TANGRAM

Zeitschrift der EKR · Revue de la CFR · Rivista della CFR

50
2026



Rassismus und Gesundheit: historisches Erbe und heutige Realitäten

Racisme et santé : héritage historique et réalités contemporaines

Razzismo e salute: retaggi storici e realtà odierne

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössische Kommission gegen Rassismus EKR
Commission fédérale contre le racisme CFR
Commissione federale contro il razzismo CFR
Cumissiun federala cunter il racissem CFR

Inhaltsverzeichnis
Table des matières
Indice

* Originalversionen in Fettdruck
Versions originales en caractère gras
Versioni originali in grassetto

5
Editorial / Éditorial / Editoriale

8
Dossier

Rassismus und Gesundheit: historisches Erbe und heutige Realitäten
Racisme et santé : héritage historique et réalités contemporaines
Razzismo e salute: retaggi storici e realtà odierne

9_15_20
Rasse und Rassismus in der Medizin
Race, racisme et médecine
Razza e razzismo nella medicina
Tino Plümecke

25_30_35
La Suisse au carrefour de la médecine coloniale
Die Schweiz als Knotenpunkt der Kolonialmedizin
La Svizzera al crocevia della medicina coloniale
Dr. Linda Ratschiller

39_45_49
«Wir Jenischen werden nicht alt»
« Chez nous, les Yéniches, on ne devient pas vieux »
«Noi jenisch non diventiamo vecchi»
Thomas Huonker

53_58_62
Penser le racisme médical en Suisse : invisibiliser ou différencier ?
Medizinischer Rassismus in der Schweiz – verschleiern oder differenzieren?
Razzismo medico in Svizzera: tra invisibilizzazione e differenziazione
Jean-David Pantet Tshibamba & Jonathan Mbondo Mutamba

66_69_73
Quand le racisme s'inscrit dans le corps Entretien
Rassismus hinterlässt Spuren im Körper Gespräch
Quando il razzismo si imprime nel corpo Intervista
Patricia Kafwamba Oguey

76_80_86
Éprouver la charge raciale : une conversation avec Douce Dibondo
Von der Bürde, rassifiziert zu sein – ein Gespräch mit Douce Dibondo
Vivere con il carico razziale: una conversazione con Douce Dibondo
Noémi Michel

90_93_97
Comprendre les traumas transgénérationnels Entretien
Transgenerationale Traumata verstehen Gespräch
Comprendere i traumi transgenerazionali Intervista
Feriel Chaouachi

100_104_108
Depression und Biografie: Krankheitserfahrungen migrierter Frauen
Dépression et biographie : l'expérience de femmes issues de la migration en Suisse
Depressione e biografia: esperienze di donne migranti in Svizzera
Amina Trevisan

111_116_120
Femmes noires, miroir blanc : un enjeu de santé publique
Schwarze Frau im weissen Spiegel: ein Bild mit Folgen für die öffentliche Gesundheit
Donne nere, specchio bianco: una questione di salute pubblica
Angelique Mukendi

124_129_133
CareWatch, un observatoire de l'équité des soins
CareWatch – Monitoringstelle für gerechte Gesundheitsversorgung
CareWatch: un osservatorio dell'equità nelle cure
Dr. David-Zacharie Issom

137
Rechtsprechung
Jurisprudence
Giurisprudenza

147
TANGRAM bestellen
Commander TANGRAM
Ordinare TANGRAM

150
Impressum

Editorial

Ursula Schneider Schüttel
Präsidentin der EKR

deutsch

Jubiläumsausgabe des Tangram

Hier ist sie: die 50. Ausgabe des Tangram – ein bemerkenswertes Jubiläum dieser Zeitschrift. In 50 Ausgaben und 31 Jahren seit der Einsetzung der EKR konnte sich eine interessierte Leserschaft über die spezifischen Themen und die verschiedensten Facetten der Diskriminierung und des Rassismus informieren. Die Zeitschrift diente und dient dazu, weitere Kreise zu sensibilisieren und sich Gedanken über rassistische Diskriminierung und deren Bekämpfung zu machen.

Viele der im Tangram behandelten Themen sind nach wie vor aktuell. Die regelmässige Neuauflage des Tangram 47 «Koloniales Erbe der Schweiz» – etwa für den Schulunterricht – zeigt, dass die Auseinandersetzung mit der kolonialen Geschichte der Schweiz und ihrem Umgang mit Rassismus weitergeführt wird. Es bleibt jedoch noch viel zu tun.

Rassistische Diskriminierungen sind nicht eine Randerscheinung im gesellschaftlichen Leben, sie geschehen mitten unter uns – auch im Gesundheitswesen.

Rassismus im Gesundheitswesen

Der Auswertungsbericht 2024 über Rassismusvorfälle aus der Beratungsarbeit (publiziert im Frühjahr 2025) wies mit seinem Schwerpunktthema auf die Zunahme der Fälle von Rassismus im Gesundheitswesen hin. Er stellte fest, dass Rassismus in diesem Bereich ein echtes und häufiges Problem ist. Im medizinischen Kontext werden rassistische Diskriminierungen allerdings nicht immer als solche erkannt. Neben Einzelereignissen rassistischer Anfeindungen erhalten rassifizierte Menschen oftmals eine schlechtere medizinische Behandlung als weisse Menschen, beispielsweise in der Schmerzbehandlung oder in der Therapiedauer.

