programmes d'*Affirmative ou Positive Action*.

¹⁴ Anita L. Allen ([1], p. 23 et suivantes). D'autres auteurs, dans le même ouvrage, tel Nathan Glazer, préfèrent les termes de « *hard* et *soft* (qui) ne sont pas des termes juridiques ou administratifs : je (N. Glazer) les utilise pour distinguer les politiques visant à étendre, prévenir, former de celles dont le but est d'atteindre un certain objectif numérique » (voir [8]).

¹⁵ Définition traduite de l'*US Commission on Civil Rights, Statement on Affirmative Action*, Washington 1977.

marchés publics bénéficiant de subventions de l'État Fédéral¹⁶. En Grande-Bretagne, ces programmes furent plus centrés sur l'emploi et le marché du travail, mais les textes comme les décisions de justice indiquent un refus de tout ce qui pourrait apparaître comme des quotas d'emplois réservés, tout en autorisant les programmes, plans ou mesures se présentant sous la forme d'objectifs à atteindre.

Ce débat ne saurait être réduit à une vague question de sémantique. Plusieurs auteurs considèrent qu'il y a bien deux stratégies qu'ils qualifient l'une de « libérale » et l'autre de « radicale » ([12], p. 23 et suivantes). L'approche « libérale » suppose que si l'on supprime les obstacles et barrières illégaux et illégitimes sur le marché du travail - en s'appuyant, à chaque étape du processus, sur l'institutionnalisation de procédures dites « équitables » - le « marché » pourra alors garantir aux individus, à mérite égal, un traitement équitable. L'approche « radicale » conteste cette conception en faisant valoir que les aptitudes, le mérite, les qualifications... ne sont pas des attributs strictement individuels parce qu'ils sont non seulement produits socialement mais aussi transmis socialement. Les radicaux constatent de plus que l'éducation, la socialisation, etc., entrent directement et plus efficacement dans l'allocation des places que le simple mérite individuel. Ce courant estime donc que seules des mesures de « discrimination positive », mettant éventuellement en œuvre des quotas, peuvent permettre aux groupes minoritaires l'accès aux ressources diverses en intervenant directement sur les modes de formation et d'évaluation des individus. On retrouve là les termes d'un débat assez courant en France entre libéralisme et interventionnisme social. Les auteurs dits « radicaux » se réfèrent d'ailleurs aux travaux de Louis Althusser et de Pierre Bourdieu, notamment, pour souligner le poids des mécanismes de reproduction sociale, dont l'ignorance et la sous-estimation, caractéristiques de l'attitude des « libéraux », ne permettent pas de lutter efficacement contre les discriminations, puisque les groupes minoritaires et particulièrement les *African-Americans* appartiennent massivement aux classes sociales les plus pauvres (*Underprivileged*, voire *Underclass*).

La présentation de ce débat est extrêmement simplifiée, la complexité des problèmes soulevés par ces mesures est ici sous-estimée. Ces dernières ont fait et font encore l'objet de nombreux débats, contestations et polémiques dont la présentation, en France, est au mieux simpliste, mais plus souvent tout à fait biaisée, voire caricaturale. Il est cependant une autre question à laquelle il convient de prêter attention. C'est celle des recensements dont nous avons déjà parlé. Elle n'est pas exclusivement liée à la mise en place des programmes d'*Affirmative* ou de *Positive Action* mais il est difficile d'aborder l'une sans l'autre, pour plusieurs raisons notamment parce que ce sont bien souvent les minoritaires excédés par les dénégations des dominants eux-mêmes qui, comme aux États-Unis et en Grande-Bretagne, finissent par exiger que soit mesurée « objectivement » leur situation.

Dans ces deux pays, les formalités de recueil des données « ethniques » ou « raciales » ont évolué au cours du temps, mais elles se sont finalement orientées vers l'auto-déclaration du recensé (c'est la personne recensée qui s'affilie

¹⁶ Dans ce dernier cas, il ne s'agit plus d'individus mais d'entreprises considérées comme relevant d'une minorité. Elles se voient réserver une part du contrat.

à un ou plusieurs groupes, l'agent recenseur n'imputant pas lui-même une « appartenance »).

Aux États-Unis, en 1970, l'autoaffectation fut introduite, mais ce n'est qu'au début des années 1990, qu'il fut, semble-t-il, formellement interdit aux agents recenseurs d'intervenir dans le choix de l'« appartenance » ethnique ou « raciale » du recensé¹⁷. D'ailleurs, des statisticiens se pensaient (et étaient, en fait) autorisés à calculer plus ou moins finement des « taux d'erreur » en la matière (proportion de « Noirs » se déclarant « Blanc », par exemple) ! Lors du recensement de 1990 et plus encore lors de celui de 2000, l'idée s'est imposée qu'il était préférable, lorsque c'était possible, d'offrir aux recensés le choix de leur « affectation ethnico-raciale ». Ce dernier recensement n'a fait qu'élargir les possibilités d'affiliation notamment en introduisant celle d'un choix multiple en matière de *Race Group*, mais aussi de se revendiquer ou de se déclarer d'« ancêtres » (*Ancestry*), d'origine ou de provenance multiples¹⁸.

Au Royaume-Uni¹⁹, c'est lors du recensement de 1991 que des questions sur l'origine raciale ou ethnique des personnes ont été introduites : certaines questions portent comme aux États-Unis sur ce que les Anglo-Saxons appellent la « race » (Blancs, Noirs), d'autres l'origine nationale (Bangladais, Pakistanais), ou encore le pays de naissance, etc. Bulmer remarque que les items proposés dans ce recensement relèvent plus de la « race » que de l'ethnicité dans la mesure ils mettent l'accent sur « les principaux groupes ethniques *visibles*, c'est-à-dire classés en termes de couleur de peau de la majorité de la population »²⁰ [4]. De plus, comme aux États-Unis, si le principe de base relevait de l'autoaffectation, celui de l'imputation lui était, dans des proportions non négligeables, associé voire substitué. En effet, afin d'obtenir un recensement aussi exhaustif que possible et dans le souci de ne pas « sous-recenser » les minorités ethniques, les recenseurs décidèrent de « créer »²¹ [4] par calcul statistique des « ménages » (et donc des personnes supposées les composer), lorsque s'avérait un risque de sous-évaluation d'un groupe et en s'appuyant sur des données collectées lors de la campagne de recensement.

¹⁷ Pour plus de précisions sur les catégories « raciales » utilisées aux États-Unis entre 1790 et nos jours voir F. Margo ([17], p. 177-178), Chapitre 8, *The measurement of race and ethnicity and the census undercount : a controversy that wasn't*.

¹⁸ La nomenclature disponible indique 160 combinaisons pour les *Race Groups* (dont la dernière indique : *White ; Black or African American ; American Indian and Alaska Native ; Asian ; Native Hawaiian and Other Pacific Islander ; Some other race*) ; pour les *American Indian and Alaska Native Tribes*, elle en propose 78 (un choix pour chacun des items entre *alone or in any combination* ; encore 64 pour *Hispanic or Latino* (permettant d'une part de se déclarer « Hispanic » ou non et d'autre part de se référer à une hispanité en fonction d'une origine nationale - mexicaine par exemple) et enfin 86 pour *Ancestry Groups* (essentiellement en référence à la nationalité antérieure d'un ancêtre : *French*, par exemple - avec cette précision *except basque* !).

¹⁹ En Grande-Bretagne le recensement est une opération nationale, mais peut comporter des différences, parfois importantes, dans les questions ou leurs formulations selon les régions Angleterre, Écosse ou Irlande du Nord.

²⁰ Martin Bulmer [4] (vol. 1 d'une série de 4, chapitre 2, pages 33-62). <http://www.soc.surrey.ac.uk/CASS/Census.html> (15 pages + tableaux).

²¹ Les responsables du recensement récusent l'accusation de créer des ménages et des personnes « fictifs ». C'est pourtant ce mécanisme que Bulmer décrit : « *For the first time in 1991 Census whole households were imputed, where there was evidence from a census enumerator that a household existed. Detailed imputed records for the missing household and the persons it contained were created by copying them from other forms which had been returned, using four keys items : the type of area in which the household was located, the number of people and the number of rooms noted or guessed by enumerator while in the field, and whether the accommodation was self-contained or not* » [4].

869 098 personnes furent ainsi « artificiellement créées » dont 114 065 (13,12 %) auxquelles furent affectées un groupe ethnique minoritaire. David Owen a ainsi montré que, dans certaines zones urbaines, notamment dans le centre de Londres, plus de 10 % du total des groupes minoritaires ont ainsi été « créés »²² [4]. En moyenne dans les 17 *Local Authorities* pour lesquelles le taux d'imputation pour les groupes minoritaires dépasse 5 %, plus de 56 996 individus soit 7,8 % des 735 397 « minoritaires recensés » le furent de la même façon.

K. Wallman²³ [25] fait ainsi à juste titre remarquer que tout se passe comme si « l'auto identification est la façon préférable pour obtenir des informations sur la race ou l'ethnicité d'une personne, sauf²⁴ quand l'observation identificatoire est plus pratique » [25] !

Le critère d'auto-identification ignore radicalement le rapport de domination et de hiérarchisation des groupes dits « ethniques » ou « raciaux » dont elle dépend et qu'elle organise. C'est ainsi que lors des procédures de contrôle postérieures aux recensements qui furent organisées au Royaume-Uni, un pourcentage important de personnes classées dans tel ou tel groupes minoritaires fut amené, à l'issue du face-à-face avec le contrôleur, à modifier son « appartenance ». 0,6 % des *Whites*, et 1,3 % des *Indian sub continent* ont été « réaffectés » à l'un des trois autres groupes, mais aussi 12 % des *Blacks* et 21,9 % des *Others*. Au total, selon les chiffres officiels, 13,2 % des *Blacks*, *Indians* et *Others* ont changé de catégorie²⁵ [6].

Le débat entre « nommer et/ou compter pour agir » n'est pas clos en France, pas plus que celui sur le dispositif à mettre en œuvre. Il n'en reste pas moins que les discriminations sont sorties de la clandestinité dans laquelle on les laissait se développer jusqu'ici. Les pouvoirs publics français tentent de juguler les actes discriminatoires qui entravent, selon leur propres termes, la bonne « intégration des immigrants et de leurs enfants ». Pour ce qui concerne l'emploi et plus largement le marché du travail, le gouvernement a présenté ses propositions aux partenaires sociaux le 11 mai 1999. Une « Déclaration de Grenelle sur les discriminations raciales dans le monde du travail » a été, à cette occasion, adoptée « par consensus ». Celle-ci propose d'« envisager les modifications législatives de nature à donner une meilleure efficacité à la lutte contre les discriminations raciales »²⁶. Les propositions incluses dans cette « Déclaration » ont, pour la plupart, reçu une traduction juridique dans la récente loi de « lutte contre les discriminations » votée le 6 novembre 2001²⁷. L'aménagement (et non le renversement) de la charge de la preuve y est instauré : le juge peut désormais exiger de la personne morale ou physique qui se trouve accusée, à partir « d'éléments de fait laissant supposer l'existence d'une discrimination », qu'elle fasse la

²² Tableaux et chiffres cités par Bulmer ([4], p. 11).

²³ Katherine K. Wallman (*chief statistician, US Office Management and Budget*) [25]. http://www.ams-tat.org/publications/tas/abstracts_98/wallman.html.

²⁴ Sauf est souligné par nous. Wallman [25] cite le cas d'un constat de décès comme exemple.

²⁵ Tableau 10.7d, page 119 : « Agreement Rates and Net Distributions Between Categories Recorded in 1991 Census and Census Validation Survey Quality Check, Great Britain : Ethnic Group (four main groups) » in *1991 Census General Report Great Britain* [6].

²⁶ Cf. *Compte rendu de la Table ronde du 11 mai 1999*. Ministère des Affaires sociales ; notamment le titre « Résumé des actions », orientation n° 5.

²⁷ « Loi relative à la lutte contre les discriminations », parue au *Journal Officiel de la République Française* le 17 novembre 2001. Voir le site internet de l'Assemblée Nationale : <http://www.assemblee-nationale.fr/>.

preuve « que sa décision est justifiée par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination ». Les organisations syndicales sont autorisées à ester en justice sans mandat exprès de la personne discriminée, sous condition que celle-ci en ait été préalablement informée et ne s'y soit pas opposée. Les pouvoirs des inspecteurs du travail en matière de discrimination sont renforcés. Le législateur français reste néanmoins en deçà des dispositions préconisées par la directive de l'Union européenne de juin 2000 sur la mise en place d'une ou plusieurs autorités indépendantes (requis par la directive à l'horizon 2003 et d'ailleurs préconisée par un rapport officiel français [3]).

Quant à la référence aux discriminations indirectes (article 1 de la loi du 6 novembre 2001) - à notre connaissance tout à fait nouvelle en droit français - elle ne fait l'objet d'aucune définition formelle. Seul, le rapport préliminaire à l'adoption de la loi, qui n'a qu'une valeur indicative, évoque ce qu'il faudrait entendre par « discrimination indirecte », à savoir les « mesures anodines dont la répétition et l'accumulation conduisent au terme de plusieurs années de pratiques à des différences profondes entre des groupes entiers de salariés »²⁸ [26]. Cette définition est ambiguë. Elle fait bien référence à la formation ou la reproduction d'inégalités collectives (« des groupes entiers de salariés »), mais elle ne lève pas clairement l'hypothèque de l'intentionnalité discriminatoire. L'absence de définition proprement juridique des « discriminations indirectes » et l'opposition que le rapport préliminaire opère entre « décisions brutales » et « mesures anodines » évoque les faits que les sociologues rapportent au « racisme voilé » (non explicite, non « flagrant »), c'est-à-dire à des pratiques discriminatoires masquées sous une neutralité apparente. La définition de la Commission européenne, quant à elle, renvoie plus clairement à des pratiques formellement équitables mais dont les effets sont objectivement inégalitaires²⁹ [18]. L'individualisation du traitement des « cas » signalés et l'incertitude quant à l'importance à accorder, juridiquement, à l'intentionnalité, perpétuent l'aveuglement français sur le caractère structurant des pratiques discriminatoires racistes « de fait ».

La lutte contre les discriminations ne pourra en tout cas sûrement pas devenir effective et efficace dans le cadre du dispositif actuel assez inopérant³⁰ [28] car trop éclaté entre des commissions et institutions sans politique commune³¹ : nul ne peut penser que le Préfet de Montpellier, par exemple, ignorait les pratiques et comportements dénoncés par l'enquête menée par « Causes Communes » [14], mais nul ne peut non plus imaginer que ce sera dans le cadre de la Commission départementale d'accès à la citoyenneté (Codac),

²⁸ Voir <http://www.assemblee-nationale.fr/>.

²⁹ Il ne s'agit pas d'un jeu sémantique car, dans le premier cas, il y a intention discriminatoire masquée ; alors que dans le second, la discrimination résulte d'exigences admises comme « normales », mais qui défavorisent de fait (et de façon le plus souvent involontaire et imprévue) une partie des postulants ou du personnel. Voir par exemple l'analyse d'une campagne de recrutement menée par l'administration publique des Douanes et Contributions Indirectes à Liverpool [18].

³⁰ Voir sur ce sujet par exemple l'article de Sylvia Zappi [28].

³¹ Ainsi dans l'article 4 de la loi votée, adoptée le 16 novembre 2001, c'est la Commission Nationale des Conventions Collectives qui est désignée comme ayant « qualité pour faire au ministre du Travail toute proposition pour promouvoir dans les faits et dans les textes ces principes d'égalité ». La loi semble pourtant dans son article 10 ajouter aux missions du FAS celle de lutter contre les discriminations, puisqu'il devient le « Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations ». C'est un nouveau refus de constituer une Autorité indépendante comme le préconise la Directive Européenne au profit d'un éclatement entre de nombreux organismes FAS, CNCNDH, GELD, CODAC, CNCC... aux missions apparemment identiques.

non moins préfectorale, que de tels faits trouveront une réponse appropriée. Seule la constitution d'une autorité indépendante, comme il existe dans d'autres pays européens et comme le préconise la directive européenne déjà citée, permettrait de mettre fin à la cacophonie administrative actuelle.

Références bibliographiques

1. Allen AL. Can affirmative action combat racial discrimination ? Moral success and political failure in the United States. In : Appelt E, Jarosh M, eds. *Combating racial discrimination. Affirmative action as a model, for Europe*. Traduction française F. Vourc'h et V. De Rudder. Oxford : Berg, 2000.
2. Barth F (1969). Les groupes ethniques et leurs frontières. Traduction française J. Bar-dolph, P. Poutignat et J. Streiff-Fénart. In : Poutignat P, Streiff-Fénart J, eds. *Théories de l'ethnicité*. Paris : PUF, 1995.
3. Belorgey J. *Lutter contre les discriminations*. Rapport à Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, 1999.
4. Bulmer M. The ethnic question in the 1991 census of population. In : Coleman D, Salt J, eds. *General demographic characteristics of the ethnic minority populations*. Londres : OPCS, 1996 : 33-62.
5. Carmichael S, Hamilton CV. *Le black power*. Traduction française O. Pidoux. Collec-tion Études et documents. Paris : Payot, 1968 : 212 p.
6. CPCS/GRO(S). *Census general report Great Britain, 1991*. Londres : HMSO Publis-her, 1995.
7. Delphy C. *L'ennemi principal*. Penser le genre (tome 2). Collection *Nouvelles ques-tions féministes*. Paris : Éditions Syllepse, 2001.
8. Glazer N. Affirmative action and race relations : affirmative action as a model for Europe. In : Appelt E, Jarosh M, eds. *Combating racial discrimination. Affirmative action as a model, for Europe*. Traduction française F. Vourc'h et V. De Rudder. Oxford : Berg, 2000 : 143.
9. Goffman E. *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit, 1963 (réédition, 1993).
10. Guillaumin C. Femmes et théories de la société, remarques sur les effets théoriques de la colère des opprimées. *Sociologie et Société* 1981 ; XIII (n° 2).
11. Hughes EC. *Le regard sociologique*. Traduction de *The sociological eye* par J.M. Cha-poulie. Chapitre 13. Paris : EHESS, 1996 : 202 p.
12. Jewson N, Mason D. The theory and practice of equal opportunities policies : liberal and radical approaches. In : Braham P, Rattansi A, Skellington Richard, eds. England : Aldershot, 1997 : 122 p.
13. Journal Officiel de la République Française. Loi relative à la lutte contre les discrimi-nations. JO 17 novembre 2001.

14. Le pouvoir du guichet, réalité de l'accueil et du traitement des étrangers par une préfecture. *Cause Commune*, 2^e trimestre 2000, n^o hors série. Paris : La CIMADE, 2000.
15. Lévy ML. Du recensement au « découpage » électoral. *Population et Sociétés* septembre 1999 ; 349 : 4.
16. Lochack D. Réflexions sur la notion de discrimination. *Droit Social* 1989 ; 11.
17. Margo F, Fienberg A, Fienberg SE. *Who counts ? The politics of census-taking in contemporary America*. New York : Russell Sage Foundation, 2001.
18. Moore R. *Positive action in action equal opportunities and declining opportunities on Merseyside*. Research in ethnic relations series, Center for research in ethnic relations university of Warwick and Dansk. Center for migrations of etniske studier. England : Aldershot 1997, 122 p.
19. Muccheilli L. *Violences et insécurité : fantasmes et réalités dans le débat français*. Collection *Sur le vif*. Paris : La Découverte, 140 p.
20. Nurrudin F. *Hier demain*. Paris : Éditions Le Serpent à Plume, 2001.
21. Savner S. Welfare reform and racial-ethnic minorities : the questions to ask. Center for law and social policy. Reprinted from *Poverty and Race*. *Poverty and Race Research Action Council* july-august 2000 ; 9 (4) : 3.
22. Simon P. Nommer pour agir. *Le Monde* 28 avril 1993.
23. Thermes J. *Essor et déclin de l'affirmative action. Les étudiants noirs à Harvard, Yale et Princeton*. Collection CNRS-Histoire. Paris : Éditions du CNRS, 1999.
24. Yourc'h F, De Rudder V, Poiret C. *De l'inégalité raciste : l'université républicaine à l'épreuve*. Collection *Pratiques théoriques*. Paris : PUF, 2000.
25. Wallman KK. US Office Management and Budget. *The American Statistician* february 1998 ; 52 (1) : 31-3.
26. Vuilque P. *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de loi relative à la lutte contre les discriminations*, 10 octobre 2000.
27. Wrench J, Modood T. *The effectiveness of integration policies towards immigrants and ethnic minorities in the UK*. Geneva : ILO-BIT, 2000.
28. Zappi S. Le plan de lutte contre les discriminations souffre de nombreux dysfonctionnements. *Le Monde* 9 mars 2001.

La question du séjour des étrangers malades

Vincent DOURIS¹

Résumé

Les dispositions législatives actuelles permettent la régularisation sous conditions des étrangers séropositifs ou malades du sida. Néanmoins, les réserves contenues dans ces dispositions enrayent bien souvent les démarches de demande de titre de séjour. Ainsi, le droit au séjour tend-il à se confondre avec une tolérance sur le territoire sans que les droits pourtant essentiels soient reconnus.

Mots clés : étrangers malades, titre de séjour, résidence habituelle, menace à l'ordre public.

Jusqu'en 1997, un étranger malade du sida résidant en France sans titre de séjour pouvait être expulsé du territoire à destination de son pays de nationalité. Ce type d'expulsion mettait bien sûr fin à la prise en charge médicale dont il pouvait bénéficier en France, laquelle bien souvent n'était pas disponible dans le pays de renvoi. C'était ainsi lui assurer une dégradation rapide de son état de santé. Contre ces pratiques se mettaient en place les collectifs interassociatifs successifs : ADMEF (Action de défense des malades étrangers en France, 1993), URMED (Urgence malades étrangers en danger, 1995), ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers, 1999), lesquels exigeaient l'arrêt de ces expulsions et la régularisation des étrangers concernés.

Selon l'article 25-8 de l'ordonnance du 2 novembre 1945, modifiée par la loi du 24 avril 1997, laquelle régit l'entrée et le séjour des étrangers en France, est inexpulsable « *l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite un traitement dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* ». Cette disposition met fin à plusieurs années de « tolérance » sur le territoire des étrangers atteints de pathologie grave et les protège, en théorie du moins, de l'expulsion, mais n'envisage rien en terme de droit au séjour. Peu de temps après, cette disposition, relativement inadaptée, à tout le moins bancal, sera complétée par l'introduction d'un 11^e alinéa à l'article 12 bis de l'ordonnance précitée, lequel prévoit la délivrance de plein droit des titres de séjour temporaires. Ainsi, la carte de séjour temporaire est délivrée de plein droit, mais sous réserve de menace à l'ordre public, à « *l'étranger dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale*

¹ Assistant juridique, ARCAT, Paris.

dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire (...). La carte de séjour délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle ».

Cette nouvelle rédaction relative à la nécessité d'une prise en charge médicale prend en compte de manière pertinente la situation de personnes séropositives au VIH dont les résultats biologiques et cliniques ne nécessitent pas l'initiation d'un traitement, ou chez qui l'idée même du traitement ne suscite pas la moindre adhésion. De la même façon, la délivrance d'une carte de séjour temporaire qui à la fois ne mentionne pas le motif de l'obtention (la maladie) et autorise son titulaire à occuper un emploi, permet à l'étranger concerné de mieux envisager ses conditions de vie dans le pays d'accueil, quand bien même ce titre ne permette pas l'obtention de certaines prestations sociales (RMI notamment). Cependant, deux réserves, reprises en partie par les circulaires d'application du 12 mai 1998 et du 5 mai 2000, viennent hypothéquer l'affirmation initiale du plein droit et s'ajouter à l'obstacle initial du refus de guichet. Celui-ci n'engage que l'anonymat de l'administration et se traduit de manière générale par la disqualification immédiate : « votre demande est abusive », « nous ne pouvons rien pour vous », « vous devez rentrer chez vous », « le certificat que vous présentez est un faux », « vous ne disposez pas des documents nécessaires », « ce que vous demandez n'existe pas », « vous ne remplissez pas les conditions nécessaires », « le document que vous présentez est le bon, mais il ne reflète pas votre situation »...

La première réserve est relative à la résidence habituelle en France, laquelle semble s'entendre comme la résidence effective sur le territoire, régulière ou non au regard du séjour. La durée de cette résidence est fixée par la circulaire du 12 mai 1998 à une période qui « ne saurait qu'être exceptionnellement inférieure à un an ». Ce système de légitimité qui se met en place, relatif à la durée de la présence sur le territoire de l'étranger dans des situations véritablement de survie est presque une reconnaissance de la ténacité de l'étranger à vouloir rester sur le territoire, comme une validation de sa capacité de résistance. Il peut s'entendre aussi comme une invitation silencieuse au retour dans le pays d'origine. Une femme d'Afrique subsaharienne a découvert sa séropositivité au VIH à l'occasion de sa grossesse. Sur les conseils de l'assistante sociale de la maternité, elle présente une demande de titre de séjour au motif de sa pathologie. Elle obtient à la fin de l'année 2000 une autorisation provisoire de séjour de trois mois assortie d'une autorisation provisoire de travail de même durée. À la naissance de l'enfant, le père présente une demande de titre de séjour, en tant que parent d'enfant né en France et compagnon d'une jeune femme qui ne retournera pas dans son pays, sauf à y voir son état de santé se dégrader faute des traitements nécessaires. Il se voit opposer un refus de séjour et une invitation à quitter le territoire, puis un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière. Le refus de séjour sera confirmé par la préfecture suite à un recours gracieux et implicitement par le ministère suite à un recours hiérarchique, avant même la confirmation de la sérologie de l'enfant. Entre temps, la jeune femme occupe un emploi dans l'hôtellerie. Son autorisation de séjour prenant fin, elle en demande le renouvellement, qu'elle obtient. Seule l'autorisation de travail ne lui a pas été renouvelée. Elle perd donc son emploi dès le lendemain. Le couple et l'enfant, hébergés jusque là par des membres de la famille, perdent le bénéfice de ce type de solidarité, se retrouvent finalement sans ressources et sans logement. Ce critère de résidence habituelle induit donc des situations de grande précarité, créées de toutes

pièces. C'est d'un côté le refus de la délivrance de la carte de séjour temporaire au profit d'autorisations provisoires de séjour de trois à six mois qui ne permettent pas le versement de prestations sociales. C'est de l'autre côté le refus de l'autorisation de travail tel qu'il est précisé par la circulaire d'application du 5 mai 2000, sauf à produire un contrat de travail ou une promesse d'embauche, et après avis donné par l'administration sur la capacité de la personne à occuper un emploi. Il est demandé à des personnes titulaires d'une autorisation de séjour de trois mois sur lequel figure la mention « n'autorise pas son titulaire à occuper un emploi » d'obtenir d'un employeur un contrat de travail, qui, dans le meilleur des cas mais de manière presque improbable, aura pour conséquence la délivrance d'une autorisation de travail.