Dies ist besonders problematisch, weil sich Patientinnen und Patienten bereits in einer verletzlichen Situation befinden und auf Hilfe angewiesen sind. Entsprechend wird vermutlich nur ein Bruchteil der Fälle erkannt und gemeldet.

Auch das Personal im Gesundheitswesen ist von Rassismus betroffen. Sei es, dass Patientinnen oder Patienten (oder deren Angehörige) die Behandlung durch rassifizierte Menschen schlicht ablehnen oder dass es zu Anfeindungen kommt; sei es, dass sie von Arbeitskolleginnen und -kollegen oder Vorgesetzten herabgesetzt oder gemobbt werden. Nicht immer handelt der Arbeitgeber unverzüglich zum Schutz seines Personals oder der betroffenen Angestellten, wie es seine Pflicht wäre.

Rassismus schadet der Gesundheit

Jeder Mensch hat das Bedürfnis, als wertvolle Person wahrgenommen und gerecht, ebenbürtig und gleich behandelt zu werden – so wie alle anderen. Rassismus und diskriminierende Handlungen führen dagegen zu Ausschluss, zu ungerechten, ungleichen Behandlungen, zu Zurückstellung oder Abweisung. Für die Betroffenen bedeutet dies Leid und anhaltende Belastung. Rassistische Diskriminierungen können Traumata auslösen und schwerwiegende Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit haben. Weitere Diskriminierungen bei der medizinischen Behandlung können diese gesundheitlichen Folgen noch verstärken.

Diese Ausgabe des Tangram beleuchtet die vielfältigen Dimensionen des Rassismus und dessen Folgen für die Gesundheit – von der «Racial Load» und generationenübergreifenden Traumata über das Erbe der kolonialen Medizin und eurozentrische Schönheitsideale bis hin zu den Erfahrungen, die rassifizierte Menschen im Gesundheitswesen machen. Die Beiträge machen deutlich, dass rassistische Diskriminierung zu den «schmerzhaftesten Formen menschlicher Herabsetzung» gehört, wie es im Beitrag von Amina Trevisan treffend heisst.

Gegen Rassismus – für eine gesunde Gesellschaft

Der Kampf gegen Rassismus ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine gerechte, demokratische und respektvolle Gesellschaft – und ich ergänze: für eine gesunde Gesellschaft . Im Interesse einer funktionierenden Gesellschaft und des friedlichen Zusammenlebens haben wir alle die kollektive Verantwortung und die Pflicht, das grosse seelische und soziale Leid von diskriminierten, rassifizierten Menschen zu verhindern. Wir haben die Pflicht, historische Missachtungen und Verletzungen anzuerkennen und zu lindern.

Die Wertschätzung und Anerkennung jedes einzelnen Menschen – egal, wie er aussieht, egal, woher er kommt, wie er lebt oder woran er glaubt – ist der Schlüssel zu einer gesunden Gesellschaft. Daran müssen wir weiterarbeiten.

Éditorial

Ursula Schneider Schüttel
Présidente de la CFR

français

Tangram souffle sa 50e bougie

Notre revue célèbre un anniversaire symbolique : la parution de son 50e numéro depuis la création de la CFR. Depuis 31 ans, Tangram explore les multiples facettes de la discrimination et du racisme, offrant à un lectorat curieux un éclairage sur des thématiques essentielles. Aujourd'hui comme hier, l'ambition reste la même : sensibiliser un large public à la discrimination raciale et mettre en lumière les moyens de la combattre.

Bon nombre des thèmes abordés dans Tangram restent malheureusement d'actualité. La réédition régulière du numéro 47 « La Suisse et ses héritages coloniaux » – à des fins pédagogiques notamment – témoigne de la poursuite de la réflexion sur le passé colonial de la Suisse et de la volonté d'interroger le racisme dans notre pays. Il reste cependant beaucoup à faire.

La discrimination raciale n'est pas un phénomène marginal dans la vie sociale ; elle se déploie partout, y compris dans le système et les soins de santé.

Le racisme dans le domaine de la santé

Le rapport 2024 sur les incidents racistes recensés par les centres de conseil (publié au printemps 2025) fait apparaître une augmentation des cas de racisme dans le domaine de la santé. Le constat est sans appel : le racisme constitue dans ce secteur un problème réel et fréquent. La discrimination raciale n'est pas toujours identifiée ou reconnue comme telle dans le contexte médical. Au-delà des actes d'hostilité dont elles peuvent être victimes, les personnes racisées font souvent l'objet d'une moins bonne prise en charge médicale que les personnes blanches, notamment pour ce qui concerne le traitement de la douleur et la durée des soins.

Cette situation est d'autant plus problématique que les patients sont, par nature, en situation de vulnérabilité et dépendent de l'aide qui leur est apportée. On peut donc supposer que seule une petite part des cas de discrimination est identifiée et signalée.

Le personnel soignant est lui aussi confronté au racisme. Il est directement pris pour cible par des patients ou leurs proches, se heurte au refus de certains d'être soignés par des personnes issues de minorités ethniques. Il peut également être dénigré ou subir du harcèlement de la part de collègues ou de supérieurs hiérarchiques. L'employeur ne met pas toujours en œuvre les mesures appropriées pour protéger son personnel ou les salariés concernés comme il est tenu de le faire, de manière préventive ou en réaction à des situations concrètes.

Le racisme nuit à la santé

Tout être humain a besoin d'être respecté dans sa dignité et traité de manière juste et équitable. Le racisme et les actes discriminatoires entraînent des inégalités de traitement et une mise à l'écart pouvant aller jusqu'à l'exclusion. Pour les personnes concernées, cette réalité peut être pesante et devenir une véritable source de souffrance. Il arrive que les discriminations raciales provoquent des traumatismes et aient de graves conséquences sur la santé mentale et physique, et plus encore si elles s'exercent également dans les soins de santé.

Ce numéro de Tangram met en lumière les multiples facettes du racisme dans le domaine médical et de la santé, de la « charge raciale » aux idéaux de beauté eurocentriques, en passant par les traumatismes intergénérationnels, l'héritage de la médecine coloniale et les expériences vécues par les personnes racisées dans le parcours de soins. Les différentes contributions montrent que la discrimination raciale figure parmi les formes de dévalorisation humaine les plus préjudiciables, comme le souligne avec justesse Amina Trevisan dans son article.

Contre le racisme, pour une société saine

La lutte contre le racisme est une condition indispensable à une société juste, démocratique et respectueuse – en un mot, à une société saine. Il est de notre responsabilité de contribuer à une société qui fonctionne et à la cohabitation pacifique entre les individus, en luttant contre la discrimination et les souffrances psychologiques et sociales qu'elle engendre. Il est de notre devoir de reconnaître les négligences et les injustices commises par le passé et d'en atténuer les conséquences. Le respect et la reconnaissance de chaque individu – quels que soient son apparence, ses origines, son mode de vie ou ses croyances – sont les fondements de notre société. Nos efforts doivent aller dans ce sens.

Editoriale

Ursula Schneider Schüttel
Presidente della CFR

italiano

Il cinquantesimo numero di Tangram

Con il presente numero, Tangram festeggia un traguardo importante. Nelle sue 50 edizioni, pubblicate nell'arco dei 31 anni dall'istituzione della CFR, ha offerto a lettrici e lettori interessati l'opportunità di approfondire temi specifici e di informarsi sulle molteplici sfaccettature della discriminazione e del razzismo. Tangram ha contribuito e continua a contribuire a sensibilizzare un pubblico sempre più vasto e a stimolare la riflessione sulla discriminazione razziale e sulle strategie per combatterla.

Molti dei temi trattati in Tangram rimangono di attualità. La regolare ristampa del numero 47 intitolato «La Svizzera e i suoi retaggi coloniali», in particolare per l'insegnamento scolastico, testimonia che il dibattito sulla storia coloniale della Svizzera e sul suo approccio al razzismo è tuttora in corso. Ciò nonostante, rimane ancora molto da fare.

Le discriminazioni razziali non sono un fenomeno marginale nella vita della società, ma si verificano nel nostro quotidiano – anche nel settore sanitario.

Il razzismo nel settore sanitario

Come emerge dal rapporto di valutazione del 2024 sugli episodi di razzismo trattati nell'attività di consulenza, pubblicato nella primavera del 2025, nel settore sanitario i casi di razzismo sono in aumento e rappresentano un problema reale e frequente. Nel contesto medico le discriminazioni razziali non vengono però sempre riconosciute come tali. Oltre ad essere esposte a episodi di ostilità di carattere razzista, le persone razzializzate spesso non beneficiano della stessa assistenza sanitaria delle persone bianche, ad esempio per quanto riguarda il trattamento del dolore o la durata delle terapie.

Questa realtà è fortemente problematica, poiché le pazienti e i pazienti si trovano già in una condizione di vulnerabilità e dipendono dall'aiuto altrui. Si può inoltre ipotizzare che soltanto una minima parte dei casi venga individuata e segnalata.

Anche il personale sanitario è esposto al razzismo: è il caso, ad esempio, quando pazienti (o le loro famiglie) non accettano che le cure siano prestate da persone razzializzate; oppure quando professioniste e professionisti della salute sono confrontati con episodi di ostilità, vengono sminuiti o sono vittima di mobbing da parte di colleghe e colleghi o superiori. Non sempre il datore di lavoro interviene tempestivamente per proteggere il personale interessato, come previsto dai suoi obblighi.

Il razzismo nuoce alla salute

Tutti gli esseri umani sentono il bisogno di essere considerati persone di valore, di essere trattati in modo giusto, paritario e uguale – ossia «come gli altri». Il razzismo e gli atti discriminatori, invece, portano all'esclusione, a trattamenti ingiusti e iniqui, all'emarginazione o al rifiuto. Situazioni che, per le persone direttamente interessate, comportano sofferenza e un carico emotivo persistente. Le discriminazioni razziali possono provocare traumi e avere gravi effetti sulla salute fisica e mentale. Altre forme di discriminazione nel settore sanitario possono aggravare ulteriormente queste ripercussioni sulla salute.