La seconde réserve introduite est relative à la « menace à l'ordre public », et ne concerne pas exclusivement les étrangers qui font la demande d'un titre de séjour en fonction de leur état de santé. Un homme d'Amérique du sud a obtenu pour l'année 1999/2000 un titre de séjour conformément aux dispositions de l'article 12 bis-11, délivré à Paris. Avant l'expiration de son titre de séjour, il entreprend les démarches de renouvellement. Il est alors avisé qu'une procédure de refus de renouvellement de titre de séjour est engagée à son encontre, du fait de la réserve de menace à l'ordre public invoquée au sujet d'une condamnation pénale datant de 1995, doublée d'une interdiction du territoire, laquelle entre temps a été relevée par la juridiction compétente. Cette interdiction du territoire constitue la double peine, en ce sens littéral qu'elle vient s'adjoindre à la peine initiale. Mais c'est ici plus qu'une double peine qui se met en place. C'est une reconduction illimitée de la peine initiale, laquelle peut resurgir dans chaque démarche ultérieure. C'est bien l'idée de Patrick Weil, énoncée sous forme de conclusion provisoire et désolée : « *Et trop de délinquants sortant de prison restent sur le territoire national* » ([5], p. 48). Ou bien encore son constat incongru : « *Aucune association de défense des droits des étrangers ne défend le droit de rester en France d'un étranger délinquant sans attaches familiales ou de vie privée en France, qui a été condamné en complément de sa peine de prison à l'interdiction du territoire* » ([6], p. 48). Cette reconduction illimitée de la peine initiale, cette *peine illimitée* peut aussi se passer de double peine au sens propre. Ainsi, une personne transgenre d'Amérique du sud a demandé à bénéficier d'un titre de séjour du fait de sa pathologie. Elle obtient au début de l'année 1999 un récépissé de première demande de titre de séjour l'autorisant à occuper un emploi. Suite à une altercation avec un agent de police qui a lieu à la même époque, elle est condamnée à des dommages et intérêts et à une peine de prison avec sursis. De ce fait, elle ne sera pas admise au séjour. Le récépissé ne sera pas suivi d'un carte de séjour mais d'autorisations provisoires de séjour renouvelées depuis tous les trois à six mois. C'est la figure d'un étranger toujours déjà coupable qui se dessine, conforme en cela aux analyses d'Abdelmalek Sayad : « *Pour que la situation propre de l'étranger délinquant (...), doublement coupable ou coupable d'être coupable, ne joue pas nécessairement en sa défaveur, ne joue pas comme circonstance aggravante, il faut une forte réserve de la part des juges, il faut un véritable self-control, un effort de correction sur soi* » ([5], p. 13). Cette double culpabilité a pour corollaire l'exigence d'« *hypercorrection sociale* » à laquelle est tenu tout étranger ([5], p. 10), exigence contradictoire du sujet qui n'est envisagé qu'en tant que corps à soigner, et qui, à la limite, échappe au droit. C'est le corps biologique ici qui prévaut sur le corps politique.

Dans tous les cas, quelle que soit la réserve invoquée, c'est bien du passage d'un plein droit initial à un « *droit virtuel* » dont il s'agit ([3], p. 26). Ce sont des pratiques de survie qui se mettent en place, pratiques où l'étranger compose avec les différents systèmes de solidarité qu'il peut solliciter, familial, communautaire ou associatif. Malgré le souci de cohérence annoncé dès le rapport de P. Weil précédant les dernières modifications de l'ordonnance de 1945 perdurent les situations contradictoires des étrangers « non expulsables, non régularisables ». On pense bien sûr, avec Sandrine Musso-Dimitrijevic ([4], p. 93), à la résonance des termes de Michel Foucault relatifs à l'inversion par la modernité de l'ancien système du « *faire mourir et laisser vivre* » ([2], p. 181), bien sûr aussi au « *faire survivre* » ([1], p. 204) propre à l'époque contemporaine, développé par Giorgio Agamben.

Références bibliographiques

1. Agamben G. *Ce qu'il reste d'Auschwitz*. Paris : Éditions Rivages, 1999 : 234 p.
2. Foucault M. *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976 : 212 p.
3. Maille D. Le statut paradoxal des malades étrangers. *Plein Droit (Revue du Gisti)* 2001 ; n° 47-48 : 26-29.
4. Musso-Dimitrijevic S. L'accès aux soins des étrangers en situation précaire. Santé, le traitement de la différence. *Hommes et Migrations* 2000 ; n° 1225 : 88-93.
5. Sayad A. Immigration et pensée d'État. Actes de la recherche en sciences sociales. *Délict d'Immigration*. Paris : Éditions du Seuil, 1999 ; n° 129 : 5-14.
6. Weil P. Mission d'étude des législations de la nationalité et de l'immigration. *Des conditions d'application du principe du droit du sol pour l'attribution de la nationalité française ; par une politique de l'immigration juste et efficace*. Rapports au Premier Ministre, 1997. Paris : La Documentation Française, 1997 : 176 p.

Chapitre III

Politique d'immigration,
vie familiale et sexuelle

L'étranger et le droit au respect de la vie familiale La situation particulière du malade atteint du VIH

Edwige RUDE-ANTOINE¹

Résumé

Cet article s'interroge sur la situation des malades étrangers atteints du VIH, le droit des étrangers et la protection médicale. Les éléments juridiques ont-ils des conséquences sur l'épidémie du sida ? Jusqu'où le droit au respect de la vie privée et familiale posé comme principe par la Convention européenne des droits de l'Homme et repris par le droit interne français est-il pris en considération ? Quelle est la couverture médicale dont peuvent bénéficier les malades étrangers ? Peuvent-ils avoir recours à l'Aide médicale d'État ?

Mots clés : étranger, malade, VIH, droit au respect vie privée et familiale, regroupement familial, couverture médicale, aide médicale d'État.

« Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre public et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».

Ainsi libellé, l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme rappelle que tous les étrangers résidant sur le territoire français ont le droit au respect de leur vie familiale. Si la Convention ne garantit, en tant que tel, aucun droit pour un étranger d'entrer ou de résider dans un pays déterminé, ni le droit de ne pas être expulsé d'un pays donné, il n'en demeure pas moins que selon une jurisprudence constante, l'exclusion d'une personne d'un pays où vit sa proche famille peut poser problème au regard de cette disposition. Ceci étant posé, il faut définir ce concept de « vie familiale » qui a un contenu à géométrie variable et dynamique en fonction notamment des nouveaux modes de vie en famille. De quel lien de parenté s'agit-il ? À quelle réalité familiale est-il fait référence ? C'est là le cœur de notre réflexion qui serait sans doute incomplète sans un regard

¹ CNRS URMIS ESA 7032, Université Paris VIII, Saint-Denis. urmis@univ-paris8.fr.

approfondi sur les règles d'entrée et de séjour applicables aux étrangers dans le droit positif français.

Par un communiqué de presse en date du 27 mars 2001, le Conseil national du sida attire l'attention du ministre de l'Intérieur sur les conditions d'application du droit de séjour des malades étrangers atteints par le VIH. Cette question est d'autant plus importante que de nombreuses personnes étrangères, vivant en France, ont besoin d'une prise en charge médicale de qualité, souvent conditionnée à un statut régulier sur le sol français.

C'est ce qui ressort du rapport « Situation du sida de la population étrangère domiciliée en France » [2]. L'étude est intéressante même si les résultats doivent être lus avec beaucoup de précautions² [2]. Elle montre qu'une méconnaissance plus grande de la séropositivité pour de nombreux étrangers les empêche de bénéficier des thérapeutiques adaptées permettant de retarder l'entrée dans la maladie. Au 30 juin 1998, selon les données statistiques de ce rapport, 47 514 cas de sida ont été déclarés chez les adultes depuis le début de l'épidémie en France, toutes nationalités confondues. Parmi ces cas, 6 696 situations, soit 14 %, touchent des sujets de nationalité étrangère³. Le rapport souligne par ailleurs que les étrangers atteints du sida présentent plus fréquemment que les Français des pathologies telles qu'une tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire (22, 2 % *versus* 6, 1 %).

C'est ainsi que plusieurs objectifs de lutte contre l'épidémie du sida doivent être atteints : dans un premier temps, l'accès des étrangers au dépistage précoce doit être amélioré, puis leur participation aux actions de prévention encouragée. Or, selon le bulletin d'information sociale pour les personnes étrangères atteintes par le VIH⁴, leur situation illégale les détournerait des centres de dépistage et des campagnes de prévention. Il y aurait en matière d'accès aux soins des étrangers, une véritable discrimination. Si selon l'article 186 du Code de la famille et de l'aide sociale, l'aide médicale est accessible, en droit, à toute personne résidant en France, quelle que soit sa résidence administrative, l'alinéa 4 précise que certaines dispositions - aide médicale à domicile - sont réservées aux personnes en situation administrative régulière ou ayant une résidence ininterrompue en France depuis trois ans.

Nous tenterons alors de savoir comment le droit relatif à l'entrée et au séjour prend en considération la situation des malades étrangers atteints du VIH et dans quelle mesure les éléments juridiques influencent sur cette épidémie du sida ? Les étrangers malades peuvent-ils prétendre à la couverture médicale universelle (CMU) ou à l'aide médicale de l'État (AME) ?

² Les auteurs précisent que leur étude comporte des limites « dans la mesure où il est difficile de parler des étrangers en général et où le découpage en continent n'est pas toujours satisfaisant ». À cette limite s'ajoutent d'autres incertitudes concernant « le calcul des taux d'incidence cumulés qui permettent la comparaison du poids de l'épidémie du sida entre nationalités » (voir [2]).

³ 3 260 000 étrangers résidant en France métropolitaine, étaient recensés en mars 1999, soit 5, 6 % de l'ensemble de la population. 85 % d'entre eux sont nés à l'étranger, soit un effectif de 2 750 000. Les étrangers nés en France sont au nombre de 510 000. Voir le Recensement Insee de la population de 1999.

⁴ Action = Vie, n° 37, Act Up, Paris, p. 1.

Avec la Convention, un droit au respect de la vie familiale étendu

Tant la Commission que la Cour européenne des Droits de l'homme de Strasbourg admettent que la notion « vie familiale » englobe les liens de parenté entre proches : entre grands-parents et petits-enfants⁵, frères et sœurs⁶. La famille est légitime, naturelle ou adoptive. La vie familiale doit être effective et non virtuelle. La Commission recherche si les personnes vivent bien ensemble et s'il existe entre elles un rapport de dépendance pécuniaire⁷. Toutefois, entre les parents et leurs enfants, la vie commune n'est pas toujours un élément de fait nécessaire pour confirmer les relations familiales. Des contacts réguliers et fréquents peuvent suffire pour déterminer des liens familiaux⁸.

L'article 8 de la Convention donne à la notion de « vie familiale » un contenu à multiples facettes et s'éloigne ainsi de la conception restrictive de l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui réduit le modèle familial aux deux parents et aux enfants mineurs avec quelques extensions aux enfants majeurs et pour les ressortissants des États membres de la CEE aux descendants, c'est-à-dire aux petits-enfants, voire aux arrière-petits-enfants. À plusieurs reprises, la Cour européenne des Droits de l'homme a condamné sur le fondement de cet article 8. Nous devons alors faire une analyse plus approfondie de ces décisions pour apporter un éclairage à notre réflexion.

La Cour européenne et le contrôle de proportionnalité

En se référant à l'article 8 de la Convention, le juge procède à un contrôle de proportionnalité entre l'atteinte portée au droit au respect de la vie familiale et la défense de l'ordre public. Le 21 juin 1988 dans l'affaire *Berrehab*⁹, à propos d'un arrêté d'expulsion consécutif au renouvellement d'un titre de séjour, la Cour européenne a estimé, comme la Commission, qu'une ingérence disproportionnée dans le droit à la vie familiale était constituée. Cet arrêté d'expulsion concernait un Marocain, divorcé d'une néerlandaise qui avait la garde de leur fille. Celui-ci rendait donc difficile voire impossible le maintien des liens entre le père et sa fille. Il a été retenu que l'« intéressé » avait vécu plusieurs années légalement et paisiblement au Pays-Bas, et que, avant de se voir refuser le renouvellement de son permis de séjour, il avait un logement et un travail, des attaches familiales effectives. Toutefois, la Cour a précisé que l'intérêt d'un parent à entretenir des contacts réguliers avec son enfant dont la mère a la garde ne donne pas un droit automatique à s'installer dans le pays où vit l'enfant.

De même, dans l'affaire *Beljoudi*¹⁰, le 26 mars 1992, la Cour a considéré, à l'instar de la Commission, que l'expulsion « avait constitué ou constituerait » une violation du droit au respect de la vie familiale. L'intéressé, marié à une Française, était condamné à huit ans de réclusion criminelle. La Commission a relevé l'intensité des attaches familiales de ce migrant de la seconde génération dans le pays

⁵ Cour EDH, 13 juin 1979, *Marckx c/Belgique*, série A, n° 31.

⁶ Cour EDH, 18 février 1991, *Moustaquim c/ Belgique*, série A, n° 193.

⁷ 15 décembre 1977, Req. n° 7229/75, DR 12, p. 32.

⁸ Cour EDH, 21 juin 1988, *Berrehab*, série A, n° 138.

⁹ Cour EDH, 21 juin 1988, *Ibid.*

¹⁰ Cour EDH, 26 mars 1992, *Beljoudi*, série A, n° 234 A.

d'accueil et sa forte intégration en France. La Cour a estimé que la menace pour l'ordre public pesait moins lourd que la naissance en France de parents français, la possession de la nationalité française jusqu'en 1963 faite par ses parents d'avoir souscrit avant le 27 mars 1967 une déclaration reconnaîtive de la dite nationalité, son mariage et son enfant avec une Française, son absence de liens avec l'Algérie. Celle-ci en a conclu que l'exécution d'expulsion « risquerait de mettre en péril l'unité, voire l'existence du ménage, qu'elle ne serait pas proportionnée au but légitime poursuivi »¹¹.

Dans l'affaire Djeraud¹², malgré la condamnation à plusieurs vols, le rapport de la Commission a encore conclu à la violation de l'article 8 de la Convention. Cet Algérien né en 1958 en Algérie était venu en France avec ses parents en 1959. Sa famille, dont quatre frères et sœurs de nationalité française, réside en France.

Nous pouvons affirmer que chaque situation a été analysée et qu'il est difficile de tirer un principe général d'interprétation de ce droit fondamental au respect de la vie familiale. Nous ferons simplement observer que dans la lignée de cette jurisprudence, le Conseil d'État a pris une position nette. Des mesures d'expulsion ont pu être annulées. Des reconduites à la frontière ont été appréciées différemment. Des refus de visas et de titres de séjour ont été considérés non justifiés.

Le Conseil d'État dans la lignée européenne

Le Conseil d'État, dans un arrêt d'Assemblée, a considéré que « la *mesure d'expulsion* prise à l'encontre d'un ressortissant algérien, proportionnellement à la gravité de l'atteinte portée à sa vie familiale, a excédé ce qui est nécessaire à la défense de l'ordre public »¹³. En effet, cette personne, n'ayant aucune attache familiale avec l'Algérie, résidait depuis sa naissance en 1958 en France où demeurait toute sa famille. À la mort de son père, en 1976, cet Algérien avait effectivement assumé ses frères et sœurs. Malgré plusieurs vols et compte tenu de son comportement postérieur aux condamnations prononcées, le juge a estimé qu'il y avait eu violation de l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'homme. D'autres décisions par la suite se sont orientées dans le même sens.

Toutefois, le Conseil d'État a rejeté la requête en annulation de l'arrêté d'expulsion d'un Algérien, sans attache familiale avec l'Algérie et résidant en France où vit sa famille. Celui-ci a considéré que cet arrêté ne portait pas « une atteinte excédant ce qui était nécessaire à la défense de l'ordre public »¹⁴.

L'extension de cette jurisprudence aux *reconduites aux frontières* est beaucoup plus significative de la volonté du Conseil d'État. Avant de reconnaître l'applicabilité de l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'homme, le juge administratif recherchait si l'arrêté de reconduite n'était pas entaché d'une erreur manifeste d'appréciation, c'est-à-dire si « la mesure envisagée n'était pas de nature à comporter pour la situation personnelle ou familiale de l'intéressé des conséquences d'une exceptionnelle gravité »¹⁵ [3]. La jurisprudence du Conseil d'État était sévère dans son appréciation de l'erreur manifeste à la suite d'un

¹¹ J.F. Flauss, AJDA, 1992.424.

¹² 15 mars 1990, RFDA, 1991.108.

¹³ CE, Ass., 19 avril 1991, Req. n. 107470, Belgacem ; *Rev. fr. dr. adm.*, 1991, p. 497, concl.

¹⁴ CE, 19 juin 1991, req. n. 101586, Kchiche, AJDA, 1991, p. 746.

¹⁵ Voir circulaire, RFDA, 1989.70 ; CE, 16 novembre 1962, Dolbeau, Rec. 614 ; CE, 11 décembre

arrêté de reconduite à la frontière. Par exemple, elle ne l'avait pas reconnu pour une étrangère mariée, mère d'un enfant, en état de grossesse, qui n'avait pas justifié de son impossibilité de voyager sans danger. Dans cette affaire, l'époux turc n'avait pas pu obtenir une autorisation de regroupement familial pour insuffisance de ressources¹⁶ [3]. De même une personne venue en France recevoir des soins médicaux¹⁷ [3] devait prouver que les affections étaient d'une telle gravité qu'elles empêchaient de voyager ou que seule la France pouvait apporter les soins médicaux nécessaires. Lorsque le retour était risqué, la position du Conseil d'État était claire. Il n'y avait pas d'erreur manifeste dès lors que l'arrêté de reconduite à la frontière ne mentionnait pas le pays de destination.

Par la suite, le Conseil d'État n'a pas toujours accueilli favorablement le recours fondé sur la violation de l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'homme¹⁸ [3]. Ce fut le cas pour un arrêté de reconduite à la frontière d'une mère d'un enfant né en 1989, en état de grossesse reconnu par son père marié par ailleurs, ressortissant marocain, titulaire d'une carte de résident. Le Conseil d'État n'a pas considéré qu'il y avait une atteinte disproportionnée au droit au respect de la vie familiale.

À ce stade de notre analyse, il est intéressant de faire observer que l'article 8 est plus favorablement accueilli en matière d'expulsion. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'arrêté d'expulsion touche des étrangers résidant depuis un certain temps sur le territoire français alors que l'arrêté de reconduite à la frontière concerne des étrangers entrés depuis peu sur le sol français, c'est-à-dire qui n'ont pas encore créé de liens forts en France et qui restent proches de leur pays d'origine.

Mais le champ d'application de l'article 8 s'est aussi élargi au cas de *refus de délivrance de visa* par les autorités consulaires françaises à l'étranger et de *refus de titre de séjour*. Or, dans plusieurs situations, ce fondement n'a pas été recevable. Ainsi, un Turc, condamné à quatre ans d'emprisonnement en Allemagne pour participation à un trafic de drogue, marié avec une Française pendant sa détention, s'est vu refuser un visa par le Consul français. Le Conseil d'État, dans un arrêt du 10 avril 1992¹⁹, a relevé qu'il n'était porté aucune atteinte à son droit au respect de sa vie familiale par rapport à la menace que sa présence sur le territoire français aurait fait peser sur l'ordre public. De même, l'étranger qui est coupable de délits²⁰ [3], ou l'étranger fiancé à une ressortissante française²¹ [3], ne peut pour obtenir un titre de séjour invoquer l'installation en France de sa famille. Cette orientation s'affirme lorsqu'une femme divorcée sans enfant ne peut apporter la preuve de la nécessité de son aide pour sa famille²² [3]. En revanche et dans cette même logique, tout ce qui donne un contenu aux liens

1970, Crédit foncier de France, Req. 758 ; CE, 29 juin 1990, Préfet du Doubs c/Mme Olmos Quintero et Imanbaccus, RFDA, 1990.541, concl. Faugère in C. Vandendriessche « Le droit public face à l'insertion familiale », in [3]

¹⁶ CE, 14 février 1992, préfet du Bas-Rhin c/Mme Hediye Yapiyaran, Req. 124288 in [3].

¹⁷ CE, 9 novembre 1992, Oufi, Req. 134746 ; CE, 9 novembre 1992, Mme Lu Xiao Wei, Req. 132801, in [3].

¹⁸ CE, 19 avril 1991, Naima Babas, req. n. 117680 ; JCP, 1991.II.21757 ; CE, 15 avril 1992, préfet de la Haute Loire c/Cifci, Req. n. 128610 ; CE, 9 novembre 1992, préfet de Seine et Marne c/M. Fahim, Req. n. 134071 ; CE, 31 juillet 1992, Loko Président de la section du contentieux, Req. n. 133289, in [3].

¹⁹ CE, 10 avril 1992, Aykan, Req. n. 75006, AJDA, 1992.5.372.

²⁰ CE, 2 novembre 1992, M. Zaazou, Req. n., in [3].

²¹ CE, 2 novembre 1992, M. Abdellhafid, Req. n. 106571, in [3].

²² CE, 27 janvier 1992, Mme. Fathia Amri, Req. n. 123018, in [3].

familiaux permet de retenir la violation de l'article 8 de la Convention. L'époux de la veuve de son frère, bénéficiant du statut de réfugié, peut appuyer sa défense du fait qu'il subvient seul à la fois aux besoins de leurs deux enfants et de ceux du premier lit²³. La violation de l'article 8 est constatée pour tout refus d'une carte de résident à une personne vivant en France depuis cinq ans à titre provisoire de séjour alors que ses parents sont en France et que la requérante y vit avec sa fille de nationalité française²⁴ [3].

Il ressort alors de notre analyse que la notion de vie familiale est définie à partir de plusieurs facteurs qui peuvent se juxtaposer : la présence en France d'une famille, l'effectivité du lien familial²⁵, la possibilité ou non de mener sa vie familiale dans son pays d'origine²⁶, les conséquences de la mesure de police, de l'impératif de l'intérêt général²⁷. Les instances, appelées à appliquer cet article 8 de la convention, apprécient à la lumière de ces critères, selon une méthode d'interprétation réaliste et évolutive, si les rapports invoqués relèvent bien de la notion de vie familiale. Elles pèsent de manière minutieuse et circonstanciée les intérêts général et privé en jeu.

Il nous reste à porter notre lecture sur le droit interne français. Comment prend-il en considération ce droit fondamental au respect de la vie familiale ?

Avec la loi Chevènement, un droit au respect de la vie familiale réservé

En 1993, le Parlement adopte de nouvelles lois sur les conditions d'entrée, de séjour et d'éloignement des étrangers qui induisent une régression spectaculaire du droit au respect de la vie familiale. L'exemple des conjoints de Français est significatif : leur accès à la carte de résident est plus difficile. Le regroupement familial, jusque là réglementaire, est intégré à l'ordonnance du 2 novembre 1945²⁸. L'application de ces textes, fondée sur l'idée d'une immigration « zéro » va entraîner une précarisation des conditions familiales des étrangers et expliquent la multiplication, à partir de 1996, des mouvements des « sans papiers ». La loi Debré du 24 avril 1997, qui accorde à certaines catégories d'étrangers une carte de séjour temporaire, n'est qu'une reconnaissance implicite de l'inapplicabilité de la loi votée quelques années plus tôt. La gauche revenue au pouvoir opte alors pour une voie consensuelle, dans la continuité de la politique antérieure. Une opération de régularisation met fin à de nombreuses situations inextricables de certains étrangers sur le territoire français.

²³ TA Versailles, 2 juillet 1991, M. Hanilce c/Préfet du Val-d'Oise, AJDA, 1991.741, Obs. X. Pretot.

²⁴ CE, 22 mai 1992, ministre de l'Intérieur c/Mme Zine el Khalma, Req. n. 106985 ; Voir également CE, 13 mai 1992, Ndombe Eboa, Req. n. 90038 (un étranger marié à une ressortissante française attendant un enfant), in [3].

²⁵ CE, 10 avril 1992, Aykan, *op. cit.* ; CE, 23 septembre 1992, Tarbane, Req. n. 132388 : il n'existe pas de vie commune avec son épouse et son enfant ; voir aussi CE, 14 février 1992, Préfet du territoire de belfort c/M. Sais : cet homme avait épousé une Française peu parès son entrée en France et était en instance de divorce. Il vivait en concubinage avec une Française qui attendait un enfant. Il a été considéré qu'il ne justifiait pas d'une vie familiale en ; voir également CE, 19 avril 1991, Belgacem, *op. cit.*

²⁶ CE, 8 juillet 1991, ministre de l'Intérieur c/M. Faker, *Rec. CE*, p. 275.

²⁷ CE, 10 avril 1992, Aykan, *op. cit.*

²⁸ Ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

Par la suite, comme le Premier Ministre Lionel Jospin l'avait annoncé dans son programme, un nouveau projet de loi sur l'entrée et le séjour des étrangers est présenté au Parlement. Ce projet s'est inspiré du rapport Weil [4]. Sans proposer l'abrogation des lois dites Pasqua et Debré, celui-ci recommande de rendre plus facile la délivrance de titres de séjour à certaines catégories d'étrangers, de donner l'égalité des droits sociaux entre nationaux et étrangers en situation régulière tout en visant plus d'efficacité des mesures d'éloignement pour les étrangers indésirables. Jean Pierre Chevènement, à l'époque Ministre de l'Intérieur, présente alors le texte comme un ensemble de dispositions simples et pratiques. Si ce dernier insiste sur l'aspect consensuel de ces dispositions, la droite parlementaire et une partie de la gauche manifestent leur mécontentement mais n'obtiennent pas une réelle modification du projet de loi. Si la loi Chevènement [1] remanie les conditions du regroupement familial et donne une place importante au droit au respect de la vie familiale en créant une nouvelle catégorie de carte temporaire, mention « vie privée et familiale », la politique de l'immigration reste basée sur une ouverture sélective des frontières aux étrangers. Nous restituerons la teneur de ce droit des étrangers et nous observerons quelle est la condition particulière du malade en général et de celui atteint du VIH/sida en particulier dans ces nouvelles orientations.

Le regroupement familial remanié

Le regroupement familial connaît certains assouplissements par rapport à la législation antérieure. L'article 29 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 est réécrit. Le décret du 6 juillet 1999 détermine le nouveau dispositif.

La première condition du regroupement familial est fondée sur l'idée de liens réels avec le pays d'accueil. Pour pouvoir déposer sa demande de regroupement familial, le demandeur doit prouver sa présence en France depuis un an. L'étudiant titulaire d'un titre de séjour temporaire ne peut toujours pas faire venir sa famille dans ce cadre-là.