Il presente numero di Tangram illustra le molteplici dimensioni del razzismo e i suoi effetti sulla salute. Gli articoli esplorano temi come il «carico razziale», i traumi transgenerazionali, l'eredità della medicina coloniale, gli ideali di bellezza euro-eurocentrici e le esperienze vissute dalle persone razzializzate nel sistema sanitario ed evidenziano che la discriminazione razziale rientra tra le «forme più dolorose di denigrazione dell'essere umano», come afferma in modo calzante Amina Trevisan nel suo contributo.

Contro il razzismo – per una società sana

La lotta contro il razzismo è un presupposto fondamentale per una società giusta, democratica e rispettosa – e aggiungo: per una società sana. Nell'interesse di una società che funziona e della convivenza pacifica, tutte e tutti noi abbiamo la responsabilità collettiva e il dovere di prevenire le gravi sofferenze psicologiche e sociali delle persone discriminate e razzializzate. Abbiamo il dovere di riconoscere e riparare le ingiustizie e le violazioni commesse nella storia.

La valorizzazione e il riconoscimento di ogni singola persona – a prescindere dal suo aspetto, dalla sua provenienza, dal suo modo di vita o dal suo credo – sono la chiave per una società sana. I nostri sforzi devono proseguire in questa direzione.

DOSSIER

Rassismus und Gesundheit: historisches Erbe und heutige Realitäten

Racisme et santé : héritage historique et réalités contemporaines

Razzismo e salute: retaggi storici e realtà odierne

Rasse und Rassismus in der Medizin

Dieser Beitrag erörtert, warum Rassismus in der Medizin weder ein rein historisches Phänomen noch lediglich ein Problem individuellen Fehlverhaltens ist. An klinischen Algorithmen, Arzneimittelinformationen und Covid-19 wird sichtbar, wie rassifizierende Praktiken die Gesundheit beeinflussen – und weshalb die Medizin auch ein wichtiges Feld antirassistischer Interventionen ist.

Tino Plümecke

Rassismus und Medizin scheinen für viele heute kaum zusammenzupassen. Schliesslich gilt die Medizin als Profession, die allen Menschen verpflichtet ist – mit dem Ziel, Krankheiten zu heilen, Leid zu lindern und durch Prävention ein gesundes Leben zu ermöglichen. Die meisten Medizinerinnen und Mediziner nehmen zudem für sich in Anspruch, auf keinen Fall rassistisch zu handeln. Nicht wenige sind überzeugt, dass ihre Praxis antirassistisch und auf alle Menschen gleichermassen ausgerichtet ist.

Warum ist es dennoch wichtig, sich mit dem Verhältnis zwischen Rassismus, Rassifizierung und Medizin zu beschäftigen? Dafür sprechen zum einen historische Entwicklungen, die bis in die heutige Zeit nachwirken, und zum anderen aktuelle Auseinandersetzungen innerhalb der Medizin über die Natur menschlicher Differenz und die Bedeutung rassifizierender Ordnungskonzepte. Diese Auseinandersetzungen beeinflussen auch das politische und alltägliche Verständnis menschlicher Diversität.

Das historische Gepäck

Der Blick in die Geschichte zeigt, wie eng Rassismus, Rassifizierung und Medizin miteinander verbunden waren. Seit dem späten 17. Jahrhundert diente die medizinische bzw. physische Anthropologie immer wieder dazu, die vermeintliche Minderwertigkeit und Andersbehandlung von «anderen» biologisch zu begründen und so rassistische Ausbeutung und Unterdrückung zu legitimieren. Besonders drastisch zeigte sich das im Nationalsozialismus in Deutschland. Dort gehörten Mediziner zu jenen Berufsgruppen, die in hohem Masse für staatlichen Rassismus, eugenische Programme und eliminatorische Praktiken ganzer Bevölkerungsteile empfänglich waren. Gegen Ende des Nationalsozialismus waren rund 45 Prozent der deutschen Ärzte Mitglied der NSDAP. Fast 20 Prozent der Oberärzte gehörten der SS an. Als Sinnbild für extreme Formen entmenschlichender Gewalt stehen Josef Mengeles medizinische Versuche an Häftlingen im KZ Auschwitz.

Auch jenseits des Nationalsozialismus spielten Mediziner in der Geschichte rassistischer Theorien und Praktiken weltweit eine unrühmliche Rolle. Beispielsweise erfand der US-amerikanische Arzt Samuel Cartwright die psychische Krankheit «Drapetomanie» – den vermeintlichen Wahn versklavter Menschen, fliehen zu wollen, der durch Züchtigung zu behandeln sei. Mediziner experimentierten mit unbehandelter Syphilis in einer Langzeitstudie an Schwarzen Einwohnerinnen und Einwohnern in Tuskegee (USA) oder nahmen Operationen ohne Narkose an versklavten Frauen vor, wie James Marion Sims, der sogenannte «Vater der modernen Gynäkologie». In der Schweiz war der physische Anthropologe Otto Schlaginhaufen noch bis Ender der 1950er-Jahre als sogenannter Rasseforscher aktiv. Diese Geschichte wirkt bis heute als historisches Gepäck fort und beeinflusst nach wie vor, wie wir menschliche Diversität wahrnehmen, Differenzierungen begründen und welche Bedeutung rassifizierende Konzepte haben.

Eine Aufarbeitung der Verstrickungen der Medizin in rassistische Theorien und Praktiken begann innerhalb der Medizin erst in den 1970er-Jahren.

Sehr später Beginn der Aufarbeitung

Eine Aufarbeitung der Verstrickungen der Medizin in rassistische Theorien und Praktiken begann innerhalb der Medizin erst in den 1970er-Jahren. Viele Verbrechen wurden erst in den letzten Jahr-

zehnten einer kritischen Analyse unterzogen – zahlreiche harren noch immer ihrer Aufarbeitung und Beurteilung. Doch während die Geschichte des Rassismus in der Medizin inzwischen allgemein anerkannt ist, scheint eine Thematisierung von Rassismus in der gegenwärtigen Medizin nach wie vor schwierig zu sein. Neben der erwähnten Vorstellung der Medizin als per se nicht rassistisch oder gar antirassistisch stehen ihr auch überholte Vorstellungen von Rassismus entgegen. Gerade weil Rassismus von vielen noch immer als historische, individuell-intentionale oder auf NS-Rassentheorien bezogene Ideologie verstanden wird, sind strukturelle, institutionelle und nicht-intentionale rassistische Wirkungen des medizinischen Handelns kaum erkennbar.

Fülle an aktuellen Themen

Ausgehend von diesem Verständnis gibt es eine grosse Bandbreite möglicher Themen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) – von Medikamententests im Globalen Süden über den ungleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten sowohl weltweit als auch in der Schweiz, etwa bei spezifischen Erkrankungen wie HIV, Covid-19 oder bei psychiatrischer Versorgung, über Disparitäten in Gesundheitsvariable wie Lebenserwartung, Geburtsgewicht oder Häufigkeit bestimmter Erkrankungen in verschiedenen Bevölkerungsteilen, über Unterschiede in Behandlungsroutinen, Diagnoseerstellungen oder Behandlungserfolgen, über Rassismus, dem Personal in Gesundheitsberufen ausgesetzt ist oder den es auch selbst ausagiert bis hin zur ethnischen und rassischen Differenzierung und Klassifikation von Patientinnen und Patienten in Untersuchungs- und Behandlungsroutinen der Medizin.

Aus dieser Fülle an Themen sollen zwei beispielhaft die aktuellen Auseinandersetzungen, Problematiken und Notwendigkeiten einer kritischen Reflexion des Verhältnisses zwischen Rassismus und Medizin aufzeigen. Zuvor ist es jedoch wichtig, ein Missverständnis biologischer Rasseklassifikationen im Kontext der Medizin zu erörtern.

«Rasse» gilt als sozial konstruiert – Problem gelöst?

Kaum ein Begriff ist in den Wissenschaften so gründlich diskreditiert wie der Begriff der biologischen «Rasse». Spätestens nach den Verbrechen des Nationalsozialismus und vielfältiger wissenschaftlicher Kritik seit den 1970er-Jahren gilt die Vorstellung, Menschen liessen sich naturgegeben in biologische «Rassen» einteilen, gemeinhin als wissenschaftlich widerlegt. Entsprechend wird in Debatten über Rassismus kaum ein Satz so häufig zitiert wie: «Es gibt keine biologischen Rassen». Der Begriff gilt als überwunden, «Rasse» wird als soziale Konstruktion, überkommenes Vorurteil und politische Ideologie gefasst.

Um Missverständnisse zu vermeiden: Der Satz gibt den Stand der Wissenschaften korrekt wieder. Doch allein durch die Zurückweisung des Begriffes «Rasse» verschwinden weder Rassismus noch biologische Rassifizierungen. Vielmehr schaffen neue genetische Technologien, die Diversitäts- und Präzisionsmedizin oder forensische DNA-Analysen fortlaufend neue Möglichkeiten, Menschen aus vermeintlich biologischen Gründen in unterschiedliche Gruppen einzuteilen. Anstelle von «Rasse» ist in deutschsprachigen Publikationen in diesem Zusammenhang häufig von «Population», «Ethnizität», «Abstammung», «Migrationshintergrund» oder «biogeografischer Herkunft» die Rede. US-amerikanische Publikationen verwenden hingegen auch in der Medizin weiterhin häufig die Begriffe «race» oder «race/ethnicity». Gemeint ist damit meist keine klar abgegrenzte biologische Kategorie, sondern eine vielschichtige soziale Positionierung, bei der sich Hautfarbe, Diskriminierungserfahrungen, Herkunftszuschreibungen und sozioökonomische Ungleichheiten miteinander verschränken.