Par ailleurs, si depuis les années 1960, dans l'ensemble des pays occidentaux, de nouvelles formes de vie familiale apparaissent et se répandent même parmi les familles les plus conservatrices, le modèle de la famille étrangère, tel que prévu par la loi, reste très proche du schéma traditionnel : « Papa, maman et les enfants ». En effet, seuls les enfants mineurs du demandeur et ceux de son conjoint, dont au jour de la demande la filiation est établie seulement à l'égard du demandeur ou de son conjoint, ou dont l'autre parent est déchu de ses droits parentaux, peuvent bénéficier de cette procédure. Seuls l'enfant légitime, l'enfant naturel ayant une filiation légalement établie, et l'enfant adopté sous réserve de la vérification par le ministère public de la régularité de l'adoption lorsqu'elle a été prononcée à l'étranger, sont reconnus. La situation des enfants de couples séparés est assouplie : il n'est plus nécessaire pour qu'un enfant puisse bénéficier du regroupement familial de présenter une déchéance d'autorité parentale de l'autre parent. Un jugement étranger confiant l'enfant au parent résidant en France devient suffisant. En revanche, une autorisation de sortie doit être délivrée par le parent résidant à l'étranger²⁹. Ainsi, cette nouvelle loi s'adapte mieux à la réalité législative des autres pays qui ne connaissent pas toujours la procédure de déchéance d'autorité parentale.

²⁹ Article 29-1.

Les mesures limitatives au regroupement familial dans le cadre des mariages polygamiques qui ont formé une part des interrogations autour de la famille dans les années 1990-1993 ne sont pas une décennie plus tard remises en question. À l'évidence, un étranger polygame résidant en France avec un premier conjoint ne peut faire venir un autre conjoint et ses enfants. Mais si cette autre conjoint est déchue de ses droits parentaux ou décédée, les enfants peuvent bénéficier de la dite procédure. L'étranger polygame est considéré comme une simple catégorie juridique, indépendamment de la réalité de ses relations privées.

L'exigence d'un regroupement familial est maintenue. Toutefois, le regroupement peut être partiel après une autorisation pour des motifs tenant compte de l'intérêt de l'enfant. Cette possibilité permet que ne soit pas violée la Convention internationale des Droits de l'enfant³⁰ qui reconnaît le droit pour tout enfant de venir rejoindre ses parents résidant dans un autre pays que le sien. Dans la pratique, la notion « intérêt de l'enfant » n'est pas interprétée de la même façon d'une administration à une autre. La loi du 11 mai 1998 supprime d'ailleurs le retrait du titre de séjour d'un étranger qui aurait fait venir sa famille hors du regroupement familial. Mais la procédure « sur place » demeure difficile à obtenir.

La famille nombreuse est à priori exclue du regroupement familial même si les conditions de ressources et de logement sont appréciées depuis la loi de 1998 avec plus de souplesse. La loi mentionne les termes de « ressources stables et suffisantes » et de logement « normal ». Ainsi en faisant référence à cette notion de stabilité, le texte ne prend pas en compte la réalité économique actuelle du travail précaire. Si l'insuffisance de ressources ne peut motiver un refus de regroupement familial lorsque celles-ci sont supérieures au SMIC, les prestations familiales ne sont plus prises en compte. Le texte laisse penser que lorsque les ressources sont légèrement inférieures au SMIC, le regroupement familial peut tout de même être accepté. En ce qui concerne le logement, la loi introduit la notion de potentialité : le logement considéré comme conforme aux normes est apprécié au moment où le demandeur accueille sa famille. L'étranger doit toutefois justifier qu'il en disposera de façon certaine puisque le regroupement familial n'ait accordé « qu'après que l'OMI (Office des migrations internationales) ait vérifié sur pièces les caractéristiques du logement et la date à laquelle le demandeur en aura la disposition »³¹.

Enfin, le regroupement familial peut être refusé pour des motifs tenant à la situation sanitaire. La loi Chevènement encadre strictement cette condition en se référant au règlement sanitaire international. Le regroupement familial peut être remis en cause si les membres de la famille mettent plus de six mois à entrer sur le territoire français, s'il y a une rupture de la vie commune dans un délai d'un an.

Nous pouvons observer que ces différentes dispositions du regroupement familial, qui cherchent à faire coïncider l'intégration des familles avec les règles de droit des étrangers, se révèlent bien timides et même sujettes à bien des aléas puisqu'elles reposent le plus souvent sur l'interprétation. Nous ne pouvons pas affirmer une réelle rupture avec la législation précédente. Tout montre que la manière d'appréhender le regroupement familial a finalement peu changé. Néanmoins, le législateur a créé une nouvelle catégorie juridique, une carte de séjour temporaire, mention « vie privée et familiale » qui permet sans doute de résoudre des situations d'étrangers particulières. Qu'en est-il réellement ?

³⁰ Article 10.

³¹ Art. 29-11 al. 2, ordonnance du 2 novembre 1945.

L'attribution d'une carte de séjour temporaire, mention « vie privée et familiale »

L'article 5 de la loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France modifiant l'article 12 *bis* de l'ordonnance du 2 novembre 1945 rend possible, pour onze catégories d'étrangers, l'attribution d'une carte temporaire au nom du respect de la vie privée et familiale, s'inscrivant ainsi dans la continuité de l'interprétation de l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Ce titre de séjour, valable pour une durée d'un an, permet à son bénéficiaire d'exercer une activité professionnelle salariée ou non. Parmi ces onze catégories, nous pouvons citer l'étranger entré en France dans le cadre du regroupement familial pour rejoindre une personne elle-même titulaire d'une carte de séjour temporaire ; l'étranger mineur ou dans l'année qui suit son dix-huitième anniversaire, justifiant avoir sa résidence habituelle en France depuis qu'il a atteint au plus l'âge de dix ans ; l'étranger résidant en France depuis plus de dix ans ou depuis plus de quinze ans s'il a été en possession d'une carte de séjour mention étudiant ; l'étranger marié à un ressortissant de nationalité française à condition qu'il soit entré régulièrement sur le territoire français ; l'étranger marié à un ressortissant étranger titulaire d'une carte de séjour temporaire mention scientifique ; l'étranger père et mère d'un enfant français mineur à condition qu'il exerce même partiellement l'autorité à l'égard de l'enfant ou subvienne effectivement à ses besoins ; l'étranger né en France qui justifie avoir résidé en France pendant huit ans de façon continue et suivi, après l'âge de dix ans, une scolarité d'au moins cinq ans dans un établissement scolaire français, à la condition qu'il fasse sa demande entre 16 et 21 ans ; l'étranger titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle ; l'étranger qui a obtenu un statut d'apatride ainsi que son conjoint et ses enfants ; l'étranger dont les liens personnels et familiaux avec la France sont tels que le refus d'un titre de séjour porterait à son droit au respect de sa vie privée et familiale une atteinte disproportionnée au regard des motifs de refus. Pour cette dernière catégorie, nous soulignons la place importante du pouvoir d'appréciation de l'administration. La notion de vie familiale au sens de lien marital ou filial est plus retenue que celle de vie privée. Désormais, le concubinage est reconnue à condition que la relation soit stable et ancienne, c'est-à-dire d'une durée de cinq années et que les enfants soient issus du couple de concubins. Les couples de même sexe restent exclus. Toutefois avec la loi votée en octobre 1999 sur le pacte civil de solidarité (PACS), n'y aura-t-il pas à l'avenir une interprétation moins restrictive, la conclusion d'un PACS pouvant constituer l'un des éléments d'appréciation des liens personnels entre deux individus. Enfin, la onzième catégorie concerne toute personne étrangère résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut de traitement pourrait entraîner des conséquences d'une gravité exceptionnelle sous réserve qu'elle ne puisse bénéficier effectivement d'un traitement dans son pays d'origine.

En somme, en observant le droit d'entrée et de séjour des étrangers, nous pouvons constater un fractionnement du droit en ce sens où il existe une prolifération de textes mais aussi une hiérarchisation des catégories juridiques avec des statuts différents entre les uns et les autres. Il semble, pour en venir à notre préoccupation des étrangers malades ou atteints du VIH, que lorsqu'il n'a pas été possible pour eux d'obtenir un titre de séjour dans le cadre de la procédure

de regroupement familial qu'il ne reste plus que la possibilité d'une carte temporaire, mention « vie privée et familiale ». Il est donc intéressant d'approfondir cette prise en considération du droit de la santé dans le cas des personnes atteintes du VIH.

Le cas particulier des personnes étrangères malades ou atteintes du VIH

La loi Debré avait déjà modifié l'article 25 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 en précisant que l'étranger résidant habituellement en France, atteint d'une pathologie grave nécessitant un traitement médical dont le défaut pouvait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi, ne pouvait faire l'objet d'éloignement. La loi du 11 mai 1998³² complète alors cette procédure en délivrant une carte temporaire. Dans ce texte, il n'est plus mentionné la terminologie « pathologie grave » mais seulement « la nécessité d'une prise en charge médicale ». À cela s'ajoutent deux autres critères médicaux : le défaut de traitement qui entraînerait des conséquences d'une gravité exceptionnelle et l'absence effective de traitement au pays, ainsi que des critères administratifs : une résidence antérieure à la demande « habituelle », une absence de « menace à l'ordre public ».

Pour bénéficier de cette carte temporaire, mention « vie privée ou familiale » ou d'une autorisation provisoire de séjour, l'étranger malade doit déposer une demande auprès des services préfectoraux. C'est un médecin inspecteur de la santé publique de la DASS qui émet un avis sur la base d'un rapport établi par un médecin agréé par les services de l'État ou un praticien hospitalier. À Paris, cet avis est du ressort du médecin chef du service médical de la préfecture. Si le médecin inspecteur de la santé communique aux services préfectoraux les indications nécessaires à l'évaluation de la demande, le pouvoir d'appréciation de cette administration reste important. La circulaire du 12 mai 1998 précise les modalités de constitution et d'examen du dossier médical permettant d'apprécier l'état de santé tout en respectant le secret médical. La durée du traitement envisagée est un élément essentiel pour apprécier la nature et la durée de la validité du document accordé. La Direction des Populations et des Migrations du ministère de l'Emploi et de la Solidarité renseigne la DDASS sur le caractère effectif ou non de l'accès aux soins dans le pays d'origine. L'arrêté du 8 juillet 1999 apporte des éléments sur les cas où un traitement est possible dans le pays d'origine et sur la manière d'apprécier les capacités réelles d'accès du patient aux moyens sanitaires existant dans ce pays.

³² Loi n° 98-349 du 11 mai 1998 portant modification de l'ordonnance du 2 novembre 1945 dite « Loi Chevènement ». Voir à ce propos circulaire d'application NOR/INT/D/98/00103C du 12 mai 1998 et circulaire NOR/INT/D/00/00103C du 5 mai 2000 relative à la délivrance d'un titre de séjour en application de l'article 12 *bis* - 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 modifiée sur les conditions et les procédures de délivrance de titre et document de séjour aux étrangers dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale. Voir également Rapport et avis rendus le 23 octobre 1995 sur la situation des personnes atteintes du VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour à propos de la confusion entre contrôle du séjour et assistance médicale notamment.

Ceci étant posé et nécessairement posé, nous ferons observer que des difficultés apparaissent quant à la mise en œuvre de cette catégorie juridique³³ : les autorisations provisoires de séjour (APS) de courte durée se multiplient alors même que les personnes résident depuis plus d'un an en France. Celles-ci ne sont pas accompagnées d'une autorisation de travail ; enfin les pratiques varient d'une préfecture à une autre laissant apparaître un certain arbitraire et une subjectivité des décisions très préjudiciables aux soins des malades. Tout ceci s'explique. D'abord, l'obtention d'un titre de séjour courte durée pour l'étranger malade ayant une résidence « habituelle » en France est liée à l'avis du médecin inspecteur de la santé publique qui doit donner des indications sur la durée du traitement. Or, le VIH n'induit pas toujours un traitement et les services préfectoraux peuvent interpréter de façon rigoureuse la référence à une prise en charge posée dans la loi. Par ailleurs, la notion de résidence « habituelle »³⁴ revient à n'accorder une carte de séjour qu'aux personnes résidant en France depuis au moins un an. Enfin, au fait que l'autorisation provisoire de séjour n'ouvre pas de plein droit la possibilité de travailler s'ajoute que pour recevoir cette autorisation de travail, il faut une promesse d'embauche ou un contrat de travail. Il y a là une difficulté supplémentaire : un employeur peut difficilement au regard de la législation du travail prendre le risque de signer une promesse ou un contrat de travail avec une personne en situation irrégulière.

Tout ceci a des conséquences sur l'existence de la personne étrangère malade. Sans emploi, cette dernière est renvoyée vers les organismes caritatifs et n'obtiendra que quelques aides, la plupart d'entre elles étant soumises à un statut de séjour régulier. De plus, cette législation a des répercussions sur l'accès aux soins du malade : la loi sur la CMU ne s'applique pas aux étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent prétendre qu'à une AME qui propose une prise en charge très limitée.

Il reste enfin à souligner que depuis la loi du 24 avril 1997, les étrangers qui souffrent « d'une pathologie grave », expression qui n'est plus utilisée aujourd'hui, ne peuvent être expulsés mais seulement assignés à résidence. Pour être régularisé, l'étranger malade devra obtenir le relèvement de son interdiction judiciaire du territoire auprès de la juridiction compétente.

Ce tour d'horizon montre que nous ne sommes pas revenus à la situation qui prévalait avant la loi Pasqua, c'est-à-dire sur la possibilité pour les catégories dites de plein droit d'obtenir une carte de séjour résident. Le regroupement familial sur place n'a pas non plus été réintroduit. Les possibilités pour un étranger entré « régulièrement » sur le territoire français hors du regroupement familial de régulariser sa situation juridique dépendent alors fortement du pouvoir discrétionnaire de l'administration. Le maintien d'une seule carte de séjour temporaire ne peut donc qu'accentuer la précarisation des personnes étrangères sur le territoire français et rendre plus aléatoire et difficile l'accès aux soins des étrangers malades, y compris ceux atteints du VIH. Outre les zones d'ombre que nous avons soulignées dans l'application du droit des étrangers et dans ses conséquences, des questionnements futurs émergent : ne voit-on pas poindre une nouvelle difficulté avec l'interprétation pour certains pays du critère médical :

³³ Voir État des Lieux sur la situation administrative des étrangers atteints par le VIH en matière de séjour, note interne Bureau du 13 mars 2001 du Conseil national du sida.

³⁴ Voir à ce propos la loi du 25 avril 1997 et la circulaire du 30 avril de la même année à propos des conditions de « résidence habituelle » et sur l'assignation à résidence des malades « inexpulsables ».

« absence de recours effectif aux traitements dans les pays d'origine » ? Nous pensons ici au cas des Marocains et des Brésiliens. Les mécanismes de couverture habituels ne devraient-ils pas jouer pour prendre en charge financièrement la consultation du médecin agréé puisqu'elle est imposée par la loi ? Nous devons rester vigilants et faire en sorte que la discrimination ne soit pas la règle.

Références bibliographiques

1. Loi n° 98 349 du 11 mai 1998 portant modification de l'ordonnance du 2 novembre 1945. *Journal Officiel* 12 mai 1998 : 7072.
2. Savignoni A, Lot F, Pillonel J, Laporte A. Situation du sida de la population étrangère domiciliée en France. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 1999 : 16 p.
3. Vandendriessche C. Le droit public face à l'insertion familiale. In : *Le droit de la famille à l'épreuve des migrations transnationales*. Avant-propos de F. Dekeuwer-Defossez. Paris : LGDJ, 1993 : 51-81.
4. Weil P. *Pour une politique de l'immigration juste et efficace*. Rapport au Premier Ministre, juillet 1997 : 128 pages et annexes.

La « masculinité » dans le contexte de la « galère » : le cas de garçons français maghrébins face aux risques d'infection par le VIH

Christelle HAMEL¹

Résumé

Les garçons français de parents maghrébins subissent de fortes discriminations raciales qui placent les moins qualifiés d'entre eux dans une situation de précarité durable, les empêchent de trouver un travail et de fonder une famille. Ils ne peuvent alors s'inscrire dans la lignée agnatique et ainsi affirmer leur honneur et leur « masculinité », comme le désirent leurs parents. Cette situation induit un repli sur le groupe de copains, qui se construit dans un processus de « ségrégation réciproque » avec la société globale. Le groupe, qui se compose aussi de « Français » en situation de précarité, devient alors leur seul espace de reconnaissance et d'existence sociale. Dans ce contexte, leur sexualité se trouve régie par les valeurs du groupe ainsi que par leur volonté d'affirmer leur « masculinité » et leur virilité aux yeux de leurs pairs, ce qui conduit parfois certains vers le viol collectif. Paraître un homme viril constitue un tel impératif qu'il fait obstacle à l'utilisation du préservatif et induit une gestion aléatoire des risques de transmission sexuelle du VIH.

Mots clés : genre, masculinité, sexualité, viol collectif, VIH, racisme, maghrébins, honneur.

Interculturalité, sexualité et VIH

Le présent article est issu d'un travail de recherche sur la sexualité et la gestion des risques d'infection par le VIH auprès de jeunes Français nés de parents maghrébins résidant en France, âgés de 18 à 25 ans². Soixante-dix entretiens ont été réalisés avec des garçons et des filles, étudiants, salariés ou en situation de précarité, entre 1996 et 2000.

Intégrer un article consacré à ces jeunes dans les actes d'un colloque sur l'immigration et le sida peut surprendre, car précisément ils ne sont pas des immigrés mais des Français. De la même façon, mener une étude sur la gestion des risques d'infection par le VIH auprès de ces jeunes en particulier peut sembler révélateur de présupposés racistes ou culturalistes chez le chercheur. Les interviewés ont d'ailleurs très fréquemment émis des réserves ou manifesté leur interrogation lorsque nous leur avons proposé de participer à l'enquête. Nous leur

¹ Doctorante en Anthropologie sociale et culturelle, EHESS, Paris, France.

² Nous remercions l'ANRS d'avoir soutenu cette enquête.

avons alors systématiquement expliqué que si l'appartenance culturelle nous paraissait importante pour éclairer les logiques de protection ou de non protection, elle ne pouvait constituer à elle seule un cadre d'analyse suffisant : il importe en effet de tenir compte des rapports sociaux dans lesquels les individus sont inscrits, c'est-à-dire de s'interroger sur les conséquences éventuelles des discriminations et de la stigmatisation sur les logiques comportementales face au VIH, quand on s'attache à un groupe minoritaire, ce qui nous conduit à présenter la situation d'interculturalité que vivent les personnes rencontrées.

Les catégories « jeunes issus de l'immigration » ou « jeunes d'origine étrangère » s'appliquent, parmi les enfants d'étrangers, uniquement à ceux dont les parents viennent de pays anciennement colonisés. Ce phénomène d'assignation identitaire est l'expression d'un rapport de pouvoir entre un groupe dominant, la société française dans son ensemble, et un groupe dominé, les immigrés venus du Maghreb et leurs enfants nés en France (auxquels on refuse le statut de Français à part entière). Il convient donc de préciser les effets de ce rapport de domination sur les conditions d'existence de ces jeunes, sur le système de valeurs et de représentations qu'ils ont construit et adopté dans ce contexte, et enfin sur les implications quant à leur sexualité et à la gestion des risques d'infection par le VIH.

Cela étant posé, cet angle de recherche ne suppose pas l'occultation totale de la « culture d'origine » dans l'analyse des logiques comportementales, puisqu'il est entendu qu'un processus d'acculturation en situation migratoire n'est jamais désacculturation totale ou assimilation absolue, mais consiste en une appropriation d'éléments culturels externes savamment sélectionnés selon une logique interne, propre à la culture initiale, donnant lieu à une réinterprétation qui combine continuités et discontinuités culturelles, qu'il importe donc de repérer. Pour nous, le système de valeurs et de représentations auquel ces jeunes se réfèrent n'est donc pas seulement un syncrétisme culturel ayant sa logique propre : il est en grande partie informé par le rapport de domination que nous évoquions plus haut.

Cette situation de discrimination et de stigmatisation affecte diversement les garçons et les filles. M. Tribalat [13] constate, dans une enquête sur les immigrés et leurs enfants, qu'à niveau de diplôme équivalent, les jeunes garçons d'« origine algérienne »³, âgés de 20 à 29 ans, possédant un diplôme inférieur au baccalauréat (généralement un CAP ou un BEP), sont plus souvent au chômage que les « Français » : 39 % contre 10 %. Pour la même catégorie d'âge et à diplôme équivalent, 36 % des filles d'« origine algérienne » sont au chômage contre 20 % des « Françaises ». Si les discriminations touchent les filles comme les garçons, il s'avère que le plus fort taux de chômage des filles « françaises » par rapport aux garçons « français » (20 % contre 10 %) ne se retrouve pas chez les filles d'« origine algérienne » par rapport aux garçons d'« origine algérienne », et qu'il se produit même un renversement puisque les taux de chômage sont respectivement de 36 % et 39 %.

Pour les filles comme pour les garçons, les conséquences de la précarité sur la sexualité et la vie amoureuse se manifestent par un report de la mise en couple. Mais là encore, il faut différencier les filles et les garçons car le fait d'avoir un emploi se présente pour les garçons plus que pour les filles comme une condition de la mise en couple. Il apparaît également que la très forte discrimination des garçons contribue au maintien, voire au renforcement, du contrôle familial de la

³ Cette formulation est celle de l'auteur.

sexualité des filles, notamment au niveau du choix du conjoint et du nombre de leurs partenaires (cf. l'importance accordée à la virginité le jour du mariage). La même enquête révèle que si les unions mixtes (légales ou non) sont le fait de 50 % des jeunes garçons d'« origine algérienne », elles ne concernent que 24 % des filles. Certes, l'Islam interdit le mariage d'une musulmane avec un non musulman, mais cela ne fournit pas une explication suffisante à cet écart. Plusieurs des garçons interrogés nous ont affirmé qu'une fille maghrébine se mariant avec un « Français » était une « salope » parce qu'elle se « donnait », et les filles ont souvent affirmé que leurs parents raisonnaient en matière de mœurs en référence à des valeurs « dépassées », qui, selon elles, ont perdu de leur poids aujourd'hui au Maghreb. Les discriminations envers les garçons ne sont donc pas sans conséquences sur les filles. Ainsi, celles qui désirent échapper au contrôle familial de leur sexualité sont souvent contraintes de se résigner devant les risques de rupture relationnelle avec leurs parents, l'absence d'autonomie financière et les obstacles de la précarité.

En raison du contrôle social de leur sexualité, les filles ont un nombre de partenaires sexuels inférieur à celui des garçons et une sexualité plus tardive⁴, mais elles ne sont pas pour autant moins exposées aux risques d'infection par le VIH : certaines se sont révélées dans l'incapacité d'imposer un test de dépistage ou le port du préservatif à leur partenaire, notamment dans le cadre du mariage, alors qu'elles savaient que leur futur époux avait connu plusieurs rapports sexuels non protégés, et que, de leur côté, elles avaient respecté le principe de virginité. La gestion des risques d'infection dans le couple étant généralement apparue comme une prérogative masculine, la perception par le partenaire masculin des risques d'infection pour lui-même s'avère déterminante dans l'adoption ou non du port du préservatif. C'est pourquoi nous avons choisi pour cet article de ne considérer que cette perspective masculine.

Les étudiants et les salariés, pour leur part, fiers de la réussite sociale qui s'annoncent à eux, malgré les discriminations, ont manifesté la volonté de ne pas perdre la maîtrise de ce devenir prometteur. Au niveau des pratiques sexuelles, cela se traduit par une utilisation du préservatif présentée comme systématique, mis à part quelques écarts qu'ils entendent bien ne pas reproduire. À l'inverse, les garçons les plus en difficulté utilisent les préservatifs de manière beaucoup plus aléatoire, ce qui induit des prises de risque répétées pour eux-mêmes comme pour leurs partenaires. Nous nous attacherons spécifiquement aux logiques sous-jacentes aux comportements mis en œuvre par ces garçons.

Genre, jeunesse, sexualité

Indépendamment de la population étudiée, une recherche sur la sexualité et le VIH ne peut se situer en dehors d'une problématique sur le *genre*. En effet, les logiques sous-jacentes aux comportements de protection ou de non-protection face aux risques d'infection par le VIH sont inextricablement liées aux normes qui régissent la sexualité. Ces normes sont le reflet de la fonction sociale attribuée à la sexualité dans la construction et la différenciation des identités de genre. Or, cette construction des identités de genre n'est pas

⁴ Les auteurs de l'enquête *L'entrée dans la sexualité* [9] signalent qu'à l'âge de 18 ans 45,8 % des filles « originaires du Maghreb » ont pratiqué le coït, contre 79,1 % des garçons « originaires du Maghreb » et 70,3 % des filles « originaires de France métropolitaine ».

simple différenciation des sexes, elle est aussi, et en premier lieu, un processus de hiérarchisation des sexes [2]. Le travail, ou plus exactement la division sexuelle du travail, répond à cette même fonction. Ainsi, travail, sexualité et hiérarchisation des sexes sont intimement liés par et dans ce processus de construction des identités de genre. Par la suite, ils constituent ensemble un cadre d'analyse pertinent pour les études sur les comportements face au VIH.

L'intériorisation de ces identités de genre est le fruit d'un long processus de socialisation, généralement considéré comme achevé lorsque l'individu a acquis le statut d'« adulte ». Dans la société française, celui-ci est étroitement associé à la possession d'un emploi (surtout pour les garçons), à la formation d'une union durable et à la fondation d'une famille. Or l'acquisition de ce statut se réalise aujourd'hui à un âge tardif si l'on se réfère aux années 1950 [5]. Résultant de l'accroissement du temps scolaire, la jeunesse fut d'abord définie dans les années 1960 comme la période de l'adolescence. Elle s'étend aujourd'hui, et cela depuis les années 1990, à la phase d'insertion professionnelle, devenue plus longue et plus incertaine, alors que la possession d'un emploi est pensée comme un préalable à la constitution d'une union. La jeunesse est donc une période d'attente caractérisée par une indétermination quant à l'emploi et aux projets familiaux. Elle se présente aussi comme une période d'expériences multiples (notamment en matière de sexualité) caractérisées par l'importance accordée aux relations amicales. Les soixante-dix garçons et filles interrogés pour cette enquête connaissent donc tous cette période faite d'indétermination.

Appliquée à la situation particulière des « jeunes garçons d'origine maghrébine » en difficulté, cette problématique du genre et de la jeunesse doit s'articuler à celle des mécanismes d'exclusion : dans ce contexte d'oppression, de stigmatisation lié au racisme, et d'incertitudes liées à la jeunesse, comment, à travers le travail et la sexualité, ces garçons se représentent-ils la « masculinité », la « féminité » et les rapports entre les sexes, et enfin, comment cela se traduit-il au niveau des pratiques et des logiques adoptées face aux risques d'infection par le VIH ?

Le genre : une question d'honneur

Pour répondre à ce questionnement, la notion d'*honneur* est un préambule incontournable car c'est à travers elle que sont définies la « masculinité » et la « féminité » en milieu maghrébin. L'honneur est avant tout le lignage agnatique, cet ensemble d'individus descendant d'un ancêtre commun en filiation patrilinéaire [8]. Le nom du père en est la matérialisation. Il convient donc de le perpétuer, ce qui suppose une descendance, masculine il va de soi, qui ne doit exister que dans le cadre du mariage, sans quoi la « considération » du lignage serait mise en cause. Par conséquent, l'honneur de la famille, comme celui des individus, hommes et femmes, repose en partie sur la sexualité des femmes : la virginité au jour du mariage et la fidélité de l'épouse sont requises - dans le cas inverse, elle se déshonorerait, déshonorerait son époux et leurs familles respectives. Parallèlement, être un « homme d'honneur », *i.e.* un homme complet, c'est être marié, avoir des enfants et subvenir à leurs besoins. Le célibat représente donc un déshonneur. C'est pourquoi le mariage des fils est particulièrement attendu.

Que deviennent alors ces valeurs pour ceux qui subissent le plus durement la stigmatisation, les discriminations et le chômage ?

L'expérience de la « galère » et le repli sur le groupe de copains

Parmi les garçons interrogés, onze vivent ou ont vécu l'expérience de la « galère » décrite par F. Dubet [3] comme le produit d'une situation faite de « désorganisation », d'« exclusion » et d'un profond sentiment de « rage » face à une situation de domination générale. Cette situation génère chez les individus trois types de logique comportementale : une logique de protection, que les individus recherchent soit dans le groupe de copains, soit dans une demande de prise en charge par les institutions ; une logique dite « des combines » où la délinquance répond à l'exclusion et au sentiment de rage ; une logique de violence sans objet s'exprimant dans une conduite globale violente sans autre adversaire clairement défini que les institutions ou la police. La « galère » et l'adoption de ces logiques comportementales ne sont pas spécifiques du vécu des enfants de parents maghrébins, mais ceux-ci sont particulièrement nombreux à en connaître l'expérience en raison des discriminations dont ils sont victimes. Dès lors, ces interviewés vivent leur période de jeunesse non plus seulement sur le mode de l'expérimentation comme les autres jeunes de leur âge, mais aussi et surtout comme une phase de relégation voire d'exclusion durable [5].

Ces garçons ont eu un parcours scolaire chaotique parfois stoppé par une peine de prison ou par une mesure disciplinaire d'exclusion. La plupart ont un CAP ou un BEP et deux ont un baccalauréat professionnel. Ces qualifications ne leur garantissent pas la sécurité de l'emploi et n'offrent comme perspective d'avenir que des métiers à leurs yeux dévalorisants, ne correspondant pas à leurs attentes en termes de rémunération. Ces métiers, que leurs pères ont exercés avant eux, symbolisent le travail pénible de l'immigré exploité. « Monter sa propre boîte » est alors envisagé pour échapper à l'exploitation, mais les tentatives sont peu nombreuses et rarement couronnées de succès du fait du manque de qualification. Aussi, face à l'expérience infructueuse des petits boulots et à la stigmatisation, leur sentiment de révolte, renforcé par l'absence de socialisation professionnelle, s'est mué, d'une part, en un rejet pur et simple du travail, d'autre part, en une « rage » profonde envers la société, les riches, les « puissants », l'État, la justice, la police, le système scolaire, les *media*, tout ce qui les opprime et les cantonne dans leur état de marginalité. On assiste alors à un processus de « ségrégation réciproque » entre ces jeunes et la société, qui rappelle ce qu'ont décrit P. Robert et P. Lascoumes [11] à propos des bandes d'adolescents des années 1960. Cette « double spirale ségrégationniste » produit une valorisation du groupe de pairs, l'*in-group*, et une dévalorisation de la société dans son ensemble, l'*out-group*. L'*in-group* est strictement monosexué, ce qui ne distingue pas significativement la sociabilité de ces garçons dans la « galère » de celle des autres jeunes, puisque la tendance à la non-mixité du réseau amical caractérise la sociabilité juvénile des garçons dans leur ensemble ([9], p. 82-116). Notons également que l'*in-group* comprend aussi des « Français » dans la « galère », car la précarité partagée induit une solidarité et une communauté de valeurs. En revanche, le cloisonnement qui caractérise le groupe de pairs semble distinguer les garçons en difficulté. Toute personne extérieure au groupe de copains est effectivement réifiée et associée à l'injustice sociale de la société globale, quand dans le même temps, les valeurs du groupe sont édifiées en une sorte de « justice justicière ». La délinquance est alors adoptée, autant par défaut que par bravade, en réponse à l'oppression et à la stigmatisation : elle devient

un acte honorable, un juste rééquilibrage entre les riches et les pauvres, mais aussi un moyen de ne pas perdre la face, de sauver son honneur et sa « masculinité », car elle permet de se donner les apparences de l'homme adulte en se procurant les attributs qui lui sont associés : argent, voiture, pouvoir de séduction... Il s'avère alors que ces garçons sont fortement influencés par les valeurs dominantes et qu'ils ne forment pas un groupe culturel isolé. Ils ont véritablement adopté ces valeurs, notamment celle qui associe la « masculinité » au pouvoir et à l'argent.

La ségrégation réciproque a pour effet de conférer aux copains une importance considérable dans la vie de chacun, dans la mesure où la place de l'individu dans le groupe devient l'unique préoccupation. Dépourvus de métier, de revenu, de logement indépendant, incapables de construire une famille, ces garçons ne bénéficient d'aucune reconnaissance sociale. Alors, le seul lieu d'existence sociale, voire de socialisation, se résume aux copains, considérés comme « des vrais frères », « des mecs sur qui on peut compter », auxquels on est lié par une « rage » commune contre le « système », par la pratique de la délinquance pensée comme une revanche et par des expériences multiples, vécues ensemble depuis le plus jeune âge dans un espace résidentiel commun et stigmatisé. Dès lors, la fidélité en amitié fait l'honneur d'un garçon : les « poucaves » (« balances ») sont fortement décriées. Le regard des copains devient le seul qui importe, et l'affirmation de sa « masculinité » et de son honneur au sein du groupe constitue un enjeu d'autant plus important que le statut d'homme adulte, responsable et autonome paraît inaccessible. Il faut alors savoir faire face, répondre à l'insulte, montrer qu'on n'a peur ni de donner des coups ni d'en recevoir pour ne pas passer pour un « bouffon », rester insensible à la misère des autres, être « sans pitié ». Ces valeurs sont formulées en terme d'honneur, mais elles sont bien plus celles de films américains mille fois visionnés, tels *Scarface* (1983), *Menace II Society* (1991), la trilogie *Le Parrain* (1971, 1975, 1990), que celles de leurs parents qui ne comprennent pas pourquoi leur fils ne cherche pas de travail. Ces films relatent soit la révolte des jeunes dans les ghettos noirs américains, soit la fulgurante ascension de migrants siciliens ou cubains, partis de rien, devenus les riches patrons de clans mafieux grâce à la vente de cocaïne. Leurs personnages principaux, hors-la-loi et meurtriers, certes, mais hommes d'honneur parce que respectueux des codes de la mafia, sont admirés, car ils résistent au racisme et gagnent, grâce à leurs activités délictueuses, leur place dans la société américaine sans jamais se soumettre au pouvoir des Blancs ni jamais entrer dans leur « système ». C'est en cela qu'ils sont de « vrais hommes » et que ces garçons rêvent de les imiter.

Alors que la possession d'un emploi se présente comme un élément constitutif de la « masculinité » dans la société française, la précarité cumulée à la stigmatisation et aux discriminations porte ainsi atteinte à l'identité de genre et à l'honneur de ces garçons. En retour, ils se sont construits un univers où le « nous » de la bande de copains s'oppose radicalement au « eux » des personnes extérieures (adultes, filles, garçons des autres quartiers). Dans ce contexte, comment les relations envers l'autre sexe participent-elles, notamment à travers la sexualité, à la construction et à la préservation de la « masculinité » ?

La sexualité dans le contexte de la « galère »

Le mariage et la paternité représentent un idéal, celui de s'inscrire dans la lignée agnatique et d'en assurer la descendance. De ce point de vue, ces garçons partagent les valeurs d'honneur de leurs parents : ils tiennent notamment à avoir des fils et énoncent leur attachement à la virginité de leur future épouse, ce qui nous semble les distinguer des « Français » également dans la « galère ». Mais plus ils s'enlisent dans la précarité, plus la perspective du mariage s'éloigne, ce qui accentue la mésestime de soi. Certains redoutent même que pour mettre un terme à leurs « bêtises » leurs parents ne préparent un mariage arrangé avec une jeune femme résidant au Maghreb, et deux d'entre eux se trouvent déjà dans cette configuration. Toutefois, leur résistance à ces mariages n'est pas franchement manifeste. S'ils s'opposent tous à l'idée d'un mariage forcé, certains, notamment les plus désespérés, voient dans les initiatives de leurs parents une solution aux difficultés qu'ils rencontrent pour établir une relation amoureuse durable. Cela étant, le mariage n'est pas encore tout à fait leur priorité, même si les plus âgés y pensent plus sérieusement et souvent avec inquiétude.

En attendant, la virginité (qui est associée à la notion d'honneur) constitue un critère à partir duquel ils catégorisent les filles : d'un côté, celles « qui se respectent » et qui se préservent pour leur mari, de l'autre les « tassepé » (pétasses) ou « lopsa » (salopes) « qui vont à droite à gauche ». Mais cette classification, par ailleurs fort courante, ne résulte pas seulement de la valorisation de la virginité : elle répond aussi à la mésestime de soi et au sentiment de ne pas être à la hauteur des exigences de l'honneur et de la « masculinité », puisque ces garçons partagent l'idée, d'ailleurs très largement répandue dans tous les milieux sociaux, d'une « masculinité » définie par un rapport de sujétion des femmes vis-à-vis des hommes [6]. Par conséquent, les filles qui déplacent les frontières de genre et contreviennent à ce rapport de sujétion accentuent le malaise ressenti. En effet, pour eux, une femme n'est pas censée vivre seule, subvenir seule à ses besoins, travailler, être indépendante et encore moins rechercher les plaisirs de la sexualité dans des relations variées. C'est pourquoi les relations avec les filles sont envahies par la nécessité de réaffirmer sa « masculinité ». Le regard des copains prend alors à nouveau une importance considérable, et ces garçons oscillent entre la fierté de multiplier les exploits sexuels et le désir de connaître une relation avec une fille « sérieuse ».

Établir une relation durable avec une fille « sérieuse » procure une certaine fierté. Cela montre qu'on dispose encore des moyens suffisants pour séduire, qu'on n'a pas à s'abaisser à aller voir les « putes », qu'on est aimé pour ce qu'on est, malgré les déboires de la « galère » et le manque d'argent. Seulement, la précarité, qui limite déjà l'éventail des partenaires accessibles, brise aussi ces relations. S'ajoutent le contrôle social exercé sur les filles maghrébines et le déséquilibre du *sex-ratio* dans les lycées professionnels qui empêchent les couples de se former ou de durer. On constate ainsi un fort décalage entre le discours des garçons sur l'abondance de leur sexualité, et les possibilités de constitution des couples, qu'il s'agisse des flirts de jeunesse ou de la recherche d'une future épouse.

C'est pourquoi les relations sexuelles se concrétisent plus souvent avec des filles françaises ou des filles maghrébines d'un autre quartier, généralement rencontrées en discothèque. L'objectif de ces rencontres est présenté comme purement sexuel. Si la partenaire accepte de « coucher », elle fait partie des « lopsa ».

Il est alors normal et permis de l'humilier : elle est incitée à pratiquer fellation et sodomie, activités jugées dégradantes pour une femme, qu'ils s'interdisent de demander à une copine « sérieuse » ou, ultérieurement, à leur future épouse, « par respect » à son égard. Globalement, le mépris envers les filles se traduit par la distinction opérée entre « niquer une meuf » et « faire l'amour » à sa femme ou à sa copine.

Dans ce contexte où la norme adoptée veut que la sexualité masculine soit impérativement abondante, alors que de nombreux obstacles s'y opposent, ces garçons sont soucieux de prouver leurs capacités viriles, de peur de passer pour des « mytho » (mythomanes) en racontant leurs exploits. L'importance du regard des copains et les relations « fraternelles » qui unissent ces garçons les conduisent alors vers des formes de sexualité collective : comme on fait « tourner un joint », on fait « tourner la meuf » avec laquelle l'un des membres du groupe est parvenu à sortir, comme en témoigne cet interviewé :

« Ben, à partir du moment où tu préfères tes potes à ta meuf, c'est normal ! En fait, c'est pas normal ! (rire gêné) Pour toi, c'est pas normal parce que t'es une meuf. Mais si tu préfères tes potes, tu peux... C'est comme des frères, quoi ! Tu te dis que t'as un frère, quoi ! Mais en vérité, il y a pas de... C'est pas vrai ! Mais quand t'es jeune, t'y crois ! Alors tu vas là-d'dans, hein ! Tu fais tourner tout c'que t'as ! »

La fille qui pensait passer un moment d'intimité avec son nouveau compagnon est *niée* dans sa personne, réduite à un *objet* de structuration du groupe de copains et violée sur l'autel de la fraternité, selon un scénario presque toujours identique : la fille suit son nouveau petit ami dans un appartement, une voiture ou une cave, et ensuite, les copains du garçon les rejoignent, appliquant ainsi le code, tacitement partagé par les comparses et parfois très explicitement préétabli, qui consiste à « faire tourner les meufs ». La sexualité étant également pensée comme un moyen de se mesurer les uns aux autres, cette pratique, logiquement appelée « tournante », permet de distinguer les plus performants, puisque le prestige acquis n'est pas le même pour tous : celui qui « ramène la meuf », puis la « fait tourner », après l'avoir « quenne » (« niquée »), acquiert une supériorité sur les autres, quand ces derniers n'ont fait que bénéficier de sa performance ou la constater.

Les « tournantes » sont perçues comme un amusement entre « potes », présenté par les plus âgés comme un fait normal dans le parcours de jeunesse d'un garçon. Mais ils estiment que sa perpétuation au-delà d'un certain âge relève de l'immaturité d'abord, de la déviance ensuite. « Faire tourner les meufs » n'est acceptable que dans le cadre d'une sexualité juvénile où l'on a le droit de faire des « bêtises » et où ces « bêtises » sont même un passage obligé pour affirmer sa « masculinité » : au sein du groupe de copains ségrégué, transgresser l'interdit devient un mode d'affirmation de sa « masculinité », dans la délinquance comme dans la sexualité, l'essentiel étant de ne pas se faire prendre. Passé le temps de la jeunesse, celui de la conscience et de la raison, c'est-à-dire du mariage, doit tout de même s'imposer. La virginité de l'épouse étant recherchée, les « tournantes » viennent aussi sanctionner les filles qui ne se préservent pas pour leur mari et qui, ce faisant, contreviennent à l'ordre de supériorité/infériorité entre les hommes et les femmes. Le viol collectif par de jeunes hommes a donc une fonction de contrôle social sur la sexualité de toutes les filles, et de reproduction de la hiérarchisation des sexes.

La pratique des « tournantes » a été mentionnée par cinq garçons. L'un a ouvertement affirmé y avoir participé. Un second a commis un viol en présence de ses copains qui ne s'y sont pas associés. Un troisième et un quatrième signalent un cas où la fille était « consentante ». Un cinquième, lorsqu'il était encore collégien, a demandé à ses copains de harceler une fille nouvellement venue dans leur établissement. Il a ensuite feint de s'interposer et s'est présenté en sauveur dans le but de séduire la demoiselle, ce qui s'est effectivement produit. Ses amis, quant à eux, avaient accepté de se prêter à ce « complot » parce qu'ils avaient préalablement conclu avec le garçon initiateur du stratagème qu'ils pourraient « croquer » à leur tour le moment venu.

Il serait absurde de vouloir tirer de ces exemples quelque conclusion statistique que ce soit, et les garçons dans la « galère » ne sont bien évidemment pas tous des violeurs. Néanmoins, nous avons été frappés par la prégnance dans les esprits de cette règle de partage entre copains d'une partenaire choisie à cet effet - partenaire qui n'est pas la copine « sérieuse », mais une « meuf toute simple ». Pour ces garçons, « faire tourner une meuf » consiste avant tout à « faire croquer à ses potes », or nous avons vu combien était forte la pression exercée par le groupe de pairs. Le modèle du viol collectif se présente comme un script sexuel largement partagé qui structure leurs représentations de la sexualité masculine et, parfois mais rarement, leurs pratiques. Globalement, il sous-tend leur conception de la « masculinité ». C'est pour cette raison que nous avons choisi d'accorder une large place à l'analyse des « tournantes » : elles sont révélatrices d'un mode de pensée et traduisent combien la sexualité juvénile masculine est influencée par le groupe de pairs. Toutefois, elles ne sont pas quantitativement la pratique dominante, car ces garçons ont surtout des relations individuelles de courte durée, avec des filles qu'ils se plaisent ensuite à présenter comme des « salopes » lorsqu'ils racontent le déroulement et les détails de leur histoire. Quant aux relations « sérieuses », plus rares, elles sont le lieu d'un échange affectif privilégié tenu à l'écart du groupe de pairs.

Enfin, les viols collectifs ne constituent pas un phénomène nouveau, ni un phénomène spécifique des jeunes garçons d'origine maghrébine défavorisés. Si le discours commun présente le violeur comme un homme frustré, socialement et sexuellement, l'enquête Enveff ([7], p. 28) révèle que les agresseurs appartiennent à toutes les catégories socio-professionnelles et que « *l'hypothèse parfois avancée d'une plus grande fréquence des violences sexuelles familiales dans les groupes sociaux défavorisés n'est [...] pas vérifiée* ». De plus, les violeurs eux-mêmes ne se perçoivent pas comme des hommes frustrés sexuellement ([14], p. 63-74). Le discours commun se conjugue aussi parfois aux stéréotypes racistes et assimile les immigrés à des violeurs, ce qu'infirmement les statistiques du ministère de la Justice qui, pour l'année 1996, indiquent que 91 % des personnes condamnées pour viol sont de nationalité française et 9 % de nationalité étrangère ([1], p. 17). Plus récemment, avec la médiatisation du phénomène des « tournantes », ce sont les « jeunes des banlieues » que l'on désigne, ce qui contribue à masquer les viols commis par les jeunes des milieux aisés et par les hommes adultes « intégrés » et mariés, sur leurs enfants ou leur épouse. En effet, selon l'enquête Enveff ([7], p. 26), 47 % des femmes violées l'ont été par leur conjoint ou ex-conjoint, alors que la présence simultanée de plusieurs agresseurs ne concerne que 6 % des femmes ayant subi des rapports forcés. Ces précisions statistiques, sans rien enlever à la gravité des faits, permettent de relativiser l'ampleur du phénomène des « tournantes ».

D'autres enquêtes ont été spécifiquement consacrées aux viols collectifs. Les travaux sur les bandes d'adolescents des années 1960 en France mentionnent ainsi des faits similaires, et précisent que si ces bandes sont majoritairement composées de jeunes défavorisés, elles regroupent parfois aussi des jeunes plus aisés [12]. Pareillement, les études consacrées aux viols collectifs perpétrés par de jeunes hommes appartenant à des confréries étudiantes sur les campus universitaires américains [10] révèlent que le viol collectif ne concerne pas seulement des jeunes stigmatisés et discriminés. En revanche, il apparaît dans ces divers cas qu'il s'agit de groupes non mixtes, fortement cloisonnés, homogènes quant à la situation économique et sociale, dont les membres se sentent unis par des liens de fraternité et partagent une image particulièrement dévalorisante des femmes - celles-ci devant rester soumises aux hommes. Autant de critères qui n'ont plus aucun rapport avec l'appartenance culturelle des personnes que nous avons rencontrées. Pour le cas présenté ici, l'effet produit par les discriminations et la stigmatisation se situe donc au niveau du processus de « ségrégation réciproque », dont émerge un groupe de copains fortement cloisonné, alors que dans le cas des jeunes américains, ce cloisonnement résulte de l'appartenance à une confrérie estudiantine. Les discriminations ne fournissent donc pas à elles seules une explication à ces viols collectifs.

L'on peut finalement constater que la double injonction à laquelle les garçons sont soumis pour devenir des « hommes véritables » - multiplier les partenaires dans un but purement sexuel et trouver une fille susceptible de devenir leur épouse - est, dans le cas de ces jeunes, contrariée par la précarité. Parce qu'ils sont ségrégués, leur sexualité se trouve régie par le souci de paraître des hommes virils au sein du groupe. Encouragés par une logique qui réifie toute personne extérieure, ils affirment alors leur « masculinité » par le biais de la sexualité, dont la dimension collective s'illustre parfois dans ces viols.

Dès lors, comment ces conditions de vie, ces représentations de l'autre sexe et cet enjeu d'affirmation de leur « masculinité » interviennent-ils dans leurs comportements face aux risques d'infection par le VIH ?

La gestion des risques d'infection par le VIH

Tout d'abord, ces garçons se caractérisent par une connaissance incertaine des modes de transmission du VIH. La plupart ont une très mauvaise maîtrise du français et éprouvent des difficultés à s'exprimer autrement qu'en argot des cités : ils ignorent le sens de termes comme « séropositif », « contraception », « se masturber » ou « éjaculer », dont les équivalents, pour les deux derniers, sont « se lébran » (se branler) et « spermer » ou « cracher ». Pour désigner le sida, ils emploient le mot « dass ». Les messages de prévention utilisant un vocabulaire médical ou courant ne sont pas toujours compris avec exactitude. De même, la différence entre la séropositivité et le sida déclaré n'est pas évidente pour tous et plusieurs d'entre eux pensent qu'une personne infectée par le VIH est très visiblement malade.

De plus, les vecteurs de la prévention, l'école et la télévision, suscitent méfiance et rejet - l'une et l'autre sont à l'origine de la marginalisation et de la stigmatisation - ce qui empêche la réception des messages. La télévision étant perçue comme le relais du discours des « puissants », les messages de prévention leur apparaissent comme une manipulation organisée par ces « puissants » : ils

visent à « faire peur aux gens pour qu'ils se révoltent pas, pour qu'ils se disent qu'il y a plus malheureux qu'eux et qu'ils restent tranquilles ». Tenir compte de ces messages reviendrait à se soumettre aux rapports de domination qui prévalent entre les riches et les pauvres. Il est alors de bon ton d'affirmer qu'on est « intouchable » et qu'on n'a pas « peur ». Mesurer la part de provocation dans ces propos reste difficile, mais ils sont l'expression d'une volonté de résistance à la domination, et de la norme selon laquelle un garçon ne doit pas avoir peur de mettre en jeu son intégrité corporelle. De plus, la précarité et la délinquance impliquent déjà tellement de risques quotidiens [4] que le risque sida devient secondaire et lointain. Enfin, le respect dû aux parents et la pudeur qui entoure la sexualité interdisent, dans les familles maghrébines, de regarder des émissions sur la sexualité et le VIH, ou des films présentant des scènes amoureuses, quand parents et enfants sont présents ensemble - entre pairs, le visionnage de films pornographiques est en revanche courant.

L'entretien a donc été l'occasion pour les deux bacheliers maintenant sortis de la « galère » de s'informer en me posant des questions et, dans une certaine mesure, de trouver une confirmation à ce qu'ils savaient déjà : « Est-ce qu'on peut avoir le sida en embrassant une fille ? » ; « Est-ce qu'on peut être contaminé lorsqu'une fille fait une fellation à un mec ? » ; « Si on a des rapports sans préservatif, est-ce qu'on peut attraper le sida ? » ; « Si on a le sida, c'est quoi les symptômes ? » ; « Est-ce que si on couche avec quelqu'un qui a le sida, on l'attrape systématiquement ? ». Un autre garçon, qui se vante d'être toujours celui qui « ramène les meufs », a déclaré utiliser de l'huile d'olive en guise de lubrifiant, et mettre deux préservatifs pour « être plus sûr ». Se présentant comme un expert en matière de sexualité, il a refusé de croire que, ce faisant, il accentuait les risques de déchirer le préservatif.

Au-delà de l'imprécision de leurs connaissances, qui ne peut qu'induire des pratiques à risque, le sida lui-même est associé à certaines catégories de personnes et, compte tenu de leur souci d'affirmer leur « masculinité », il n'est pas surprenant qu'il s'agisse d'individus qui, aux yeux de ces garçons, ne se conforment pas aux catégories de genre :

*« La France, c'est le pays d'Europe où ça se développe le plus. Tant qu'il y aura des **pédés** et des **toxicos** qui s'piquent, ben ça sera la galère totale ! Faut qu'il reste encore des **hommes**, y'en n'a plus trop, hein ! »*

Les « toxicos » et les « pédés » ne sont donc pas des hommes accomplis et leur existence menace même les « vrais hommes » qui semblent voués à disparaître. Plus encore, ces hommes incomplets déstabilisent la société tout entière : elle risque de se transformer en « galère totale », de sombrer dans le chaos. L'épidémie de sida en apporte la preuve.

Ces hommes défaillants ne sont pas les seuls responsables désignés de l'épidémie de sida. La femme fatale, cette femme libertine, est accusée (notamment par les garçons les plus abattus et les plus marqués par la mésestime de soi) d'être à l'origine de la propagation de la maladie :

« Il y a eu une histoire, il y a pas longtemps, une fille qui couchait et qui se barrait le matin très tôt, et qui écrivait au rouge à lèvres sur le miroir : "Bienvenue au club du sida !" C'est une bonne femme qui traînait sur la région parisienne. Elle traînait dans les boîtes, partout, donc elle se laissait draguer facilement, elle couchait facilement.

J'imagine, j'me réveille le matin : "AAAH !!!" Et c'est arrivé aussi aux États-Unis, il y a deux ou trois ans, la même chose. Une femme qui couchait avec le premier venu... n'importe qui, elle allait chercher : "Viens, on va là-bas..." Et au bout de 365 - elle les a comptés, j'crois - elle a été dans un confessionnal, elle a parlé avec un prêtre, elle lui a tout raconté et le prêtre, en fait, il a prévenu les flics. »

Un autre garçon raconte l'histoire suivante :

« Parce que le sida, c'est une arme. On peut tuer des gens avec ça ! Une femme qu'est belle, elle se sape bien, elle fait des dégâts ! T'envoies dix femmes dans un pays, c'est bon, le pays est mort ! Regarde en Algérie, en Yougoslavie ! Une femme qu'est belle, qu'a un bon milieu social, aisée et tout, elle est un peu discrète, elle sait qu'elle a le sida, elle utilise ça comme une arme, elle est redoutable. Elle finira par se faire prendre parce que partout où elle passe, les mecs... Mais si elle est intelligente, elle fait d'elle une arme ! »

Ces femmes, belles, riches, intelligentes, séduisantes et séductrices, ou encore dépravées, sont perçues comme des tueuses d'hommes. Néanmoins, leur dangerosité finit toujours par être stoppée grâce à une solidarité masculine spontanée et salutaire qui permet de rétablir l'ordre social. L'on peut comparer ces légendes urbaines aux mythes fondateurs des sociétés lointaines, car elles nous livrent ce que doit être l'ordre des rapports entre hommes et femmes. Elles disent combien la sexualité féminine, laissée au libre-arbitre des femmes, représente un danger pour la société, c'est-à-dire pour les hommes - danger incarné par l'épidémie de sida que seuls la solidarité masculine et un contrôle collectif masculin de la sexualité des femmes peuvent enrayer.