Veränderte Begriffe bedeuten nicht zwangsläufig veränderte Denkweisen. Auch wenn heute von «Ethnizität», «Migrationshintergrund», «Population» oder «Herkunft» die Rede ist, können damit ähnliche oder gar identische Bedeutungen wie früher bei «Rasse» gemeint sein. Entscheidend ist daher nicht nur, welche Begriffe verwendet werden, sondern welche Unterscheidungen legitimiert und angewandt werden, welche Annahmen dabei zum Tragen kommen und welche Folgen sie haben. Wenn etwa bei genetischen Analysen von «racial differences» die Rede ist, wenn in medizinischen Untersuchungen «race» oder «ethnicity» von Patientinnen und Patienten als relevante Variablen gelten oder wenn mittels forensischer DNA-Untersuchungen die «biogeografische Herkunft» einer Person ermittelt werden soll, zeigt sich bereits eine Diskrepanz zwischen der Aussage, dass es «keine Rassen gibt» und der tatsächlichen wissenschaftlichen, klinischen und medizinischen Versorgungspraxis.

Rasse in klinischen Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien

Auch wenn Klassifikationen nach «Rasse» in der Schweiz weithin als überwunden gelten, sind entsprechende Zuordnungen in der medizinischen Untersuchungs- und Behandlungspraxis, in Diagnoseinstrumenten, Risikoberechnungen und Algorithmen keineswegs verschwunden. Dort erscheinen sie vielfach als technisch, standardisiert und damit vermeintlich neutral und tragen so erheblich zu einer Naturalisierung sozialkulturell begründeter Unterscheidungskategorien bei.

Konkret zeigt sich das etwa an der Berechnung der «geschätzten glomerulären Filtrationsrate» (kurz eGFR), mit der die Funktion der Nieren beurteilt wird. Bei Blutuntersuchungen durch Hausärztinnen, Hausärzte oder in klinischen Kontexten wird dabei ein Korrekturfaktor für Schwarze Patientinnen und Patienten eingefügt. Das heisst, dass bei denselben Labormesswerten das Ergebnis für eine Schwarze Person als ver-

meintlich bessere Nierenfunktion ausgegeben wird als für eine weisse Person. Die Folgen können gravierend sein: Eine Nierenerkrankung kann später erkannt, eine Überweisung zur Fachbehandlung verzögert oder der Zugang zur Dialyse oder zur Transplantationsliste erschwert werden. Diese Zuordnung wird begründet mit Studienergebnissen, bei denen Schwarze Teilnehmende im Durchschnitt mehr Kreatinin ausschieden als weisse. Das wurde historisch auf eine vermeintlich höhere Muskelmasse Schwarzer Menschen zurückgeführt. Diese rassifizierende Zuordnung verschleiert jedoch die soziale, kulturelle und historische Bedingtheit solcher Einteilungen. Dass ein Mensch in den USA oder in Europa als Schwarze Person wahrgenommen wird, sagt nur sehr wenig über seine tatsächliche genetische Herkunft aus.

Ähnliche Mechanismen finden sich in anderen Bereichen der Medizin. Eine Übersichtsarbeit von Vyas, Eisenstein und Jones (2020) weist für die US-amerikanischen Kontext 13 verschiedene «race corrections» in auch international angewandten Algorithmen auf, die etwa das Risiko bei Herzinsuffizienz, die Erfolgsaussichten einer vaginalen Geburt nach Kaiserschnitt, die Wahrscheinlichkeit von Harnwegsinfektionen bei Kindern, das Osteoporoserisiko oder Lungenfunktionswerte unterschiedlich berechnen, je nachdem, ob die behandelte Person als «*Black*», «*Hispanic*», «*Asian*» oder «*white*» klassifiziert wird. In manchen Fällen führen solche Zuordnungen dazu, dass Schwarze Menschen oder People of Color als weniger gefährdet gelten und daher tendenziell später oder mit einer geringeren Medikamentendosis behandelt werden. In anderen Fällen erscheinen Schwarze und People of Color als besondere Risikogruppe. Das kann wiederum dazu führen, dass ihnen bestimmte Eingriffe weniger nahegelegt werden.

Auch bei der Vergabe und der Dosis von Medikamenten kommen rassifizierende Einteilungen zum Tragen. Eine Studie von Merz (2025) zeigt, wie in Beipackzetteln von Medikamenten in Deutschland sowie in Arzneimittelinformationen rassifizierende Unterscheidungen anhand von Kategorien wie «ethnische Herkunft», «schwarze Hautfarbe» oder «Kaukasier» vorgenommen werden.

Problematisch ist nicht, Unterschiede zwischen Individuen medizinisch zu berücksichtigen. Medizin nahm schon immer Differenzierungen vor – etwa nach Alter, Vorerkrankungen, Geschlecht oder Gewicht. Wenn aber «Rasse», «Ethnizität», «Herkunft» oder «Migrationshintergrund» als unscharfe Stellvertreterkategorien in klinische Entscheidungen einfliessen, ohne dass geklärt ist, wofür sie eigentlich stehen, besteht nicht nur die Gefahr einer Naturalisierung soziokulturell begründeter Kategorien, sondern darüber hinaus ein erhebliches Risiko für die als «anders» Klassifizierten als Patientinnen und Patienten. Die genannten Kategorien sind in aller Regel viel zu grob, um sinnvolle Entscheidungshilfen für medizinische Differenzierungen zu liefern. Fachleute gehen davon aus, dass die negativen Auswirkungen derartiger Klassifikationen die positiven Wirkungen überwiegen (Graves 2025). Was also als Präzisierung der medizinischen Praxis gedacht ist, kann die Behandlung für einzelne Individuen sogar verschlechtern.

Rassismus macht krank

Zudem können Unterschiede in medizinisch relevanten Daten auch eine Folge struktureller Ungleichheit sein. So wirken sich schlechtere Wohn- und Arbeitsbedingungen, ungesunde Ernährung, Umweltgifte, ein ungleicher Zugang zu medizinischer Versorgung, Misstrauen gegenüber Institutionen oder chronischer Stress aufgrund von Diskriminierung auf die Gesundheit der betroffenen Menschen aus. Solche soziokulturellen Merkmale stehen ebenso wie Einkommens- und Vermögensunterschiede häufig im Zusammenhang mit rassifizierenden Zuordnungen oder mit einem prekären Aufenthaltsstatus. Studien in den USA zeigen zudem etwa, dass medizinisches Personal Schwarze Patientinnen und Patienten bei Schmerzen tendenziell mit weniger Schmerzmitteln behandelt. Als Gründe nennen sie ein Konglomerat aus den Auswirkungen sozialer Ungleichheit, institutioneller Diskriminierung und historisch überlieferten Stereotypen über den Körper schwarzer Menschen. Laut der deutschen Studie «Afrozensus» (Aikins et al. 2021) berichten 64,6 Prozent der fast 5800 befragten Schwarzen, afrikanischen und afrodiasporischen Menschen in Deutschland von Diskriminierungserfahrungen im Bereich «Gesundheit und Pflege». Die Studie zeigt zudem intersektionale Verstärkungen von Diskriminierungserfahrungen an: 83,3 Prozent der Befragten mit Beeinträchtigungen und 74,3 Prozent der Befragten mit niedrigem Einkommen berichten von erlebten Diskriminierungen in diesem Bereich.

Eine Medizin, die Rassismus reflektieren will, muss deshalb ihre Deutungsmuster verändern. Statt darüber zu spekulieren, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen aufgrund vermeintlicher biologischer Dispositionen häufiger an spezifischen Erkrankungen leiden, sollte sie die Wirkungen sozialer Ungleichheiten sowie ungleicher Diskriminierungserfahrungen in den Fokus rücken. Die Alltäglichkeit von Diskriminierung geht buchstäblich unter die Haut und wirkt oft wie ein schleichendes Gift, wie zahlreiche Studien belegen (Krieger 2005). Rassismus kann selbst biologische Folgen erzeugen.

Covid-19 und die Wirkung von Rassismus

Die Coronapandemie hat die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlichen Unterschieden besonders deutlich gemacht. In vielen Ländern waren rassifizierte und sozial marginalisierte Bevölkerungsgruppen viel stärker sowohl von Infektionen mit dem Virus als auch von Hospitalisierungen, schweren Krankheitsverläufen und dem Tod bei Covid-19 betroffen. Schnell wurden dafür auch biologi-

sche bzw. genetische Erklärungen ins Spiel gebracht. Dabei waren die Ursachen offensichtlich andere: beengtere Wohnverhältnisse, höhere Exposition an schlecht geschützten Arbeitsstellen (z. B. in fleischverarbeitenden Betrieben), Berufe im personennahen Dienstleistungsbereich (z. B. im Einzelhandel oder in der Pflege), Angewiesenheit auf öffentliche Verkehrsmittel, Verständigungsbarrieren im Gesundheitssystem und ungleicher Zugang zu Prävention – um nur einige zu nennen.

Die Coronapandemie hat die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlichen Unterschieden besonders deutlich gemacht.

Auch in der Schweiz zeigte sich die Wirkung solcher Ungleichheiten, obwohl das Land über ein hochspezialisiertes Gesundheitssystem mit vergleichsweise breitem Zugang zur Versorgung verfügt (Plümecke et al. 2022). Eine Analyse der Sterbestatistik während der ersten beiden Infektionswellen zeigt deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Schweizer Staatsbürgerschaft. Während die Zahl der Todesfälle unter Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern 2020 gegenüber dem Vorjahr um 11,4 Prozent anstieg, stieg sie unter Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft im gleichen Zeitraum um 21,8 Prozent an – also fast doppelt so stark. Besonders ausgeprägt war der Unterschied bei den 65- bis 74-Jährigen: Hier stieg die Mortalität bei Personen ohne Schweizer Pass um 21,6 Prozent, bei Personen mit Schweizer Pass hingegen um nur 4,7 Prozent. Dabei ist zu betonen, dass die Staatsangehörigkeit nicht die Ursache für diese Unterschiede ist. Sie kann vielmehr als grober Indikator für soziale Vulnerabilität und ungleiche gesellschaftliche Positionierung interpretiert werden, der es zumindest erlaubt, eine deutliche Tendenz zu erfassen. Aussagekräftigere Daten zu ethnischer Zugehörigkeit, Migrationserfahrung oder struktureller Benachteiligung im Gesundheitsbereich werden in der Schweiz kaum systematisch erhoben. Die Analyse der Sterbestatistik macht sichtbar, was sonst leicht verdeckt bleibt: Ein gut ausgebautes Gesundheitssystem schützt nicht zwangsläufig alle Bevölkerungsgruppen gleichermassen.