Au-delà de ces femmes fatales, ce sont les filles qui ne préservent pas leur virginité qui sont portées responsables de la propagation du VIH. Le sida et les risques d'infection, parce qu'ils font entrer l'angoisse de la mort dans la sexualité, cristallisent les peurs qui lui préexistaient, en l'occurrence les angoisses liées à une « masculinité » peu assurée, voire défaillante, si bien que les risques d'infection ne sont pas associés au fait de ne pas se protéger, mais aux filles qui se soustraient au contrôle des hommes en transgressant le principe de virginité. L'épidémie de sida fournit alors l'occasion de légitimer et de réaffirmer la nécessité de normes strictes régissant la sexualité des femmes et les rapports entre les sexes.

Il s'ensuit que les comportements de protection de ces garçons varient selon leur partenaire. Avec leur copine « sérieuse », ils n'utilisent pas de préservatifs parce qu'ils lui font « confiance », parce qu'elle les « aime » et qu'elle ne représente pas cette femme fatale dont il faut se méfier. De plus, la contraception est pour eux une question strictement féminine, si bien qu'ils ne s'en soucient pas. L'absence de vocabulaire argotique équivalent à « contraception » révèle d'ailleurs que les risques de grossesse ne s'inscrivent pas dans leur univers de préoccupation. Ainsi, est-il arrivé quelques mésaventures à quatre d'entre eux puisque leur copine est tombée enceinte. Si deux ont fait preuve d'une véritable présence, notamment en payant les frais d'avortement, un troisième a pris la fuite en laissant sa petite amie se débrouiller toute seule ; nous ignorons la réaction exacte du quatrième. Toujours est-il que, dans ces deux derniers cas, un enfant est né, mettant fin à leur relation. Ces « accidents » ont ensuite déclenché une prise de conscience induisant une utilisation systématique du préservatif, mais celle-ci répond aux risques de grossesse, non aux risques d'infection.

Vis-à-vis des partenaires occasionnelles, la méfiance est plus grande, car elles sont perçues comme des « filles sales », si bien que l'utilisation du préservatif semble aller de soi. Mais au cours des soirées en discothèque où il importe avant tout de faire preuve de ses capacités viriles, la consommation d'alcool et de haschich aidant, la mise en œuvre de cette protection se révèle aléatoire. Que le garçon se trouve dans le cadre assez rare d'une « tournante » ou dans celui beaucoup plus fréquent d'une relation individuelle, la peur de passer pour un « puceau » auprès des copains domine : comme le préservatif risque de faire obstacle à la performance, certains préfèrent l'éviter. Outre qu'il diminue le plaisir, il est aussi perçu comme une contrainte qui réduit la « liberté », et donc la « masculinité », puisqu'un garçon se doit d'être libre et indépendant. Autant de facteurs qui font du port du préservatif une préoccupation lointaine, en contradiction avec l'affirmation de la « masculinité », dans un contexte où la sexualité n'est pas si abondante qu'on veut bien le dire. Notons qu'à aucun moment ils ne pensent aux risques d'infection qu'ils font courir à leur partenaire, ni à la possibilité de se contaminer les uns les autres dans le cadre d'une « tournante ». De plus, la « galère » engendre chez certains des comportements dépressifs, parfois suicidaires, qui favorisent les prises de risque. À l'inverse, mais en toute logique, le garçon qui déclare être toujours celui qui « ramène les meufs » adopte une protection systématique : sa sexualité est plus abondante que celle des autres, il semble plus expérimenté, moins soucieux de se ridiculiser, et son mépris pour les filles est tel que la méfiance est devenue pour lui une règle absolue.

En ce qui concerne leur sérologie, ces garçons manifestent peu d'attention. Le sida étant associé, d'un côté, à la mort, de l'autre, aux hommes « défailants » et à la honte, ils préfèrent rester dans l'ignorance, alors qu'ils savent pertinemment qu'ils ont pris des risques. Toutefois, il faut là encore distinguer les plus actifs : quand l'huile d'olive aidant, le préservatif s'est déchiré ou a « glissé », ils ont pratiqué un test de dépistage ou obligé leur partenaire à en faire un et se sont montrés furieux à son égard, mus par le sentiment de s'être « fait avoir par une meuf ».

Finalement, la situation de dominé, socialement et économiquement, induit un rejet du discours préventif, une projection des risques d'infection sur les figures fantasmées de la femme fatale et de la fille « salope », et un renforcement de l'influence du groupe de pairs, ce qui favorise les pratiques à risque chez ceux qui sont les moins expérimentés et les plus déstabilisés dans leur masculinité.

Quelle prévention ?

Dans le contexte de la « galère », la préservation de sa santé devient secondaire face à la nécessité d'affirmer sa « masculinité ». Cette priorité démontre que la précarité ne détermine pas en soi les pratiques à risque ; c'est en ce qu'elle place ces garçons dans l'impossibilité d'incarner le modèle de l'homme dominant qu'elle devient un facteur de risque, car en dépit de leurs connaissances incertaines, ils savent tous que le préservatif protège du sida, de sorte que leur méconnaissance ne peut être considérée comme un élément explicatif suffisant. Ce n'est donc pas seulement en tâchant de mieux informer que la prévention deviendra efficace auprès de ces garçons. Les conditions de cette efficacité sont ailleurs : dans une politique d'amélioration de leurs conditions matérielles d'existence bien sûr, dans une politique de lutte contre les discriminations évidemment,

mais surtout dans une politique globale de mise en cause de la différenciation et de la hiérarchisation des sexes, c'est-à-dire de la domination masculine. Il semble effectivement urgent de mettre en place des campagnes de prévention des violences sexuelles et d'intégrer une réflexion sur les liens entre la sexualité et les identités de genre dans les actions de prévention de l'épidémie de sida.

Références bibliographiques

1. Collectif féministe contre le viol. Paris : Viols femmes informations, 1998 : 92 p.
2. Delphy C. Penser le genre : quels problèmes ? In : Hurtig MC *et al.*, eds. *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*. Paris : CNRS, 1991 : 282 p.
3. Dubet F. *La galère : jeunes en survie*. Paris : Fayard, 1987 : 488 p.
4. Esterle-Hediberl M. La bande, le risque et l'accident. Paris : L'Harmattan, 1997 : 260 p.
5. Galland O. *Les jeunes* (1^{re} éd. 1984). Paris : La Découverte, 1999 : 122 p.
6. Hamel C. Le mélange des genres : une question d'honneur. Étude des rapports sociaux de sexe chez de jeunes maghrébins de France. *AWAL* 1999 ; 19 : 19-32.
7. Jaspard M, Brown E, Condon S *et al.* *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*. Conférence de presse du 4 octobre 2001, dossier inédit, 2001 : 30 p.
8. Jamous R. *Honneur et baraka. Les structures sociales traditionnelles dans le Rif*. Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1981 : 294 p.
9. Lagrange H, Lhomond B. *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, 1997 : 432 p.
10. Rhoads RA. Whales tales, dog piles, and beer goggles : an ethnographic case study of fraternity life. *Anthropology and Education Quaterly* 1995 ; 26 (3) : 306-23.
11. Robert P, Lascoumes P. *Les bandes d'adolescents. Une théorie de la ségrégation* (1^{re} éd. 1966). Paris : Éditions Ouvrières, 1974 : 446 p.
12. Robert P, Lambert T, Faugeron C. *Image du viol collectif et reconstruction d'objet*. Paris : Masson, 1976 : 180 p.
13. Tribalat M. *Faire France, une enquête sur les immigrés et leurs enfants*. Paris : La Découverte, 1995 : 232 p.
14. Welzer-Lang D. *Le viol au masculin*. Paris : L'Harmattan, 1988 : 254 p.

Les migrants guadeloupéens en Ile-de-France

Gestion du risque de contamination et vécu de la séropositivité : un retour nécessaire aux sources de la formation sociale guadeloupéenne

Dolorès POURETTE¹

Résumé

Une recherche anthropologique menée en Ile-de-France auprès de migrants guadeloupéens, séronégatifs et séropositifs, a mis en évidence que les perceptions du sida et des risques, de même que les attitudes face à la menace d'une contamination, ne peuvent être appréhendées qu'en référence à l'histoire sociale de la région d'origine et au contexte dans lequel le sida y a fait son apparition. Ces données fondamentales, imbriquées aux parcours individuels des migrants sont à l'origine d'un certain nombre de prises de risques et de contaminations, et président au vécu de la séropositivité et aux itinéraires de soins. La crainte de l'exclusion (de la part des membres de la région d'origine et de ceux de la société d'accueil) et la nécessité de maintenir son état dans le secret dictent les recours thérapeutiques et le vécu avec le virus.

Mots clés : migrants guadeloupéens, sida, histoire sociale, Guadeloupe, perception des risques, gestion du secret.

La Guadeloupe est l'un des départements français où l'épidémie de sida sévit avec le plus de gravité. En France métropolitaine, la situation épidémiologique des migrants guadeloupéens est d'appréhension difficile en raison de leur statut français et de leur invisibilité en tant que groupe spécifique. Une recherche anthropologique portant sur la population d'origine guadeloupéenne résidant en Ile-de-France² montre que la perception et la gestion des risques de la transmission sexuelle du VIH relèvent avant tout de la manière dont le sida est appréhendé dans l'île de départ. Les comportements face au sida dans la migration ne peuvent être considérés qu'en interrogeant le contexte historique et social

¹ Doctorante, École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris), associée au Laboratoire d'Anthropologie Sociale, 52, rue du Cardinal Lemoine, 75005 Paris, France.

² Cette recherche doctorale a reçu un financement de l'ANRS et vise à saisir, à partir de l'analyse des représentations du corps et de l'altérité, de la sexualité et des relations entre les sexes, les mécanismes qui sous-tendent la perception et la gestion des risques de la contamination par le VIH [17].

dans lequel le virus a fait son apparition dans la région d'émigration, la manière dont il y est perçu ainsi que la façon dont ces différents éléments s'articulent aux parcours individuels, personnels, familiaux et migratoires des migrants. L'analyse des itinéraires de patients séropositifs souligne en outre que les stratégies de soins sont dictées par la nécessité de dissimuler sa contamination, aux membres de la société d'accueil comme aux « compatriotes », dans un souci d'acceptation sociale.

Méthodologie

Les réflexions qui suivent sont issues d'une recherche qualitative menée auprès d'une soixantaine d'hommes et de femmes d'origine guadeloupéenne âgés de 19 à 57 ans. La plupart d'entre eux sont nés en Guadeloupe, mais l'échantillon compte onze personnes nées en métropole dont les parents sont guadeloupéens³ [17]. Tous résident en Ile-de-France. L'enquête comporte deux volets. Le premier volet porte sur la population « générale », le second concerne des individus séropositifs. Le recrutement en population générale s'est effectué selon la méthode dite de la « boule de neige », à partir de plusieurs réseaux de connaissances. Des entretiens semi-directifs approfondis ont été menés avec l'ensemble des individus. Ils abordaient notamment le parcours familial, migratoire, personnel et professionnel de l'individu, sa biographie affective et sexuelle (éducation sexuelle, premiers rapports, place de la sexualité dans une histoire d'amour ; relations affectives, conception du couple, enfants...), sa perception du sida (connaissance du virus, des modes de transmission et des moyens de prévention ; fait de se sentir concerné ou non par le virus ; fait d'en parler ; recours à une protection ; impact de l'existence du virus sur la vie sexuelle et sentimentale, sur les pratiques et les partenaires sexuels...).

Des discussions informelles et des observations menées dans des espaces privés et des lieux de sociabilité antillaise (soirées, discothèques) nourrissent également cette recherche.

Par ailleurs, des entretiens anonymes auprès de treize patients séropositifs d'origine guadeloupéenne (neuf hommes et quatre femmes) ont été réalisés au sein de cinq centres hospitaliers. Les entretiens portaient sur la découverte de la séropositivité (moment, circonstances, réactions) ; le mode de contamination supposé ; la perception du risque et la mise en œuvre de mesures préventives avant l'annonce ; l'impact de la séropositivité sur la vie quotidienne, familiale, affective et sexuelle ; les relations avec la personne supposée être à l'origine de la contamination⁴ ; les réactions de la famille et de l'entourage ; le vécu avec le virus ; le parcours familial, personnel, professionnel et migratoire.

Des migrants « paradoxaux »

L'émigration antillaise vers la France métropolitaine débute dans les années cinquante pour s'intensifier une décennie plus tard. Alors en phase d'expansion économique, la métropole est disposée à accueillir les migrants antillais qui connaissent dans leurs départements une période de dépression économique

³ Cinq d'entre elles ont vécu de manière alternative en métropole et en Guadeloupe.

⁴ Dans le cas d'une transmission par voie sexuelle.

et une forte pression démographique. Initialement spontanée, l'émigration antillaise est contrôlée et organisée par l'État dès la création du BUMIDOM (Bureau pour le développement des Migrations intéressant les Départements d'Outre-Mer) en 1963. En 1968, on estime à 26 344 le nombre de personnes nées à la Guadeloupe résidant en France métropolitaine, ce nombre s'élève à 87 024 en 1982 et à 101 934 en 1990 [15]. Les migrants sont des hommes et des femmes relativement jeunes et peu qualifiés. Après la suppression du BUMIDOM en 1982, l'émigration en provenance des Antilles se ralentit et se diversifie. Elle concerne de plus en plus de jeunes gens qui émigrent afin de poursuivre leurs études et les migrants les plus récents sont plus qualifiés [15]. La jeunesse des effectifs et l'implantation durable des familles ont conduit à la reproduction de la population antillaise sur le sol métropolitain. En mars 1990, les originaires des Antilles⁵ comptent 347 000 personnes. Ces données sont significatives lorsqu'on les compare à la population totale de la Guadeloupe (387 034 personnes) à la même date [15].

Les analyses des faits migratoires ne prennent généralement pas en compte les mouvements de populations en provenance des départements français d'outre-mer vers la France métropolitaine. Certes, les individus originaires de ces départements ne sont pas des « immigrés » dans la mesure où ils sont nés en France et où ils ont la nationalité française, mais ils partagent avec d'autres migrants bien des aspects de leur expérience migratoire.

Une première similitude concerne l'aspect économique qui joue un rôle fondamental dans la plupart des migrations. La majorité des migrants sont des « migrants de travail », et si les modalités d'accès au marché de l'emploi et les types d'emplois occupés diffèrent, les Antillais rejoignent les autres populations immigrées au bas de la hiérarchie sociale, dans des emplois peu qualifiés, peu valorisés et peu rémunérés [1, 18].

Une seconde similarité renvoie au déracinement - géographique, social, culturel... - auquel tout migrant est confronté lors de la migration. Par de nombreux aspects, géographiques⁶, socio-historiques⁷ [3], économiques⁸, le monde antillais se distingue radicalement de l'univers métropolitain.

Une troisième caractéristique commune aux populations antillaises et aux populations d'origine étrangère en situation de migration est le projet de retour qui anime ces deux types de migrants, souvent remis en question par la constitution d'une « deuxième génération », voire d'une « troisième génération » dans le pays ou la région d'accueil.

⁵ L'expression « originaires des Antilles » désigne les personnes nées dans les Antilles françaises et leurs enfants, quel que soit leur lieu de naissance.

⁶ Je précise que la Guadeloupe est une île des Petites Antilles, située à 7 000 kilomètres environ de la métropole.

⁷ L'histoire de la Guadeloupe se confond avec celle de la colonisation française et de l'esclavage. Dès le début de la traite négrière, il s'est instauré un ordre socio-racial hiérarchisé - qui perdure de nos jours - avec à sa base la population de couleur et à son sommet la population blanche, le statut social des individus se confondant avec leur appartenance raciale [3].

⁸ L'économie de plantation - basée sur la culture de la canne à sucre et sur l'exploitation d'une main-d'œuvre servile au bénéfice de la métropole - marque profondément les structures économiques guadeloupéennes. Aujourd'hui, la situation de l'économie locale est désastreuse. Un taux de chômage près de trois fois supérieur à la moyenne nationale ainsi que l'existence d'un secteur économique informel témoignent des disparités entre la situation métropolitaine et la situation guadeloupéenne.

Enfin, au même titre que toute population de couleur, les ressortissants de la Guadeloupe subissent une discrimination raciale qui s'exprime dans l'accès à l'emploi et au logement [9], qui sous-tend les rapports entretenus avec la population métropolitaine et rend difficile l'intégration à la métropole.

Comparés aux autres migrants, les Antillais sont cependant des migrants « paradoxaux »⁹ car ils effectuent une migration interne mais extra-continentale, et parce qu'ils sont Français mais perçus comme étrangers. En outre, ils refusent d'être assimilés à des migrants et ils ne se reconnaissent pas comme tels. En témoignent leurs démarches d'affirmation identitaire, par lesquelles ils revendiquent leur spécificité et leur différence par rapport aux populations immigrées, notamment celles d'origine africaine. S'ils affirment leur « francité » pour s'en démarquer, les Antillais se distinguent également des Français en revendiquant leur « antillanité » ou leur « créolité ».

Le fait que les populations d'origine antillaise ne s'identifient pas à des populations migrantes et le fait qu'elles ne soient perçues comme telles ni dans le monde scientifique, ni dans la sphère politique et institutionnelle ont un impact non négligeable sur la prévention du sida. Les migrants sont en effet particulièrement vulnérables face au VIH [13]. L'invisibilité des Antillais en tant que migrants et en tant que populations particulièrement exposées aux risques de contamination par le VIH les rend d'autant plus vulnérables face au sida. Une telle invisibilité constitue un obstacle pour l'appréhension des réalités de l'épidémie (dans ses dimensions statistiques et sociales) au sein de ces populations. Ainsi, il est extrêmement difficile d'évaluer la situation épidémiologique de la population d'origine guadeloupéenne en métropole. Les seules données fiables sont livrées par les enquêtes Prevagest¹⁰ : en 1997, en région parisienne, la séroprévalence des femmes nées dans les Caraïbes, dont les Antilles françaises, était de 8,3 ‰ alors qu'elle était de 2,8 ‰ en ce qui concerne les femmes nées en métropole (Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, 1998).

Le sida à la Guadeloupe : conditions d'émergence de l'épidémie

En France, les personnes en situation de migration sont plus touchées que les « nationaux » depuis le début de l'épidémie. Cependant, par crainte de stigmatiser les populations concernées, les pouvoirs publics d'une part et les chercheurs en sciences sociales d'autre part ont manifesté une certaine réticence à penser et à traiter simultanément les questions « sida » et « immigration » [8]. Par ailleurs, les rares études qui se sont attachées à analyser les attitudes des populations migrantes face au sida ont trop souvent privilégié les facteurs culturels comme seuls facteurs explicatifs des spécificités observées. Certes, les aspects culturels, imbriqués aux multiples facettes du social, influent sur les perceptions et les pratiques. Cependant, une analyse exhaustive doit relativiser le poids des éléments culturels et réintroduire le sida dans l'histoire sociale au sein

⁹ L'expression est de Claude-Valentin Marie.

¹⁰ Il s'agit d'enquêtes de séroprévalence VIH menées auprès de femmes enceintes et qui prennent en compte leur lieu de naissance.

de laquelle il a émergé et dans les histoires personnelles, familiales, migratoires de chaque individu¹¹ [2].

Depuis l'apparition du virus, la Guadeloupe compte parmi les départements français les plus touchés par l'épidémie. Le premier décès par sida est enregistré en novembre 1984, soit une année et demi après le premier décès enregistré en métropole. L'épidémie connaît ensuite une extension rapide. En 1995, le taux de cas cumulés pour un million d'habitants est presque deux fois et demi supérieur au taux de la France entière. À partir de l'année 1996, si le nombre de cas annuellement diagnostiqués diminue (cette diminution a pu être observée une année plus tôt en France métropolitaine), le taux demeure élevé. Au 31 mars 2001, on estime en Guadeloupe le nombre de cas cumulés depuis le début de l'épidémie à 953, ce qui représente un taux de 2 255,6 pour un million d'habitants. Ce même taux est de 873,5 pour l'ensemble de la France [14].

L'épidémie de sida présente en outre un profil particulier par rapport à la France métropolitaine. Un premier point concerne la transmission du virus qui y est majoritairement hétérosexuelle depuis le début de l'épidémie. La transmission hétérosexuelle concerne 71,7 % des cas diagnostiqués en Guadeloupe en 1995, alors qu'elle ne concerne encore que 24,3 % des cas métropolitains¹². Les contaminations par voie homosexuelle diagnostiquées la même année représentent 15 % des contaminations guadeloupéennes (contre 39,23 % pour l'ensemble de la France) et 10,4 % des contaminations enregistrées en 1999 (contre 30 % en France). La toxicomanie intraveineuse, comme mode de transmission est, depuis le début de l'épidémie, bien moins représentée à la Guadeloupe que dans le reste du pays. Elle correspond à 5,7 % de la totalité des contaminations guadeloupéennes (contre 22,7 % pour la France entière).

Une autre particularité épidémiologique concerne le *sex-ratio* hommes/femmes, significativement plus faible à la Guadeloupe que dans la France entière. Les femmes guadeloupéennes sont deux fois plus atteintes qu'en métropole depuis l'apparition du virus. Les transmissions materno-fœtales sont proportionnellement plus fréquentes à la Guadeloupe : elles y représentent 2,8 % de l'ensemble des contaminations, alors que ce mode de transmission ne concerne que 1,2 % des cas dans la France entière.

L'épidémie de sida à la Guadeloupe présente les caractéristiques du « sida du Sud » : transmission majoritairement hétérosexuelle, extension épidémique rapide, émergence d'un discours moralisateur et discriminatoire sur la « promiscuité sexuelle » qui exposerait au VIH ([19], p. 20).

La sexualité supposée « débridée » des Guadeloupéens, les clichés présentant les Antillais comme des hommes qui entretiennent nécessairement plusieurs relations simultanées et qui refusent d'utiliser le préservatif afin d'avoir des enfants, signes manifestes et tangibles de leur virilité, constituent un ensemble

¹¹ Dans son analyse des itinéraires thérapeutiques des migrants séropositifs à Saint-Martin, Catherine Benoît met en évidence que ce ne sont pas les facteurs culturels qui dictent les stratégies de soins des personnes malades, mais bien leurs situations sociales et juridiques. Les migrants, originaires d'Haïti en particulier, subissent en effet une double stigmatisation, en tant que malades du sida et en tant que migrants, de la part de la population locale et de la part du corps médical [3].

¹² Ces données m'ont été communiquées par l'Institut de Veille Sanitaire.

de préjugés culturalistes¹³ qui faussent l'analyse et l'action de prévention¹⁴ ([12], p. 46).

D'une part, si la proportion d'hommes multipartenaires est effectivement près de trois fois plus élevée en Guadeloupe qu'en métropole [10], il n'en demeure pas moins que le multipartenariat, simultané ou sériel, est loin d'être une réalité partagée par tous, comme le montrent les récits de vie. D'autre part, l'analyse du contexte social dans lequel le sida a fait son apparition et celle des modalités de son irruption indiquent que l'émergence d'une prise de conscience collective de l'existence d'un risque était improbable en Guadeloupe.

La société guadeloupéenne est en effet caractérisée par un fort contrôle social, exercé notamment par le biais de la rumeur, qui condamne tout individu qui s'écarte de la norme. Dans ce contexte, l'homosexualité est proscrite et tout individu soupçonné d'avoir des pratiques homosexuelles risque de se voir radicalement évincé de son entourage social et familial. Par ailleurs, le sida est apparu dans un contexte où la communication en matière de sexualité et de maladies sexuellement transmissibles ne passe pas par les voies de la discussion ordinaire. Aborder ces thèmes en public est prohibé, excepté sur le mode de la plaisanterie et principalement entre hommes [16]. La sexualité n'est pas non plus un thème que l'on évoque aisément dans l'intimité. Les relations entre hommes et femmes sont caractérisées par une communication verbale quasi absente en matière de sexualité : celle-ci ne se dit pas [10]¹⁵.

Or, jusqu'en 1994, les campagnes nationales de prévention du ministère de la Santé, qui prônaient notamment le « tout préservatif », ont été diffusées dans le département sans même être adaptées à ces réalités locales¹⁶ [7] et sans tenir compte des spécificités épidémiologiques. Les premières campagnes d'information et de prévention diffusées par les médias nationaux (presse, télévision) mettaient en scène exclusivement des métropolitains, des étrangers et des individus qui témoignaient de comportements apparaissant comme marginaux : les homosexuels, les toxicomanes, les prostituées. Ces premières informations n'ont fait qu'accentuer les discriminations à l'égard des personnes perçues comme ayant des comportements déviants, telles que les homosexuels et les toxicomanes, et elles ont contribué à maintenir la population générale dans une sphère imaginaire de protection. Associés à la marginalité, le sida et les individus porteurs du virus (ou suspectés de l'être) ont à subir une forte stigmatisation depuis le début de l'épidémie. En outre, les premières informations véhiculées sur le sida se sont fondues dans le moule des représentations identitaires des Antillais, fondées sur une hiérarchie socio-raciale et une domination de classe, et selon lesquelles

¹³ Le même type de préjugés s'applique aux Africains et donc aux hommes noirs en général. Plus que des critères culturels, ce sont des critères « raciaux » sur lesquels s'enracinent de tels stéréotypes.

¹⁴ Michel Giraud a ainsi montré qu'une « construction coloniale de la sexualité », « accouchée par une histoire coloniale [...] fortement marquée de l'empreinte de l'esclavage », a fabriqué une prétendue « sexualité des Noirs » stigmatisée. Les analyses actuelles des comportements sexuels et de l'épidémie de sida aux Antilles peinent à se départir de cette construction coloniale de la sexualité et des stéréotypes qu'elle sous-tend [12].

¹⁵ Mon enquête révèle également que la communication en matière de sexualité est très faible, entre amis, en couple et entre parents et enfants.

¹⁶ Ce n'est qu'à partir de 1994 que les campagnes nationales ont été adaptées aux spécificités locales, en tenant compte des perceptions culturelles, de la diversité ethnique et des différences langagières notamment. Des actions de prévention locales ont cependant été recensées depuis 1987 [7].

l'ancien colonisateur est perçu comme étranger, de même que certaines populations de la Caraïbe, stigmatisées par leur « degré » d'africanité et leur pauvreté (les Haïtiens et les Dominicains - de l'île anglophone de la Dominique - notamment¹⁷). En portant exclusivement sur des métropolitains et des étrangers, les premiers discours sur le sida se sont insérés aux processus de stigmatisation identitaire préexistants et ont légitimé une perception du sida comme danger émanant de l'autre, « étrange » ou « étranger » [11]. De la même manière, les discours véhiculés à l'encontre des « quatre H » (Haïtiens, Homosexuels, Héroïnomanes, Hémophiles) au début de l'épidémie n'ont pas manqué de réactiver les perceptions de l'altérité et d'avorter toute possibilité d'identification aux messages de prévention et de prise de conscience collective de l'existence d'un risque. Les seuls individus à percevoir l'existence d'un risque sont ceux qui ont des pratiques homosexuelles : déjà discriminés par ces pratiques, il est vraisemblable qu'ils ne veulent pas l'être davantage en apparaissant comme contaminés.

Migration et perception des risques

Si la plupart des individus ne se sentaient pas concernés par l'éventualité d'une contamination lorsqu'ils résidaient en Guadeloupe et s'ils ne prenaient aucune mesure de protection, l'analyse des trajectoires biographiques montre que cette attitude change lors de la migration. Le sida étant associé depuis le début de l'épidémie aux « étrangers », dont les métropolitains, et aux individus aux comportements jugés déviants, la migration en métropole engendre la perception d'un danger et l'adoption de comportements préventifs.

Conformément à ce qui a été perçu et interprété des messages de prévention, les stratégies de protection mises en œuvre dans la migration consistent principalement à protéger les relations sexuelles qui ont lieu avec des métropolitain(e)s, avec des personnes d'origine étrangère (africaine, asiatique, sud-américaine...) et avec des personnes dont les comportements sexuels paraissent marginaux, comme les prostituées par exemple. Si le préservatif est utilisé avec ces catégories d'individus, son utilisation est rapidement abandonnée en raison de son caractère déprécié. L'utilisation du condom détermine de manière implicite la nature futile et insignifiante d'une relation. Elle n'est donc plus concevable dès lors que l'on désire s'engager et que l'on veut manifester un attachement affectif au partenaire, quelle que soit son origine. Par conséquent, les mesures de protection sont souvent très ponctuelles et caractérisent le tout début d'une relation. Par ailleurs, tout en favorisant le renforcement des dispositifs de protection - aussi ponctuels et aléatoires soient-ils - la migration génère un sentiment de sécurité lors des interactions sexuelles avec des individus pensés comme semblables et donc comme non dangereux : les Antillais. Les personnes originaires de la Guadeloupe témoignent en effet d'une forte tendance à ne pas se protéger avec des « compatriotes », d'autant plus lorsqu'ils se connaissaient déjà aux Antilles. Cette attitude est particulièrement manifeste chez les hommes qui ont des pratiques homosexuelles. À une proximité sexuelle, mise en acte lors d'un rapport homosexuel, s'ajoute une proximité ethnique lorsque le partenaire est de la même origine. Treize des hommes rencontrés ont connu des expériences homosexuelles avec des Antillais, des métropolitains, et parfois des Africains

¹⁷ La Guadeloupe, et notamment Saint-Martin, l'une de ses dépendances, connaissent une forte immigration, principalement clandestine, en provenance de ces deux îles.

ou des Maghrébins. Tous établissent une distinction entre partenaires « noirs » ou « blacks »¹⁸ et partenaires « blancs » ou « métro ». Tous font état d'un sentiment de proximité, de fraternité, d'identité lors d'une relation sexuelle avec un Antillais ou un Noir, sentiment qui annule bien souvent la possibilité d'introduire le préservatif. Étienne¹⁹ a à la fois des relations sexuelles avec des hommes et avec des femmes, « métro » et « blacks ».

- « Avec un métro je me protège beaucoup plus, qu'avec un black. Ouais.
- Et pourquoi ?
- J'sais pas, avec un black, on a une autre différence de la vie, tandis qu'avec un métro, quand j'avais coucher avec un métro euh... si y a pas de préservatif, y a pas d'amour..., y a pas de relation, y a rien du tout, on s'embrasse pas, rien du tout, si y a pas de préservatif, ça s'arrête là. Mais tandis qu'avec un black ça passe tellement facilement, je sais pas pourquoi mais... C'est pour ça peut-être qu'on est plus atteint... là-bas ! Oui ! Tandis qu'avec un métro euh...
- Même avec une femme ?
- Même avec une femme métropolitaine, si j'ai pas de préservatif, j'couche pas avec quoi.
- Mais pourquoi ?
- Je sais pas. Un mec aussi pareil, si j'ai pas de préservatif, j'couche pas avec. Tandis qu'avec une black, une femme... black, ou un mec black, même un Africain, et tout, ça passe directement, si il me demande de mettre, j'en mets, si il me demande pas, ça passe. Mais si je dis "je mets", si il veut, je le mets, si il veut pas... je le mets pas, et puis voilà.
- C'est parce que vous vous sentez peut-être plus proches ?
- Peut-être plus proches, je sais pas. Mais tandis qu'avec un métro..., direct, si y a pas ça, ça passe pas » (Étienne, 41 ans, agent hospitalier).

Lorsqu'il a un rapport sexuel avec un homme ou une femme de la métropole, Étienne a une perception intuitive et immédiate d'une différence, différence qu'il a besoin de matérialiser par le préservatif. Le condom introduit une distance physique avec un partenaire perçu comme différent et symbolise une distance ressentie intuitivement. À l'inverse, lorsqu'il initie une relation sexuelle avec un ou une « black », d'origine antillaise ou africaine, il perçoit une similitude, une affinité telles entre les deux partenaires que « ça passe directement ». Cette symbiose ne peut souffrir l'introduction d'une distance, d'une barrière défensive et empreinte de méfiance.

Le même sentiment de proximité a conduit Jacques, hétérosexuel, à prendre des risques. Avant de connaître sa séropositivité, il protégeait systématiquement les rapports qu'il initiait avec des partenaires métropolitaines ou africaines, alors que la protection n'était pas systématique avec ses partenaires antillaises. Il légitime son attitude par la perception d'une plus grande « confiance » entre Antillais et par le sentiment d'être de la même « famille ». Une telle attitude a conduit plusieurs personnes de l'échantillon à une contamination. Lorsque la séropositivité est diagnostiquée, elle est bien souvent directement imputée à la migration.

¹⁸ Selon les interviewés, cette catégorie ne concerne que des Antillais ou inclut tout individu de couleur.

¹⁹ Les prénoms cités sont fictifs.

Parcours migratoire et séropositivité

La séropositivité et le parcours migratoire de l'individu constituent deux réalités imbriquées l'une dans l'autre qui ne peuvent être considérés séparément : l'un détermine l'autre et vice versa. Pour certains, c'est la séropositivité qui a motivé la migration. Les individus redoutent en effet d'être soignés en Guadeloupe en raison de la crainte d'une rupture de l'anonymat, du poids de la rumeur qui rendrait inévitablement publique la séropositivité de l'individu en question, et du rejet dont font l'objet les personnes atteintes par le virus.

Lorsque la contamination a lieu en métropole, les individus établissent un lien de causalité entre le fait d'avoir émigré et la contamination : celle-ci n'aurait pas pu avoir lieu s'ils n'avaient pas quitté leur île natale, qu'ils considèrent comme une sphère protégée et protectrice²⁰. Comme pour les migrants d'origine maghrébine et probablement comme pour de nombreux immigrés, « *le pays d'origine a toujours tendance à s'inscrire du côté du sain, alors que le pays d'immigration, source de maux et de souffrances, est tenu pour responsable et mis du côté du pathologique* » ([6], p. 27). Ainsi, certains appréhendent leur séropositivité comme les autres écueils dont ils ont à souffrir en métropole : le poids du racisme, les difficultés économiques et sociales de la vie parisienne, la solitude... La contamination s'inscrit dans une continuité d'événements négatifs qui ont conduit l'individu à s'éloigner de sa région d'origine, de sa famille, de ses amis (souvent avec regret et espoir de retour), à s'installer en métropole dans des conditions de vie parfois difficiles et à côtoyer des métropolitains, considérés comme vecteurs du virus. C'est le cas de Pierre. Fils unique, Pierre a 22 ans lorsqu'il décide de quitter la Guadeloupe afin de trouver du travail : il se doit d'accéder à une position sociale honorable afin de faire la fierté de ses parents. Seulement, il n'atteint pas la réussite escomptée (il est policier) et il ne parvient ni à se marier ni à fonder une famille. C'est en 1996 qu'il découvre sa séropositivité, douze années après sa migration en métropole, qu'il considère comme un « *échec complet* », confirmé par l'annonce de la séropositivité. Pierre insiste d'ailleurs sur le fait que la personne qui l'a probablement contaminé est une métropolitaine : auparavant, tous ses rapports étaient « *sains* » (ses anciennes partenaires étaient antillaises).

La gestion du secret

La surveillance et la rumeur constituent de puissants moyens de régulation sociale à la Guadeloupe comme dans la migration. Les paroles énoncées et les actes entrepris le sont tous en fonction de ce qui va en être pensé et surtout en fonction de ce qui va en être rapporté [4]. Dans un contexte de stigmatisation des personnes atteintes par le VIH, il importe plus que tout de taire et de cacher sa séropositivité, quitte à ne pas se faire soigner et à vivre sa maladie dans l'isolement. C'est ainsi que parmi les individus séropositifs rencontrés, rares sont ceux qui envisagent la possibilité de retourner vivre en Guadeloupe. Regagner sa région natale en dévoilant sa séropositivité revient à perdre toute légitimité et toute crédibilité, et à reconnaître l'échec de sa démarche migratoire. L'individu

²⁰ Le caractère particulier des migrations antillaises, qui ne sont jamais définitives et qui donnent fréquemment lieu à des allers et retours entre le département d'origine et la région d'immigration, a un impact sur la prévention du sida. Lors des séjours ponctuels ou lors des retours, les individus ont tendance à « baisser leur garde » et à prendre des risques.

qui réintègre la Guadeloupe en étant porteur du VIH est d'autant plus stigmatisé qu'on l'accuse d'être allé à la rencontre du virus et de l'introduire sur l'île, à la différence d'un individu qui aurait été contaminé à la Guadeloupe et qui serait de ce fait la victime potentielle d'un agent extérieur.

Le vécu de la séropositivité et des traitements est conditionné par la nécessité de maintenir sa contamination dans le secret. Si quelques proches sont dans la confiance, tout est mis en œuvre pour nier la réalité de la séropositivité auprès de l'entourage familial et social. La crainte de compromettre toute relation affective, amicale ou intime, incite les individus porteurs du virus à taire leur état à leur entourage et même à leurs partenaires sexuels, passés et actuels. Une telle attitude, liée à la crainte du rejet, peut avoir des conséquences désastreuses. Ne pas avertir ses anciens partenaires de sa séropositivité revient à retarder leur dépistage et leur accès aux soins (s'ils sont contaminés tout en l'ignorant). Ceux-ci peuvent en outre transmettre le virus par ignorance de leur contamination. Ne pas dévoiler son statut sérologique à son (sa) partenaire, lorsque l'on est engagé dans une relation durable notamment, équivaut à prendre le risque qu'il (elle) soit contaminé(e) à son tour, en cas de rapports non protégés par exemple. C'est de cette manière que trois des femmes rencontrées ont contracté le virus : leurs compagnons connaissaient leur séropositivité depuis plusieurs années (deux d'entre eux étaient sous thérapie) mais ils se sont gardés de leur faire part de leur état et ils n'utilisaient pas de préservatifs.

La lourdeur des traitements (liée au nombre des médicaments et à l'importance des effets secondaires) et le fait que la séropositivité conduit souvent l'individu à interrompre toute relation de couple, notamment avec une Antillaise²¹, à abandonner tout projet de paternité ou de maternité et donc à subir un double échec social²², constituent autant d'éléments qui peuvent trahir l'individu et faire peser des soupçons sur sa santé. La priorité étant donnée non pas aux soins mais au fait de cacher sa séropositivité, il a été observé des interruptions (non thérapeutiques) de traitement lors des séjours en Guadeloupe.

La gestion du secret nécessite également certaines précautions en ce qui concerne le choix, stratégique, de la filière de soins. Il est en effet notoire qu'une grande partie du personnel soignant des hôpitaux de la région parisienne est d'origine antillaise. Le risque de rencontrer une connaissance, même lointaine, parmi le personnel hospitalier, et la nécessité de dissimuler sa séropositivité conduisent les individus soit à refuser de se faire suivre à l'hôpital, soit à consulter dans un hôpital supposé compter peu de personnels Antillais. Benoît par exemple, après être resté sans suivi médical pendant deux années, a choisi d'être traité par un médecin privé :

²¹ Ainsi, Pierre pense qu'une Antillaise serait moins à même de vivre avec une personne séropositive :

« - Mais je sais pas si une Antillaise pourrait répondre à... à... à c'que je cherche. Je crois pas parce que les Antillaises sont plus euh... 'fin j'ai... bon c'est vrai que je vais beaucoup aux Antilles hein, j'y vais quasiment tous les deux-trois ans, mais euh... il me semble que les... les métropolitaines ont plus le sens... de l'aide, enfin de... de pouvoir supporter quelqu'un qui aura un problème, il me semble hein, je me trompe peut-être mais il me semble. Donc je suis pas certain qu'une Antillaise puisse vraiment... avoir la patience qu'il faudrait pour... pour supporter quelqu'un comme moi disons. Voilà. - Et peut-être que ce serait plus difficile pour vous de dire à une Antillaise que vous êtes séropositif. - Plus difficile aussi c'est vrai [...] » (Pierre, 37 ans, policier).

²² À la Guadeloupe, le fait de se marier ou au moins d'avoir des enfants est fondamental pour la réalisation individuelle et la reconnaissance sociale des hommes comme des femmes.

« Refus d'la nouvelle, donc euh... même pas cherché à avoir un traitement, rien du tout. Un an... deux ans, bon, la nouvelle est plus ou moins digérée... Je me décide à aller voir un médecin, dans le privé, sachant pertinemment que... étant de la communauté antillaise, les lieux les plus... remplis, les plus fréquentés par les Antillais, sont les hôpitaux, et les Postes. Donc comment aller dans un hôpital en soin, sans croiser un Antillais qui me connaisse ? Puisque tous les Antillais, entre guillemets, se connaissent, soit de vue, ou bien... ils ont toujours un lien qui fait qu'ils se connaissent. Donc ça c'était encore... encore une étape à franchir, encore un gros morceau à digérer. Donc j'atterris chez un dermatologue, qui... disait qu'il était spécialisé, qu'il avait fait des recherches..., et qu'il était spécialisé dans le traitement des... des patients atteints par le HIV, des séropositifs [...] et donc j'ai continué à... à aller voir ce dermato, dans l'privé, ça a duré deux ans. Et à chaque bilan, tous les deux mois, il me disait toujours que je ne necessitais pas une... un traitement. Et jusqu'au jour... où je suis arrivé, d'une manière où je n'pouvais plus mettre, en me couchant sur mon lit, une jambe sur l'autre, parce que je sentais tout mon squelette. [...] Et... vous pouvez pas savoir, mais c'est triste vous voyez, y a tellement de personnes qui se font suivre par les médecins traitants dans le privé..., de peur d'être découverts, et qui finalement vont... vont à leur perte... Comme je dis moi j'ai eu la chance que... deux d'mes amis m'ont... m'aient traîné, ils m'ont traîné ic²³, parce que moi de moi-même j'serais jamais v'nu. Ils m'ont traîné, et c'est là que j'ai appris qu'y avait des consultations le soir. Avant, mes premières consultations ici, j'avais rendez-vous que le soir, à 20 heures, 21 heures. La nuit, les chats sont gris [...] » (Benoît, 35 ans, steward).

Lorsque Benoît consulte pour la première fois dans un hôpital, il est très faible et très amaigri : ses T4 sont à 34. Cet exemple illustre comment une personne en situation de migration, originaire de la Guadeloupe, peut être amenée à retarder la prise en charge médicale de sa maladie, à consulter un médecin privé et finalement à aggraver son état de santé, ce qui aurait pu la conduire à une issue fatale. Le poids de la rumeur est tel à la Guadeloupe et au sein de la population guadeloupéenne en métropole que certains individus choisissent de rester sans soin et sans traitement, par crainte d'être reconnus en tant que porteurs du virus du sida et d'être exclus des liens sociaux guadeloupéens qu'ils tentent de maintenir par-delà la migration²⁴ [2].

La réticence à parler de sa maladie, à consulter et à se faire soigner est également liée à la crainte de subir une discrimination supplémentaire par les membres de la société environnante. Comme pour tout migrant, la crainte de se voir refoulé et de ne pas parvenir à être intégré par la société d'accueil peut conduire l'individu à nier l'existence de sa maladie et à refuser de se soigner.

Conclusion

Afin de comprendre les attitudes actuelles des migrants guadeloupéens face au sida, il nous a fallu explorer les sources de la formation sociale guadeloupéenne, notamment caractérisées par la domination d'un groupe par un autre. De cette donnée historique et sociale découlent d'une part l'exigence de réussite sociale et d'autre part les représentations contemporaines de l'altérité, associée à la dangerosité, et de l'identique sécurisant, qui sont elles-mêmes réinvesties à la fois par le danger que représente le sida et par le contexte de la migration.

²³ À l'hôpital.

²⁴ C'est également la crainte de l'exclusion qui guident les itinéraires thérapeutiques des migrants haïtiens à Saint-Martin [2].

Ces observations nous invitent à souligner que la double problématique du sida et de l'immigration ne peut être appréhendée qu'en tenant compte de l'histoire sociale et politique des populations migrantes, quelles qu'elles soient, des relations de domination qui sous-tendent les rapports entre populations immigrées et populations d'accueil - ces relations de domination préexistant bien souvent à la migration - et de la manière dont ces éléments imprègnent les itinéraires de vie individuels, les attitudes face aux risques de contamination par le VIH et le vécu de la séropositivité dans la migration.

Références bibliographiques

1. Anselin A. *L'émigration antillaise en France. La troisième île*. Paris : Karthala, 1990 : 294 p.
2. Benoît C. Sida et itinéraires thérapeutiques à Martin/Sint Maarten : représentations culturelles ou pratiques sociales ? *Dérades* 1997 ; 1 : 79-88.
3. Bonniol JL. *La couleur comme maléfice. Une illustration créole de la généalogie des Blancs et des Noirs*. Paris : Albin Michel, 1992 : 304 p.
4. Bougerol C. *Une ethnographie des conflits aux Antilles. Jalousie, commérages, sorcellerie*. Paris : PUF, 1997 : 162 p.
5. Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida. Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée (1991-1993-1995-1997). Saint-Maurice : PREVAGEST, 1998.
6. Chérabi K, Fanget D. Le VIH/sida en milieu migrant arabo-musulman en France. Paris : Arcat sida, 1997 : 140 p.
7. Conseil national du sida. Spécificités et inégalités. Le sida dans les départements français d'Amérique. Paris, 1996 : 128 p.
8. Fassin D. L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida. *Sciences Sociales et Santé* 1999 ; 17 (4) : 5-36.
9. Galap J. Phénotypes et discrimination des Noirs en France. Questions de méthode. *Migrants-Formation* 1993 ; 94 : 39-54.
10. Giraud M, Gilloire A, Halfen S *et al.* Les comportements sexuels aux Antilles et en Guyane. Paris : ANRS, 1995 : 40 p.
11. Giraud M. Entre particularités épidémiologiques et spécificités culturelles : l'enquête sur les comportements sexuels aux Antilles et en Guyane françaises. *Sciences Sociales et Santé* 1997 ; 15 (4) : 73-95.
12. Giraud M. Une construction coloniale de la sexualité. À propos du multipartenariat hétérosexuel caribéen. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1999 ; 128 : 46-55.

13. Haour-Knipe M. Prévention du sida ou discrimination ? Les migrants et les minorités ethniques. In : *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*. Paris : ANRS, 1998 : 159-70.
14. Institut de Veille Sanitaire. Situation au 31 mars 2001. *BEH* 2001 ; 24.
15. Marie CV. *Les populations originaires des DOM-TOM, nées et originaires, résidant en France métropolitaine*. Paris : INSEE Résultats-Démographie-Sociétés, 1993 ; 24 : 180 p.
16. Mulot S. « Je suis la mère, je suis le père » : l'énigme matrifocale. *Relations familiales et rapports de sexes en Guadeloupe*. Thèse de doctorat en anthropologie sociale et en ethnologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 2000 : 634 p.
17. Pourette D. *Hommes et femmes de la Guadeloupe en Ile-de-France. Pratiques liées au corps, relations entre les sexes et attitudes face au risque de contamination par le VIH*. Thèse de doctorat en anthropologie sociale et en ethnologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 2002 : 524 p.
18. Rallu JL. Population, migration et emploi dans les départements d'outre-mer. *Population et Sociétés* 1997 ; 329 : 3-8.
19. Vidal L. Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes. *Autrepart* 1999 ; 12 : 19-36.

Des bals nègres aux boîtes *black* *Sexual mixing* à Paris

Christine SALOMON¹

Résumé

Cet article s'intéresse à un univers jusqu'ici non documenté - celui des boîtes de nuit dites africaines et plus largement *black* à Paris - dans lequel les rencontres donnent lieu à une prise de risque importante liée au multipartenariat hétérosexuel non protégé. Il ne s'agit pas d'une enquête sur des formes de sexualité au sein de communautés de migrants issus de zones à forte endémie, mais de l'étude ethnographique de la socialité d'un monde nocturne qui rassemble, autour d'un goût partagé pour des genres définis de musiques et de danses, des assemblées disparates et non communautaires. L'observation des interactions qui se nouent entre les migrants qui fréquentent ces discothèques et d'autres habitué(e)s, ainsi que l'analyse de leurs propos, conduisent à prendre en compte l'importance du brassage culturel et sexuel dans la vie de tous, et à prendre également la mesure, pour une meilleure prévention, de la complexité des relations dans lesquelles s'inscrit la construction de la vie sexuelle et familiale des immigrés.

Mots clés : multipartenariat, sexualité, migrants.

Les messages de prévention qui s'adressent aux migrants se sont jusqu'ici peu intéressés aux interactions entre société de départ et société d'arrivée. En particulier, le « brassage sexuel » entre personnes de communautés différentes, ou *sexual mixing*, n'est pas pris en compte, si ce n'est sous l'angle du risque que fait encourir aux hommes isolés la prostitution. Les aventures de Moussa le Taximan (1999) sont caractéristiques de cette approche². Dans cet ensemble de vingt sketches de prévention sida, un épisode met en scène « *l'émigré de retour au pays* » qui, avec l'aide de Moussa, vient parler à son père, lui annoncer sa séropositivité et explique qu'« *en Europe on est seul, on va de gauche à droite dans des bordels où l'on gaspille son argent* ». De fait, les destinataires de ces messages de prévention sont construits comme restant tournés vers la société de départ ou ses ramifications en France que seraient la communauté culturelle (l'association) ou résidentielle (le foyer, la cité) et voués à la reproduction des

¹ Doctorante associée à l'Inserm U 88 et au GTMS-EHESS.

² La série en créole *Jaky an Driv* (Jaky est un vendeur ambulant de jus de fruits) présente des saynettes dont plusieurs, bien que situées dans un cadre purement antillais, paraissent davantage transposables aux situations de rencontre que je décris. Signalons que les radios diffusant ces séries, Africa n° 1 pour les aventures de Moussa et Média Tropical pour celles de Jaky, sont les médias qui passent aussi de la publicité pour les boîtes de nuit de Paris ou de sa banlieue sur lesquelles portent mon étude.

particularités qui seraient constitutives de leur identité. Pourtant la vie sexuelle et familiale des immigrés et sa construction s'inscrivent dans un faisceau autrement plus complexe de relations. Une étude quantitative menée à Amsterdam auprès d'immigrés d'origine diverses - surinamiens, antillais et africains - recrutés dans la rue [4] a mis en lumière le degré considérable de brassage sexuel, surtout chez les hommes (49 %).

De même, l'enquête ethnographique, relatée dans cet article³, réalisée en 1999-2000 auprès de personnes rencontrées en boîtes de nuit, fait état de ce brassage sexuel. Il éclaire un aspect jusqu'ici peu documenté des choix de vie sexuelle et affective à Paris, qui impliquent des liens contractuels choisis avec des personnes extérieures au groupe supposé plutôt que des relations imposées par la communauté d'origine.

L'idée de m'intéresser aux boîtes de nuit africaines - ou présentées ainsi - à Paris me vient d'échanges avec une proche, psychanalyste, habituée de ces lieux nocturnes, et avec quelques amies qu'elle s'y est fait. Ces femmes européennes sont le plus souvent seules, âgées de plus de 50 ans, avec un niveau d'étude supérieur et appartiennent aux classes moyennes à capital intellectuel (universitaires, enseignantes, journalistes...). Elles ont une trajectoire d'autonomie marquée à la fois par le refus du rapport au corps, à soi et aux autres socialement assigné aux femmes de leur âge, et par l'attrait pour l'Afrique. Dans les discothèques hétérosexuelles qu'elles fréquentent, la recherche de la sexualité n'est ni systématique ni immédiate et encore moins impersonnelle, comme cela peut l'être dans les clubs échangistes ou les bars homosexuels avec *bac-krooms*. Sexualité et socialité sont étroitement imbriquées car, à partir du vécu commun « en boîte », se constituent des amitiés féminines, dans lesquelles le téléphone joue un rôle important et dont le fonctionnement finit par inclure d'autres sorties ensemble.

La clientèle africaine ou d'origine africaine de ces boîtes de nuit comprend de jeunes adultes et des adultes d'âge plus mûr, hommes et femmes. Les hommes sont les plus nombreux. Leur âge ainsi que leur statut familial et marital paraissent plus variés que ceux des femmes. En règle générale, les clientes sont des femmes jeunes et hors mariage - célibataires, divorcées, veuves - de celles qu'on appelle en Afrique des « femmes libres », les épouses étant souvent exclues. L'hétérogénéité de cette population des deux sexes s'étend au pays d'origine, au statut juridique, à l'ancienneté en France, au niveau d'éducation, à l'insertion socioprofessionnelle et au mode de résidence. Dans certaines boîtes dites jeunes, elle peut comprendre également ce qu'il est convenu d'appeler des migrants de la seconde génération. Les motivations de cette clientèle diversifiée ne sauraient se réduire à la quête de formes de sociabilité caractéristiques de la culture du pays d'origine, à laquelle répondent plutôt les événements musicaux et dansants baptisés « soirées » - soirées cap-verdiennes, ivoiriennes, sénégalaises, etc. - organisées selon un agenda plus ou moins régulier autour d'une affiche dans le but explicite de regrouper des compatriotes⁴. Les deux stratégies festives de rupture avec le quotidien, aller en boîte et participer à une soirée, bien que n'étant pas exclusives l'une de l'autre, diffèrent. L'une se cristallise sur un lieu et l'autre sur un moment. Avant tout, la fréquentation des discothèques amène

³ Cette enquête qualitative a été financée par l'ANRS.

⁴ Le lieu peut être une salle de concert, de fêtes ou même une discothèque. Mais l'événement se définit toujours par son affiche et la nationalité de la clientèle visée.

à sortir de l'entre soi (le pays, l'ethnie, le village, la parenté) et à confronter ses valeurs originelles à d'autres, même si les lieux choisis sont définis comme africains, afro-antillais ou black. Ce choix ne peut s'expliquer sans rappeler la prégnance du racisme et les discriminations pratiquées par de nombreuses autres discothèques⁵. L'une des conséquences en est l'acceptation revendicative du stigmate [5, 6, 13] comme l'indique le succès du concept de culture noire ou culture *black*, utilisés par des Antillais et des Africains de différentes nationalités pour se constituer, face à la société qui les rejette, un critère positif de généralité à la façon du concept de négritude (cf. le débat lancé par le « Collectif Égalité » et « la marche des peuples noirs de France » en mai 2000). Non seulement aller dans une boîte *black* protège de la discrimination raciste, mais aussi inverse temporairement le rapport dominant-dominé, ce qui contribue à émanciper du quotidien. En même temps, ce cadre reste un ailleurs par rapport aux lieux et aux normes communautaires : perçu comme mélangé, cosmopolite, il est recherché pour la liberté que confère l'éloignement.

Ma proximité sociale et générationnelle avec le groupe de femmes européennes m'avait au départ orientée vers les établissements où elles allaient, plutôt mélangés du point de vue de l'âge et du milieu social. Mais outre les catégories d'âge, de classe sociale, d'origine géographique de la clientèle, la forme prise par les rapports sociaux de sexe - les échanges économique-sexuels - particularise les discothèques. Cet univers s'est avéré trop différencié pour que j'en fasse la géographie sociale exhaustive et j'ai assez rapidement centré mon travail⁶ sur un « club-dancing » afro-antillais du centre de Paris, le *Manapany*, fermé depuis, connu comme lieu de rencontres faciles. Sa clientèle était de milieu très populaire. Jeune en soirée, elle était nettement plus âgée en matinée, du moins pour les femmes, presque toutes européennes tandis que leurs danseurs étaient quasiment tous antillais ou africains migrants de la première génération. Le spectacle d'un après-midi dansant faisait penser aux deux variétés de l'espèce humaine dont Chester Himes dans *La fin d'un primitif* dit qu'« elles n'ont jamais existé auparavant sur terre : le mâle nègre et la femelle blanche ». Cette caractéristique, majorée par l'écart d'âge entre hommes et femmes, l'apparence populaire voire pauvre des clients, donnait au lieu - qui ne bénéficiait pas de la magie de la nuit - un côté « vulgaire et louche »⁷ qui heurtait le sens moral et esthétique des personnes que je connaissais (et le mien au départ). C'est pourtant comme espace d'ouverture, de connaissances et de rencontres possibles, emblématique de ceux que G. Noiriel [11] en référence à Durkheim appelle de nouveaux « lieux intermédiaires », lieux d'intégration et d'enracinement sociaux, donnant à différentes catégories de minoritaires racisé(e)s des raisons d'espérer, que cette discothèque m'a intéressée.

⁵ Voir à ce sujet les campagnes de SOS Racisme, les affaires dévoilées par le MRAP et la dénonciation « des discriminations raciales » par le chef de l'État (*Le Monde*, 26 novembre 1996).

⁶ Mes sources proviennent à la fois de ma participation à une quarantaine d'après-midi et de nuits dansantes, de conversations informelles avant ou après, de mon intégration à un réseau de copines et d'une série d'entretiens avec des habitué(e)s ainsi qu'avec quelques membres du personnel de ces boîtes. Vingt-deux femmes ont accepté de s'entretenir formellement avec moi pour participer à ce travail (18 Européennes, 3 Africaines et 1 Antillaise), 11 hommes (8 Africains, 1 Antillais, 1 d'ascendance réunionnaise et 1 Européen) et 5 membres du personnel (3 Africains, 1 Antillais et 1 Réunionnais). Dix-sept femmes étaient des habituées du *Manapany*, 8 hommes le fréquentaient et 3 des professionnels rencontrés y travaillaient.

⁷ Adjectifs utilisés pour décrire les boîtes de ce genre par Simon Njami dans son roman *African gigolo* (1985).

Sortir de l'entre soi

Il arrive que des boîtes soient dépeintes comme sénégalaises, camerounaises, ou congolaises, à cause de la clientèle ou de la musique, mais les établissements eux-mêmes dans leurs publicités écrites ou radiophoniques (Africa n° 1, Média Tropical) ne s'annoncent jamais ainsi. La réputation d'une discothèque est d'ailleurs susceptible de changer au fil du temps, un lieu défini comme sénégalais sera présenté quelques années plus tard comme camerounais. Il n'existe aucun établissement dans lequel le personnel ait une origine ethnique, nationale ou régionale homogène⁸.

De plus, à la différence des restaurants africains de Paris dont l'appellation est suggestive (l'Île de Gorée, la Banane Ivoirienne, etc.), ni l'accroche publicitaire ni le nom choisis ne font référence à un lieu ou à un pays donné. Les dénominations évoquant l'Afrique se limitent au *Keur Samba* (Chez Samba, en wolof), l'une parmi les plus anciennes de ces discothèques, et au *Nelson*, en hommage à Mandela. Toutes les autres appellations s'inscrivent dans un registre universaliste fortement inspiré par l'Amérique : le Black and White, le Mambo, l'Alizé, le Ruby's, l'Atlantis, le Titan, le Dixon, le Magic Club, le Malibu, le Magnum, le Galion. Dans leurs cartes publicitaires et dans le *Guide de l'Afrique à Paris 2000-2001*, un livret d'annonceurs qui se veut « *le magazine francophone de la culture noire* », seuls deux établissements se définissent comme « *l'afro-club où à partir de minuit toute l'Afrique se retrouve* », ou « *un rendez-vous des Africains de Paris depuis des générations* »⁹. Le reste des discothèques « *typiques* » promet un « *cadre exotique* », une « *ambiance tropicale* », « *afro-caribéenne* », « *afro-antillaise* » ou alors « *d'Afrique et des Îles* », et non exclusivement africaine. Des lieux censés être antillais ou réunionnais apparaissent d'ailleurs aussi dans ce *Guide* : l'Astros, le Balizier, le Manapany, la 5^e Dimension, la Pointe des Antilles, Cap-Sud, ainsi que La Chapelle des Lombards, boîte de jazz et de rock devenue un haut lieu des rythmes hispano-caribéens à Paris. La clientèle recherchée est qualifiée de « *cosmopolite* » ou encore de « *branchée et multicolore* ». Et dans les faits, elle est mélangée, composée d'Africain(e)s de différentes nationalités (dont française) ainsi que souvent d'Antillais(e), et d'Européen(ne)s en proportions variables. Notons que la seule catégorie pertinente dans les échanges entre clients est celle du pays d'origine et non de la nationalité juridique, cette dernière n'étant jamais évoquée tant par les Africains que par les Antillais qui s'affirment Guadeloupéens ou Martiniquais.

De même, la musique et les formes de danse sociale pratiquées sont le plus souvent mêlées. S'il arrive qu'un genre musical domine, il n'est cependant jamais unique. Le savoir-faire du disquaire réside dans la diversification et la succession des genres au cours d'une même nuit : musiques d'Afrique de l'Ouest (mbalax,

⁸ Un exemple : au *Black and White* au moment de l'enquête, le patron et un serveur étaient sénégalais d'origine, l'autre serveur libanais, le *disk jockey* béninois, l'employée du vestiaire malienne et le physionomiste-videur français.

⁹ Parmi les établissements listés, les plus anciens ont été fondés à la fin des années 1950. La dénomination des établissements de l'après-guerre immédiat était moins universaliste : la Canne à Sucre, l'Éléphant Blanc, le Cha cha cha, le Martinique, le Bal des Antilles. Avant guerre, elle était encore plus éloquente : le Bal Colonial (connu sous le nom de Bal Nègre dont l'ambiance est reconstituée dans le film *La petite Lise* de Jean Grémillon, 1930), la Cabane Bambou, le Tagada-Biguine, la Plantation, la Cabane Cubaine (décrit dans les *Chroniques* de l'écrivain cubain Alejo Carpentier et dans le roman d'Ousmane Socé, *Mirages de Paris*).

africano), d'Afrique du Centre (soukous, makossa) et des Caraïbes (zouk, compas, merenge, ou salsa). Ce mélange de genres qui ont en commun d'être des productions urbaines, résultant d'influences composites, justifie la dénomination afro-antillaise couramment utilisée pour caractériser musique, danse et lieux. Cette appellation s'efface désormais devant celle de « *son black* », encore plus générale. L'effet de censure qui avait remplacé nègre par noir [5], tend maintenant à substituer *black* à noir. Mais la perception de l'autre et la fascination équivoque éprouvée pour ce qui constituerait sa culture ont peu changé. On pourrait nommer blackisme la forme actuelle de cette hétérophilie différentialiste que René Depestre appelait le néganisme, corollaire esthétique des idées primitivistes. Les Européen(ne)s aujourd'hui, quand bien même ils représentent parfois près de la moitié de la clientèle des boîtes de nuit black, comme de celle des bals nègres d'autrefois¹⁰, s'excluent de la description du lieu et de l'ambiance construits comme africains, antillais, ou encore *black*.

Des lieux d'individualisation

Il va de soi que les Européen(ne)s qui fréquentent ces boîtes ne sont pas dans une conduite homogamie. Les rencontres nouées, qui parfois débouchent sur des liaisons durables, cumulent les distances sociales¹¹ : la culture, l'âge et la position socio-économique du partenaire différent. Mais la question de la conformité des partenaires rencontré(e)s en boîte de nuit au modèle valorisé par la communauté d'origine s'applique à l'ensemble de la clientèle.

La plupart des habitués - hommes ou femmes - racontent être venus la première fois « *par hasard* » dans la discothèque, « *pour essayer* », après avoir entendu à la radio une publicité, ou, plus souvent, avec un(e) ami(e) qui connaissait déjà le lieu, dans l'idée de rompre une solitude, souvent dans une période suivant une perte affective. L'ami(e), de même sexe, de la même tranche d'âge, est fréquemment du même milieu professionnel pour les femmes européennes, de la même origine (régionale, nationale, voire ethnique) pour les hommes africains. Pourtant les récits insistent généralement sur la surprise, le choc même, des novices à la vue des disparités quant à l'origine¹² ou quant à l'âge entre hommes et femmes. Il n'y a donc pas volonté au départ de se couper de son appartenance sociale ou communautaire. Néanmoins, l'espace temps de la boîte, cette appartenance disparaît ou est reléguée à l'arrière plan au profit de la stratégie propre

¹⁰ « *Des jeunes filles oxygénées, qui ne sont jamais sorties de Paris, se donnent des airs de connaître les Tropiques et bissent à grands cris* » commentait dès 1929 Alejo Carpentier (*Chroniques*, cité par Y. Ruel [12]). Voir à ce sujet les illustrations photographiques de l'album *Le Paris Noir* [1].

¹¹ À la différence des femmes, les hommes blancs à la recherche d'une partenaire noire sont dans le schéma classique des rapports de sexe quant à l'écart d'âge, de situation professionnelle ou de niveau de formation ainsi qu'à la commercialisation puisque les femmes sont jeunes, sans argent, parfois en situation irrégulière, et que leurs services sexuels sont souvent rétribués.

¹² Une habituée (72 ans) : « *J'avais entendu une pub pour un bal, un thé dansant à Radio Montmartre, mais on ne disait pas que c'était coloré. J'y suis allée avec ma sœur. C'est moi qui suis rentrée en premier, c'était noir - mais comme dans un certain nombre de ces endroits - mais la première personne que je vois c'était un Noir, le deuxième pareil, je voulais repartir, ma sœur m'a poussée en avant, elle me dit maintenant que t'as payé, tu y vas.* » Une seconde (65 ans) : « *C'était avec des amies, elles m'ont emmenée à La Main Bleue [l'actuelle 5^e Dimension] à Montreuil, on se serait cru dans le parking d'Auchan tellement c'est grand, j'avais jamais autant vu de boules foncées.* » Une troisième (52 ans) : « *Ça fait drôle parce que j'ai tellement aimé les dancings mais tellement peu habituée, par contre, aux gens de couleur... Je n'avais jamais fréquenté de gens de couleur avant...* »

à la logique du lieu : la drague, une entreprise purement individuelle dans laquelle nul ne représente un groupe socio-professionnel ou une communauté. Danseurs et danseuses sont dans des rapports sociaux où domine l'identité de genre. Ce qui n'exclut pas d'arranger peu ou prou la présentation sociale de soi : le télé-acteur devient « *consultant* » en marketing, l'homme de ménage travaille « *aux machines dans un magasin* », le surveillant de prison est « *dans une administration* », l'employée de maison fait « *du repassage, pas du ménage* », comme de réduire le stigmate d'un prénom étranger, ou simplement démodé : Mourad se fait appeler Maurice, et Jocelyne Sylvie.

Si l'expérience première a été fortuite, c'est en revanche intentionnellement, pour renouveler la satisfaction éprouvée, que les clients retournent ensuite dans la même boîte. Et il convient de remarquer que c'est généralement seul, du moins pour les hommes¹³. Ce qui n'a été qu'une incursion passagère peut devenir un goût durable, un style de vie qui peut s'installer sur une longue période, dix ou vingt ans, plus ou moins interrompu par les périodes de conjugalité. Ainsi le statut d'habitué s'acquiert-il au fil du temps, à fréquenter plusieurs fois par mois le même lieu. Mais il n'implique pas l'exclusivité. Certains, lorsqu'ils en ont les moyens, font un tour la même nuit dans deux ou trois boîtes : il y a celles où l'on commence à danser à minuit ou à une heure, et celles qui ne s'animent que vers deux ou trois heures du matin si bien qu'il est possible de passer des unes aux autres. Et puis il arrive que tel soir précis « *il ne se passe rien* », « *le disc jockey a cassé l'ambiance* » et qu'il faille aller chercher ailleurs. Des habitués vont parfois un soir de la semaine, généralement toujours le même, dans un lieu et un autre dans une discothèque différente. Il n'est pas rare en effet que l'ambiance et la fréquentation d'un établissement varie selon le jour de la semaine.

Les propos des habituées européennes indiquent un net clivage entre l'expérience ordinaire et celle des nuits en boîte qui leur fait souvent dire qu'« *on y oublie tout* », que c'est « *un dépaysement* », « *comme une bulle* ». L'altérité supposée les autorise à échapper à un certain nombre de normes et ouvre le champ des possibles. Chez les danseurs d'origine africaine (ou antillaise), la boîte de nuit est pareillement perçue comme un lieu où l'on vient « *se défouler* », un terrain relativement neutre, qui réunit une assemblée disparate, cimentée par le goût de la musique et de la danse. L'anonymat y est recherché comme l'affirment les témoignages de plusieurs Maliens habitant Montreuil, mais préférant danser à Paris pour ne pas être confrontés dans les discothèques de cette localité à leurs aînés du foyer. Dans leurs aventures noctambules, ces migrants s'évadent donc aussi - temporairement - du statut social conféré par l'origine.

Toutefois le contexte de la discothèque peut imposer de passer du registre sexué, propre à la boîte, au registre communautaire. Ce dernier, bien que relégué au second plan, ne disparaît pas forcément. Il arrive de voir des groupes arriver ensemble et ne pas se mélanger aux autres, comme il arrive de voir des hommes qui se connaissent du pays (ou du foyer), se saluer, s'excuser auprès de leur danseuse et converser un moment. Selon la situation, une transaction et un choix se font pour affirmer une identité plutôt que l'autre. Les compromis avec les impératifs du groupe d'origine sont souvent conscients et exprimés : ainsi un habitué depuis vingt ans des boîtes de nuit, migrant du Sénégal oriental, manœu-

¹³ Ceci est moins évident pour les femmes, pour qui le groupe d'amies joue un rôle protecteur. Mais de nombreuses femmes adultes (africaines, antillaises, européennes) arrivent seules dans les discothèques où j'ai enquêté.

vre âgé de 48 ans, célibataire, explique qu'il boit du whisky en boîte, de la bière dans l'arrière-salle du café où il invite sa danseuse en sortant, mais que, musulman, il commande un café s'il s'assied en terrasse pour que ses grands frères ne le voient pas boire d'alcool. Un autre habitué, ivoirien, comédien âgé de 44 ans, en France depuis 1982, divorcé d'une Européenne, raconte avoir renoncé à une danseuse dont il avait réussi à obtenir le numéro de téléphone après s'être aperçu qu'elle intéressait un de ses petits frères ; il explique qu'il peut s'amuser avec « *la femme d'un grand frère* », mais ne doit pas le faire avec celle de son neveu ou de son petit frère. Parce que la boîte de nuit suscite de tels processus réflexifs, quelles que soient les trajectoires migratoires et les choix familiaux, elle apparaît comme un lieu d'individualisation, au sens où A. Marie le définit dans *l'Afrique des individus* [9], qui permet à l'individu de prendre une distance vis-à-vis de ses déterminations sociales originelles, de décider de certains moments et de certains aspects de sa vie, et de revoir à cette aune les valeurs auxquelles il est confronté.

Un monde catégorisé

Dans le processus de différenciation des boîtes, l'âge de la clientèle et la classe sociale d'appartenance sont centrales, mais se déclinent inégalement selon le genre. On parle de « *boîtes jeunes* » et de boîtes qui ne le sont pas, aucune ne s'affichant cependant comme réservée aux seniors. Notons que les distributeurs de préservatifs ne se trouvent que dans les boîtes jeunes et de grande capacité (dans les toilettes des hommes), les autres établissements en étant dépourvus. Ces boîtes jeunes sont plus anonymes que celles fréquentées par des clients plus âgés qui affectionnent davantage les espaces restreints où le patron vient saluer les habitué(e)s, organise à leur intention des soirées spéciales¹⁴, et où se tissent des rapports de familiarité. L'une de ces discothèques jeunes, qui se prévaut d'un espace de 1 250 m², est décrite comme un « *hangar* », un « *parking* » ou une « *usine* » par les habitué(e)s des lieux plus intimes. La catégorie d'âge vaut surtout pour les femmes, et davantage encore pour les femmes seules. Les annonceurs du *Guide de l'Afrique à Paris 2000-2001* précisent : « *clientèle ou public jeune* », ou alors « *clientèle de tous âges* », ce qui est une façon de dire que l'on accepte une clientèle féminine âgée. Même dans ces cas, les femmes « *mûres* », comme le formulent poliment leurs danseurs, se plaignent de n'être que tolérées, parkées dans un coin de l'établissement, ou à des tables loin de la piste. Quelques-unes, Européennes, de milieu populaire, au *look* jugé excentrique, sous-catégorie altérisée par l'âge et la classe sociale, ont eu l'expérience d'être refoulées d'établissements où l'entrée est filtrée. Une vieille femme inélégante qui prétend à la sexualité concentre en effet tous les critères du stigmate social.

Il existe des boîtes chic « *club privé modèle* », « *de grande classe* », et des boîtes dont la publicité ne dit certes pas qu'elles s'adressent à une clientèle populaire, mais à « *un public varié* ». Ceux qui fréquentent les night-club élégants trouvent « *bas-de-gamme* » la clientèle des autres discothèques et celle-ci, en retour, qualifie les lieux dont elle est exclue de snob ou guindés. Ce n'est pas le prix

¹⁴ Ces soirées, organisées pour l'anniversaire de la fondation de l'établissement, pour celui du patron ou pour le nouvel an, auxquelles on se rend sur invitation, donnent aux plus populaires de ces lieux un côté club privé qui flatte les habitué(e)s.

d'entrée - l'entrée donne droit à une consommation - qui fait la différence, car il s'élève partout à environ 20 € (plus le vestiaire, 1,5 € par objet), mais la façon de l'encaisser, ainsi que l'importance accordée à la consommation d'alcool. On paye à l'entrée dans les établissements populaires où l'on va davantage pour danser que pour boire, alors que c'est en partant, en fonction des consommations, que l'on règle dans les endroits où il est de bon ton d'avoir une bouteille de whisky ou de champagne sur sa table (150 à 230 €). Le niveau de « correction » exigé dans la tenue vestimentaire varie également. Tandis que jeans bleus et baskets sont proscrits dans certains lieux, le paraître conserve toute son importance dans les night-club chic où la veste, sinon la cravate, demeurent de rigueur pour les hommes. La classe sociale est une catégorie qui discrimine davantage la clientèle masculine : l'élégance vestimentaire constitue un indicateur de niveau social, mais un autre signe de respectabilité et de richesse est d'être accompagné d'une femme. Un ouvrier sénégalais raconte avoir pris l'habitude d'attendre devant la porte de boîtes dont il avait été refoulé qu'une femme seule s'approche de l'entrée pour lui demander d'entrer avec elle. En revanche, dans des établissements où l'on règle un droit d'entrée, les femmes sont exemptées à certaines heures (avant 23 h ou minuit). Dans d'autres, où seules les consommations se payent, l'absence de droit d'entrée favorise l'accès aux femmes peu argentées qui viennent danser pour se faire offrir à boire et racoler.

Car, outre la classe sociale et l'âge, la forme plus ou moins commerciale des relations entre les sexes, différencie également les établissements. Des femmes jeunes et africaines déclarent ouvertement « travailler » dans certains lieux, mais pensent aussi pouvoir nouer là une liaison plus stable, voire conjugale, avec un homme fortuné, français et blanc de préférence¹⁵. Cette ambivalence n'est pas sans jouer sur les comportements de prévention, la sexualité commerciale s'accommodant plus facilement du port du préservatif que la sexualité amoureuse si bien qu'une de ces jeunes femmes qui dit imposer à ses clients le préservatif explique qu'elle va régulièrement à l'hôpital faire des tests. Dans l'une de ces discothèques du Quartier Latin, le *Ruby's*, elles négocient leur départ avec un homme à 300 € (mais descendent, si besoin est, jusqu'à 60 €) alors que selon elles, dans d'autres établissements près des Champs Élysées, comme le *Keur*, le tarif est de 750 €. Les jeunes femmes qui commercialisent plus ou moins complètement leur sexualité ne représentent cependant qu'un pourcentage - 20 à 50 % - de la clientèle féminine de ces night-club. Comme partout ailleurs dans la société, les rapports sociaux de sexe vont du don au tarif payant [16]. Certains lieux sont néanmoins connus pour leurs échanges économique-sexuels. Ceux-ci se font entre jeunes femmes africaines qui fournissent un service sexuel à des hommes plus âgés, souvent européens, contre une compensation économique. D'autres sont des lieux d'échanges où le service sexuel est fourni par des hommes antillais ou africains à des femmes plus âgées, européennes. Dans ce cas, ce sont elles qui apportent une compensation qui n'est alors ni tarifée, ni même forcément monétaire.

¹⁵ L'une d'entre elles à propos du lieu où elle a ses habitudes : « C'est une boîte classe, il y a beaucoup de Blancs qui vont là-dedans. Ils te posent des questions si t'es mariée, si tu travailles, tu fais quoi. C'est de la folie là-dedans. »

Des boîtes de jour, pour qui ?

Tout comme un certain nombre de night-club parisiens à la mode qui se transforment chaque week-end en boîtes de jour de 14 à 19 h pour les moins de 18 ans, plusieurs discothèques afro-antillaises ouvrent pour un prix modique les après-midi en semaine et/ou les dimanches à partir de 18 h. Cette formule « dancing » (de 5 F à 13 €) ne s'adresse pas à des mineurs, mais à des femmes qui ne veulent ni veiller toute la nuit ni rentrer seules à des heures tardives, et à des hommes qui se lèvent tôt le lendemain matin pour travailler, ou alors dont la situation conjugale ne leur permet pas de s'absenter de chez eux la nuit. Une partie seulement de ces clients a fréquenté la nuit les boîtes black à une autre période de sa vie et y retourne occasionnellement.

La clientèle féminine est composée d'Européennes et d'Antillaises en proportion variable selon les lieux. Elle est, surtout en ce qui concerne les Européennes, nettement plus âgée que celle de la nuit. Cette dernière clientèle présente bien des points communs avec celle des dancings rétros du centre de Paris : le type d'élégance, le milieu social populaire, l'âge, ainsi que les critères partagés pour apprécier un lieu qui se résument à « *bien danser* » (ne pas faire tapisserie), « *s'amuser* ». Elles avancent que la danse est un bon exercice physique, qu'on vient pour retrouver des ami(e)s, que c'est mieux que de rester devant la télé, mais ne cachent pas toujours qu'elles sont aussi à la recherche d'un amant. Plutôt que « *les thés dansants pour vieillards où les imaginent les [leurs] enfants* », elles préfèrent, aux mêmes horaires, les boîtes black pour la jeunesse et la disponibilité des danseurs¹⁶. Elles ne forment pas pour autant une tribu confortée par la clôture, le goût du secret, l'uniformité ou la standardisation des apparences [8]. Elles ont pour la plupart grandi et se sont mariées en province et les bals ont joué un rôle dans la sociabilité de leur jeunesse. Elles ont divorcé ou sont devenues veuves sur le tard (vers 40 ou 50 ans), leurs enfants sont adultes depuis longtemps. Elles ont peu ou pas d'amis à Paris, ne travaillent plus, et la conformité aux conventions représente un enjeu qui s'est estompé. Beaucoup d'entre elles racontent venir de milieux ouvertement racistes et s'être disputé avec leurs proches à ce sujet. Constituéées elles aussi en catégorie racisée sous le double signe du biologique et du culturel [5], elles ont fait l'expérience de la stigmatisation comme « *femmes à Noirs* » par les hommes blancs¹⁷, et comme « *vieilles* » par les hommes noirs¹⁸. Leur intégration comme habituée repose souvent sur une trajectoire personnelle en relation avec l'Afrique ou les Antilles, qu'elle soit antérieure ou parallèle à leur fréquentation du lieu - avoir été mariée ou avoir eu des amis de tel ou tel pays, l'avoir visité ou y avoir vécu. Ces acquis sont utilisés comme un capital symbolique au moyen duquel elles se reconnaissent et se mesurent : « *elle, elle connaît les Africains* », ou au contraire « *elle, elle comprend rien aux Black* ». Elles sont à la recherche d'un partenaire

¹⁶ Une habituée (71 ans) différencie ses partenaires « *de grands jeunes gens* » de ceux du Rétro, dancing qu'elle fréquente également « *des petits pépés* ». Une autre (78 ans) à propos de l'Entracte, un dancing rétro du quartier : « *Ce n'est pas qu'on soit jeune, mais là-bas c'est le quatrième âge !* »

¹⁷ L'une d'elle : « *Un jour un homme blanc est rentré et a crié : qu'est-ce que c'est que ce bordel ?* » ; une autre : « *Une fois on était devant, et il y a un mec, un Blanc, qui nous dit : alors, on va manger du boudin noir ?* »

¹⁸ « *C'est comme une qui, il y a longtemps, m'avait invité à boire un coup chez elle. Je lui avais dit : c'est la première fois que je baise avec une vieille. C'était vrai. Elle avait trouvé ça vache, moi pas* » (28 ans, Camerounais).

dont souvent l'origine géographique, les Antilles ou l'Afrique (parfois même l'Afrique de l'Ouest ou du Centre), est prédéfinie. Leurs propos reflètent une sociologie populaire et ne sont pas exempts de catégorisations racistes hostiles, les unes à l'encontre des Antillais, les autres à l'encontre des Africains¹⁹, certaines même à l'encontre de tous les Noirs : « *Méfiez-vous du côté gauche, le côté du cœur et du portefeuille* » (47 ans) ; « *Faut pas croire, moi aussi j'ai couché avec eux, là je fais du joue contre joue mais je les amène pas chez moi, c'est du genre à voler vos bijoux* » (60 ans).

Leurs danseurs, tous Antillais et Africains, également des habitués pour une bonne part, sont plus jeunes. Ils n'ont cependant ni l'élégance, ni même toujours la jeunesse que l'on attribue aux gigolos des thés dansants des quartiers chics. Bon nombre de danseurs antillais, mais aussi sénégalais et africains du Centre (Cameroun, Congo), résident en région parisienne depuis dix ou vingt ans, mais on trouve aussi des migrants plus récents venus surtout du Mali, parlant mal le français, habitant dans des foyers et dont la proportion diminue le mois du Ramadan, événement largement commenté et redouté par les habituées. Le code des rencontres dans ces lieux se démarque de la sexualité purement professionnelle. Certaines débouchent sur des aventures sexuelles sans lendemain, d'autres sur des liaisons suivies, qui durent quelques semaines, quelques mois, ou des années. Elles demeurent parfois clandestines, mais peuvent s'officialiser par la présentation des enfants de la partenaire, par des vacances dans sa maison familiale, ou par le mariage. Si celle-ci voyage aux Antilles ou en Afrique, il arrive aussi qu'elle aille dans la famille de son amant, plutôt présentée comme une amie que comme une compagne. Il ne s'agit donc pas de prestation sexuelle réduite à un acte rapide, mais d'un rapport social plus ou moins durable. La plupart de ces hommes travaillent par ailleurs comme ouvriers ou petits employés. Bon nombre sont mariés. Tous ne le sont pas « au pays » (c'est-à-dire Afrique de l'Ouest). Certains sont installés dans une vie de couple ou de famille en région parisienne, avec des Européennes ou des Antillaises. Une minorité d'entre eux parlent ouvertement de ce type de rencontre comme d'une stratégie leur ayant permis de grimper dans l'échelle de l'intégration. Mais la part d'instrumentalisation cynique par les hommes de la partenaire, comme d'ailleurs le désir des femmes de s'attacher leur amant par des largesses et de les rendre économiquement dépendants, reste difficile à apprécier.

Les termes de l'échange apparaissent loin d'être clairs et l'échange lui-même est rarement explicite [17]. Quoiqu'il puisse simplement s'agir du plaisir sensuel de la musique et de la danse en couple, éventuellement d'un échange réciproque de sexualité et au-delà, de communication affective²⁰, il y a souvent une composante économique qui s'ajoute aux échanges sexuels. Les habituées le disent sans ambages : « *Ils savent qu'ils vont rencontrer des femmes plus âgées, donc*

¹⁹ « *Chez moi, les Antillais, c'est pas mon truc. Moi, j'aime les Africains. Les Antillais, ils ont des mentalités...* » (60 ans). Et encore : « *Les Antillais i' viennent jamais m'inviter. L' savent que je les aime pas. Au bar une fois j'ai entendu une conversation entre deux Antillais, un qui disait "elle danse qu'avec des Africains". Je lui ai répondu : "Monsieur j'ai payé ma place, je fais ce que je veux." Je veux pas faire amitié avec ces gens-là. Ils sont mielleux, ils sont beaux-parleurs mais j'ai vu trop de femmes qu'ont pleuré parce qu'on leur a volé leurs bijoux ou pris des chèques* » (64 ans). Ou bien : « *Méfiez-vous des Africains* » (67 ans). Et aussi : « *Je préférerais danser avec les Antillais. Depuis qu'il y a autant d'Africains, les Antillais fuient, ils me l'ont dit* » (71 ans).

²⁰ « *J'adore le zouk, tu peux danser, te frotter, t'as le moral, tout ce qui est doux, j'aime bien. On est dans les bras des femmes* » (38 ans, Malien).

plus cool. Et puis, avec une arrière-pensée matérielle... Avec une fille black, il va falloir qu'ils payent. La fille ne marchera pas autrement, elles fonctionnent au fric, elles » (femme de 60 ans). La position dominante en matière de pouvoir économique est renversée : les femmes, souvent retraitées, ont des revenus modestes, néanmoins elles vivent dans l'aisance en comparaison de certains danseurs. Il n'y a ni professionnalisation ni tarification de la sexualité masculine, mais parfois monétarisation. Les demandes - selon les femmes²¹ - n'ont pas lieu dans le cadre même de la discothèque. En revanche, une fois que la relation est amorcée ou stabilisée, la place de l'argent est assez clairement affichée et certaines habituées considèrent l'échange de cadeaux contre des rapports sexuels avec des hommes comme une norme dans ce genre de rencontres.

La compensation peut prendre la forme d'une somme plus ou moins importante - de 31 à plus de 310 € - pour dépanner, pour rembourser un découvert, payer un loyer, acheter des médicaments pour les enfants restés au pays ou même y monter une affaire qui fera vivre la famille. Plus souvent, ce sont des présents en nature : paiement de cartes de transport ou de téléphone, achats de nourriture, de vêtements, de parfums. Les hommes, aux dires des habituées, se font héberger, demandent « *des petits services* » (travail domestique), et chaque fois qu'ils visitent leur amante repartent « *avec un filet garni* » ou « *des pièces* » (un peu d'argent) pour la semaine. Certains refusent cependant de paraître en public avec la partenaire, trop vieille pour être une valeur-prestige : aller au restaurant, marcher ensemble dans la rue, ne font pas partie de la prestation. Mais il arrive aussi que l'échange, au-delà de sa valeur économique quantifiable, procure de la sécurité (fourniture de certificats d'hébergement pour des parents) et donne un statut. Les mariages dans lesquels la différence d'âge des conjoints est importante (20, 30 ans ou plus) ne sont pas des exceptions.

L'échange reste toutefois généralement présenté, sinon pensé, de part et d'autre, comme un don. Les hommes avancent la difficulté des femmes âgées à trouver des partenaires sexuels²² : un jeune habitué déclare faire « *de l'humanitaire* », un autre les « *dépanner* », un autre encore commente à propos d'une danseuse qu'il va inviter : « *pour elle, c'est Noël* ». S'il y a compensation, elle est demandée après le rapport sexuel (au moment du départ de l'homme lorsque les partenaires ne vivent pas ensemble), jamais négociée avant. Pas plus qu'une femme qui se fait plus ou moins entretenir ne se classe (ni n'est classée) dans la catégorie des prostituées [17], l'homme ne se considère comme un gigolo : la partenaire doit donner parce qu'elle l'aime et qu'elle en a les moyens. Il l'invite à danser, au café ou au restaurant une fois, néanmoins il fait assez vite comprendre que sa sexualité, sa présence sont des services rendus. Les relations ordinaires qui s'installent, après le premier rapport sexuel, ou dès que la liaison s'est stabilisée, impliquent que la femme donne. À défaut de travail reproductif (ce que plus d'une habituée européenne m'a dit regretter de ne plus pouvoir fournir), elle procure soutien matériel, affectif, domestique, de façon continue ou intermittente. Dans le cas où les amants ne se retrouvent qu'épisodiquement, c'est l'homme qui

²¹ Les hommes, en revanche, n'abordent le sujet que sous l'angle de la dénégation : « *Moi je ne profite pas des femmes comme certains* » (48 ans, Sénégalais).

²² « *Tu sais, Dimanche, je dansais avec une dame, ça faisait trois ou quatre mois que je ne l'avais pas vue, je lui dis : "alors, on est venu faire son marché ? - T'es cynique comme garçon ! - Prends pas ça mal, mais c'est vrai ce que je dis dans le fond. - Quand même, ça m'a fait mal. - Tu t'attendais à quoi ?" Les faux-semblants, je n'aime pas, je préfère les gens francs quitte à me faire jeter. Je sais que c'est vrai, tu sais que c'est vrai* » (28 ans, Camerounais).

maîtrise la fréquence de ses visites. Entre celles-ci, il téléphone régulièrement et assure donc un rôle non négligeable de soutien affectif - ce qui fait souvent dire aux femmes qu'elles sont « *seules sans l'être tout à fait* ». Pour ne pas risquer de l'être complètement, un certain nombre d'entre elles ont, outre leur ami de cœur, le « *régulier* », d'autres partenaires avec lesquels la relation est sporadique et davantage limitée à un échange de sexualité.

La prise de risque liée au multipartenariat non protégé successif ou simultané, masculin et féminin²³, semble importante. La plupart des femmes rencontrées, soit pour des entretiens, soit lors de conversations informelles dans la boîte, expriment spontanément de fortes craintes au sujet du sida, citant des danseurs et des danseuses de leur connaissance qui sont devenus malades ou sont décédés, évoquant surtout le danger des visites de leurs partenaires à leurs épouses en Afrique. Elles affirment le plus souvent la nécessité du préservatif, déclarent en avoir chez elles. Mais leur insistance à parler de la fréquence des accidents de prévention (la non-fiabilité), leur évocation d'épisodes de MST (3 entretiens sur 17 parmi les habituées du *Manapany*) et la répétitivité des tests de dépistage laissent penser qu'elles ne sont pas en mesure de l'imposer, ou alors irrégulièrement. Seuls les jeunes hommes les plus éduqués semblent l'accepter²⁴. Pour trois habituées qui ont dit ne jamais l'utiliser, une seulement a raconté éconduire les hommes qui n'en veulent pas. Aucune d'entre elles ne connaissait l'existence du traitement post-exposition. Quant aux hommes, il semble bien que pour une bonne partie d'entre eux²⁵ le fait que les partenaires rencontrées dans ce genre de boîtes soient blanches, plus âgées et installées dans la vie qu'eux (doublement respectables) serve de protection imaginaire.

Au *Manapany*

Jusqu'à ce qu'il ferme en septembre 2000, le *Manapany*, boulevard de Strasbourg à Paris (devenu depuis le début 2002 le *Rumba Café*, consacré à la salsa), comme l'avait été auparavant le *Tango*, rue Au Maire (transformé en dancing homo *La boîte à frissons*), était un lieu caractéristique de ce genre de relations. Dans un décor kitsch - fresque murale tropicale avec cocotiers, sièges de velours rouge surmontés de parasols rayés, piste de danse encadrée de petites barrières blanches - venait en soirée une clientèle populaire et jeune pour laquelle en 1998 le gérant avait fait installer un distributeur de préservatifs dans les toilettes des hommes, gêné de devoir en donner lui-même aux clients qui souvent lui en demandaient. Il ouvrait aussi les après-midi (lundi, mercredi, vendredi et dimanche) pour une autre clientèle d'habitués de milieu encore plus populaire, et plus âgée, surtout en ce qui concerne les femmes, européennes à 90 %. Cet ancien

²³ Le multipartenariat des femmes habituées du *Manapany* qui en ont parlé (4 sur 17) allait de 2 à 5 partenaires sur la période du mois précédent l'entretien.

²⁴ Affirmation corroborée par les entretiens : sur 8 habitués du *Manapany*, 1 parmi les plus jeunes et instruits (en France depuis le lycée) a affirmé utiliser très systématiquement le préservatif, 2 ne jamais en mettre et les autres ont dit être devenus, à cause du sida, plus sélectifs dans le choix de leurs partenaires.

²⁵ Dans le lot des propositions de « *sortir ensemble* » faites à l'ethnographe lors de sa participation aux après-midi dansants, un seul danseur, haïtien, réfugié politique, en France depuis 1988 et exerçant dans un atelier clandestin le métier de tailleur, a avancé comme argument dans la négociation qu'il utilisait le préservatif : « *moi aussi, je suis un homme, je ne dis pas que je n'ai pas fait l'amour mais il y a des maladies, je me protège* ».

dancing avec orchestre, le *Kiss Club*, avait été racheté et rebaptisé par un Réunionnais qui y avait introduit de la musique typique, il y a une quinzaine d'années, puis reprise par un homme d'affaires d'origine africaine possédant plusieurs boîtes de nuit afro-antillaises et confiée à un gérant martiniquais²⁶. Parmi les clientes de plus de 70 ans, certaines fréquentaient le lieu depuis dix, quinze ans ou plus, venant une ou deux fois par semaine, généralement les mêmes jours, se plaçant aux mêmes tables²⁷, retrouvant des copines (et des copains, danseurs habituels ou anciens amants) qu'elles embrassaient ainsi que le personnel. Elles avaient vu la clientèle masculine blanche du *Kiss Club* fuir devant l'arrivée des Réunionnais et des Antillais, puis ces derniers partager la place avec les Africains. Un certain nombre de danseurs, bien qu'habitues de moins longue date, venaient eux aussi régulièrement, une, parfois deux fois par semaine, voire davantage. L'entrée ne coûtait, les après-midi, que 30 F (5 €) en semaine (avec gratuité pour les dames les lundi et mercredi) et 40 F (6,5 €) le dimanche (plus 5 F, soit 0,8 € par objet au vestiaire), donnant droit à un rafraîchissement sans alcool.

L'espace, très sombre, était bondé les mercredi et les dimanche après-midi où 300 personnes se pressaient, plus dégagé les lundi et vendredi (80 à 100 personnes). Les hommes, dans une position de dominants, se tenaient debout, prêt à bouger, se déplaçaient dans le lieu, alors que les femmes restaient assises, dans l'attente qu'un cavalier vienne les inviter, de façon cérémonieuse, ou alors d'un signe de la main ou du menton²⁸. Toutefois certaines danses (salsa, soukous, danse orientale) leur permettaient de sortir de la passivité pour danser seules. Les hommes alors, avant de se lancer à leur tour, se regroupaient autour de la piste, choisissant celle dont ils allaient essayer de se rapprocher. Ceux qui revenaient s'asseoir entre les séries à côté de leur danseuse, passaient, en propriétaire, un bras sur le dossier de son fauteuil²⁹ pour exprimer l'avancée de leur conquête. Le bar³⁰ où chacun devait aller chercher sa consommation demeurait un lieu masculin, plus éclairé, permettant le repérage des clientes. Aussi celles qui s'y tenaient debout ou s'asseyaient aux tables à proximité, affirmaient-elles une assurance particulière. Les différents sous-espaces du lieu [3, 15] s'appréciaient en fonction de leur plus ou moins grande visibilité et de leur proximité par rapport aux deux pôles d'activités : la piste et le bar. Les habituées - assises toujours aux mêmes endroits afin que leurs cavaliers les retrouvent - les comparaient à des « *quartiers* » ou encore à de « *petits salons* » : exposés aux regards, en retrait, ou alors excentrés et plus intimes (souvent occupés par des couples qui s'étaient formés dans le lieu ou alors s'y étaient donnés rendez-vous). Bien que les places « réservées » aient été rarement défendues avec agressivité et que les rivalités féminines aient été tempérées par des formes de

²⁶ Les après-midi, la caissière était Française, le préposé au vestiaire Sénégalais, le barman ainsi que le DJ Réunionnais, et le physionomiste-videur Mauricien.

²⁷ Certaines chaussaient leurs escarpins sur place, rangeant leurs chaussures de ville dans un sac qu'elles plaçaient avec le gilet derrière leur siège pour économiser le vestiaire, et apportaient un foulard pour réserver leur fauteuil lorsqu'elles dansaient.

²⁸ Façon de faire nettement moins prisee : « *Il y a une façon de demander à danser, le type qui te tape le dos ou te fait un signe de loin, j'accepte pas. Il y a même des Antillais qui le font. Il y a une façon de demander une femme à danser* » (une habituée antillaise, 49 ans).

²⁹ Recommandations d'une habituée (71 ans) : « *Il faut faire attention de ne pas vous faire couvrir. C'est interdit alors qu'on vienne vous inviter. C'est la mainmise sur vous, ça on ne le voit pas dans les bals blancs. Eux changent de partenaire, il n'y a pas de raison qu'on n'en fasse pas autant.* »

³⁰ L'on consommait peu, rarement plus de la boisson à laquelle l'entrée donnait droit et si les hommes invitaient leur danseuse à boire, c'était au sortir de la boîte, au café.

solidarité³¹, la compétition passant par le dénigrement des concurrent(e)s³² et les accusations selon lesquelles tel ou telle serait malade du sida jouaient un rôle important dans le monde des habitué(e)s.

La singularité des après-midi du *Manapany* tenait encore à un autre fait : le mélange unique dans le paysage parisien des genres musicaux : des rythmes caribéens et africains (zouk, compas, salsa, soukous), auxquels s'ajoutaient quelques morceaux de musique orientale, alternaient avec des valse, tangos et paso doble - toutes formes de danse sociale pratiquées dans les autres dancings « blancs » de la place. Savoir danser, bien qu'avancé par la plupart des femmes comme critère pour apprécier un partenaire, n'était pas un pré-requis. La piste relativement clairsemée lors des séries de valse et paso, parfaitement maîtrisées par une minorité d'hommes africains et antillais mais dansées souvent par des couples de femmes³³, se remplissait au moment des salsa et surtout des zouk, facilitant les approches sexuelles. Les jeux de séduction variaient selon les danseurs. Soit ils passaient essentiellement par le gestuel et le toucher, souvent décrit comme enveloppant (« être dans des bras »), soit ils associaient le rapprochement corporel aux déclarations langagières pendant, ou entre, les séquences dansées. Certains proposaient de « s'asseoir ensemble pour bien discuter », d'autres allaient droit au but lors de la première danse : « voulez-vous que je devienne votre amant ? ». Les rapports sur la piste devenaient parfois conflictuels. L'intrusif risquait de se faire planter là, avec des commentaires allant de : « excusez-moi je vais me reposer » ou « j'ai mal aux pieds » à : « tu me prends pour un morceau de viande ou quoi », ou « moi je suis venue pour danser : quand tu arrêteras de frotter ton sexe contre les femmes... ». Les échanges agressifs à cause d'une invitation refusée n'étaient pas rares non plus : « Je lui ai dit : "vous êtes là pour danser, pourquoi alors dire un non méprisant ? Si vous êtes là, c'est que vous aussi vous avez un problème affectif, ne dites pas le contraire". Elle a voulu répondre, mais je me suis levé et suis parti ailleurs » (Africain, 27 ans) ; « J'ai une amie là, elle est toute petite, le mec il l'invite à danser, elle lui dit non, excusez-moi, mais vous êtes trop grand. Alors il la regarde et il lui fait : et puis toi, t'es vieille. Alors elle l'appelle, elle lui fait : et toi, pourquoi tu m'invites, t'es con » (Européenne, 60 ans) ; « Il y avait une fille à côté de moi, plus jeune que moi... un que je connais hein, le v'là qui vient, il invite la dame à côté de moi. Elle lui dit : non, merci. Il me dit : tu danses ? Ah, je dis : non, je suis désolée, t'avais qu'à m'inviter la première » (Européenne, 62 ans).

Après le repérage du début de l'après-midi, les zouk love « collé-serré », dernières séries systématiquement choisies par le DJ, permettaient aux couples de se sceller. Certains alors passaient sur la piste de la danse à l'étreinte. Le flirt dansé plus ou moins poussé pouvait aller - hommes et femmes en ont parlé - jusqu'à la jouissance. Cette forme de « safe sex » pratiquée en dansant se terminait au moment où la musique s'arrêtait et la lumière se rallumait. Les danseurs se saluaient et se séparaient, échangeant alors éventuellement leurs numéros de

³¹ « Ça fait partie des relations. Ça arrive assez souvent. Au Manapany, il y a beaucoup de co-épouses et de co-maîtresses. Une fois que c'est fini, on se fait la bise, on devient copines, on se raconte » (une habituée, 48 ans).

³² Un danseur à l'ethnographe : « Madame, ici il n'y a que des requins », un second : « c'est tous des RMistes et des chômeurs », un troisième : « tous les hommes sont mariés ici ou ont des copines ».

³³ À défaut de partenaire masculin. Certaines femmes ont dit accepter un zouk « un peu osé » à condition que le danseur s'engage à les inviter pour une valse.

téléphone (les femmes donnant parfois un faux numéro pour se débarrasser d'un cavalier collant). Ou encore ils partaient boire un verre dans un café du coin, ou le cavalier accompagnait sa partenaire chez elle, proposant plus rarement l'hôtel³⁴. Peu de couples rentraient ensemble dans la discothèque entre 14 et 15 h, mais un certain nombre s'y formaient lors de chaque après-midi dansant et en partaient vers l'heure de la fermeture entre 18 et 19 h.

L'appréciation portée sur l'après-midi et plus généralement le lieu variait selon que les histoires s'amorçaient, se nouaient, ou se défaisaient, allant de l'éloge enthousiaste au dénigrement. Chacun venait chercher, dans le contact et la proximité que permet la danse, l'effet de rencontre, tout en sachant bien que cela ne se refait pas à volonté, qu'il s'agit un événement. Le jeu se trouvait incessamment relancé par les échecs et la réalité sociale du dehors. Cherchant à répéter, quitte à le forcer, l'effet de rencontre tant désiré, les habitués prenaient le risque de la déception, qui renvoyait le plus souvent au cadre même du lieu : les hommes regrettaient de ne pas trouver des femmes jeunes et sérieuses pour se marier et avoir des enfants, les femmes, dont les propos demeuraient dominés par la représentation amoureuse de la sexualité [2], des amoureux fidèles et désintéressés. Certaines parlaient même de « décrocher ».

Ce lieu parfois décrié permettait néanmoins à tous de ne plus être seul les quelques heures que l'on y passait, éventuellement les jours, les semaines et les mois suivants, et de gérer le désir de rencontre entre l'emballement, la surprise³⁵ et une part de calcul, de marchandage. Sa fermeture a consterné les clients. Les habituées n'ont cessé de se téléphoner pour échanger des informations sur une possible réouverture et sur des lieux de remplacement. Elles se sont pour une part repliées sur les quelques autres discothèques afro-antillaises qui ouvrent en matinée, et pour l'autre, par commodité géographique, sur les dancings rétro du quartier où elles ont entraîné leurs danseurs antillais et africains. Ces derniers, dont certains vivent en foyer et pourraient passer *a priori* pour des sujets « communautaires », ont donc maintenant leurs habitudes dans des dancings ordinaires qui, pour satisfaire cette nouvelle clientèle, ajoutent chaque après-midi aux danses de salon quelques zouk. Bien qu'il ne mette pas en cause l'existence de normes dominantes et de normes dominées [11], ce phénomène rappelle que le processus intégrateur se fait toujours dans les deux sens. Ces femmes et ces hommes, outre la quête de sexualité, le refus de la solitude et l'expérience de la discrimination (pour les hommes liée à la couleur de peau, pour les femmes à l'âge) ont en commun une dynamique d'affranchissement du statut culturel et générationnel. Dans toutes leurs trajectoires d'insertion sociale, la fréquentation des dancings et/ou des boîtes occupe une place importante. Si cette étude ne renseigne évidemment pas sur l'importance du phénomène dans l'immigration,

³⁴ « Les hommes n'ont pas les moyens financiers de prendre une chambre d'hôtel, donc ce sont plutôt les femmes. Après la sortie, on va prendre un café, ça m'est arrivé plusieurs fois. On fait connaissance. Évidemment parfois je n'accepte pas. Car à partir de là, on a mis le doigt dans l'engrenage. Il faut toujours être très clair, il ne faut pas qu'il y ait le moindre équivoque. Si c'est oui, il ne faut pas les faire lanterner longtemps, ils ne comprendraient pas » (71 ans, Européenne) ; « On est arrivé à deux. Tout de suite j'ai vu qu'il y avait des bandes. Quand elles repèrent un lapin, un lièvre, moi j'étais plus dans l'observation. Il était 7 h. C'est là que tout le monde se jette dans la bagarre. La conclusion, c'est au café-tabac derrière. J'ai été embarqué » (51 ans, Sénégalais).

³⁵ Dimensions qui manquent lorsque l'on passe des annonces, ce que font aussi certaines habituées dans Amina, et dans des journaux gratuits : « Grande, blonde, sympa, recherche Black, grand, 30/50 ans, pour relations sympas, voire plus » (61 ans), ou encore « Dame mariée souhaite rencontrer un homme noir de préférence, grand mince, entre 40 et 50 ans » (58 ans).

elle permet néanmoins d'affirmer l'existence d'une population qui constitue un pont (*bridge population*) entre différents pays de départ où la prévalence de l'épidémie est forte et la région parisienne.

Les conditions de ce brassage qui est non seulement culturel mais aussi sexuel impliquent une prise de risque qui demeure importante par rapport au VIH. En effet le préservatif n'est pas devenu une norme. Il semble être peu utilisé. Bien que le sida soit un souci exprimé par les femmes, l'enjeu de la rencontre et les possibilités sociales qu'elles ont pour la négocier, font passer cette préoccupation au second plan. Que les messages de prévention continuent de s'adresser à leurs partenaires masculins comme s'ils étaient seulement ou principalement des sujets communautaires³⁶, sans se diversifier ni tenir compte du brassage sexuel et de la complexité des interactions avec d'autres secteurs de la société ne peut que contribuer à maintenir cet état de fait.

Remerciements

Je remercie France Lert et Christine Hamelin pour leur soutien tant amical que scientifique tout au long de cette étude, ainsi qu'Annie Le Palec pour sa participation à la rédaction du projet et au début du travail de terrain.

Références bibliographiques

1. Blanchard P, Deroo E, Manceron G. *Le Paris noir*. Paris : Hazan, 2001 : 240 p.
2. Bozon M. Observer l'inobservable : la description et l'analyse de l'activité sexuelle. In : Bajos N, Bozon M, Giami A *et al.*, eds. *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*. Paris : ANRS, 1995 : 39-56.
3. Desjeux D, Jarvin M, Taponier S. *Regards anthropologiques sur les bars de nuit : espaces et sociabilités*. Paris : L'Harmattan, 1999 : 210 p.
4. Gras M, Weide J, Langendam MW, Coutinho R, van den Hoek A. HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, the Netherlands. *AIDS* 1999 ; 13 : 1953-62.
5. Guillaumin C. *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*. Paris-La Haye : Mouton, 1972 : 248 p.
6. Guillaumin C. *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*. Paris : Côté-Femmes, 1992 : 240 p.
7. Himes C. *La fin d'un primitif*. Paris : Gallimard, 1956 : 356 p.

³⁶ Ainsi l'émission Caraïbes Santé du 31 août 2001 (Média Tropical) consacrée au multipartenariat met l'accent sur le fait que se protéger c'est protéger ses partenaires et surtout se montrer responsable par rapport à sa communauté (épouse, famille, proches).

8. Maffesoli M. *Au creux des apparences. Pour une éthique de l'esthétique*. Paris : Plon, 1990 : 300 p.
9. Marie A et al. *L'Afrique des individus*. Paris : Karthala, 1997 : 438 p.
10. Njami S. *African gigolo*. Paris : Seghers, 1989 : 222 p.
11. Noiriel G. *Le creuset français. Histoire de l'immigration au XIX^e-XX^e siècle*. Paris : Seuil, 1988 : 438 p.
12. Ruel Y. *Les soirées salsa à Paris*. Paris : L'Harmattan, 2000 : 286 p.
13. Sayad A. *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris : Seuil, 1999 : 438 p.
14. Socé O. *Mirages de Paris*. Paris : Nouvelles Éditions Latines, 1937 : 188 p.
15. Spradley J, Mann B. *Les bars, les femmes et la culture. Femmes au travail dans un monde d'hommes*. Paris : PUF, 1979 : 256 p.
16. Tabet P. Du don au tarif. Les relations sexuelles impliquant une compensation. *Les Temps Modernes* 1987 ; 470 : 1-53.
17. Tabet P. Les dents de la prostituée. Échange, négociation, choix dans les rapports économique-sexuels. In : Hurtig MC, Kail M, Rouch H, eds. *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*. Paris : CNRS, 1991 : 227-43.



Achevé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.
14110 Condé-sur-Noireau (France)

N° d'Imprimeur : 59389 - Dépôt légal : juillet 2002

Imprimé en U.E.