Fazit

Obwohl es allgemein anerkannt ist, dass es keine biologischen «Rassen» gibt, spielen rassifizierende Zuweisungen, Privilegierungen und Diskriminierungen in der Realität weiterhin tagtäglich eine bedeutende Rolle. Das zeigt ein Dilemma auf: Einerseits ist es notwendig, gesundheitliche Unterschiede entlang sozialkulturell begründeter Differenzkategorien zu erfassen. Andererseits besteht die erhebliche Gefahr, mit den gewählten Kategorien eine essenzielle rassifizierende Differenz festzuschreiben.

Rassismus ist auch in modernen Gesellschaften kein Randphänomen, sondern ein omnipräsentes und gesundheitsrelevantes Ordnungsprinzip. Er wirkt nicht nur dort, wo Menschen andere Menschen bewusst abwerten bzw. diskriminieren, sondern auch in scheinbar neutralen Institutionen, Routinen, Wissensbeständen, technischen Verfahren und Klassifikationen. Medizin ist immer auch biopolitisch in dem Sinne, dass sie Leben, Gesundheit, Krankheit, Risiko und Versorgung ordnet. Gerade deshalb darf Rassismus nicht als rein historisches Phänomen oder nur als individuelles Fehlverhalten missverstanden werden. Die Medizin hat hier allerdings aufgrund ihrer Geschichte, aufgrund der Wirkmacht, die ihren Klassifikationsschemata innewohnt, und der Folgen ihrer Praktiken für eine gerechte Gesundheitsversorgung eine besondere Verantwortung, auch die vielfältigen Effekte von Rassismen aufzuzeigen und diesen entgegenzuwirken.

Auch ungleiche Einkommens- und Vermögensstrukturen, das Risiko für Diskriminierungserfahrungen oder intersektionale Dynamiken der Vulnerabilisierung spezifischer Bevölkerungsteile beeinflussen die Medizin. All dies lässt sich nicht allein durch die Vermeidung des Begriffs «Rasse» oder durch vermeintlich neutrale Bezeichnungen wie «Ethnizität», «Migrationshintergrund», «Hautfarbe» oder «Herkunft» beheben. Tatsächlich besteht sogar die Gefahr, mit derartigen Begriffen soziale Ungleichheit, Diskriminierungserfahrungen und historische Machtverhältnisse unsichtbar zu machen und gesundheitliche Diversität als vermeintlich natürliche oder genetische Gruppeneigenschaften erscheinen zu lassen. Das bedeutet, dass rassifizierte Menschen nicht mehr als unterschiedlich betroffen wahrgenommen werden, sondern als biologisch unterschiedlich. Auf diese Weise können medizinische Daten, Algorithmen und Leitlinien unbeabsichtigt zur Legitimation und Stabilisierung rassistischer Diskriminierung beitragen.

Eine Rassismus reflektierende Medizin darf Unterschiede nicht ignorieren, muss aber präziser fragen, wodurch sie tatsächlich entstehen. Medizin ist dabei nicht nur als Ort zu verstehen, an dem Rassifizierungen fortgeschrieben werden, sondern auch als zentrales Interventionsfeld. Wenn sie Rassismus als strukturelles Gesundheitsrisiko ernst nimmt, die Auswirkungen sozialer Ungleichheiten sichtbar macht und ihre eigenen Routinen und Verfahren immer wieder kritisch überprüft, kann sie dazu beitragen, rassistische Naturalisierungen aufzubrechen, den Auswirkungen struktureller Diskriminierung entgegenzuwirken und damit gesundheitliche Gerechtigkeit zu stärken.

Tino Plümecke ist Soziologe und Wissenschaftsforscher. Seine Forschungsschwerpunkte sind Humanklassifikationen in den Biowissenschaften, Diskriminierung und Rassismus sowie intersektionale Analysen

tino-pluemecke@gmx.de

BIBLIOGRAFIE

Aikins, Muna AnNisa; Bremberger, Teresa; Aikins, Joshua Kwesi; Gyamerah, Daniel; Yıldırım-Caliman, Deniz (2021): Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin. http://www.afrozensus.de.

Graves, Joseph L. (2025): Why Black People Die Sooner: what medicine gets wrong about race and how to fix it. New York: Columbia University Press.

Krieger, Nancy (Hg.) (2005): Embodying inequality. Epidemiologic perspectives. Amityville N.Y.: Baywood Pub.

Merz, Sibille (2025): «Tell it like it is»? Mobilising race in German drug information between common-sense and social taboo. In: *behemoth* 18 (1), S. 58–67. https://doi.org/10.6094/behemoth.2025.18.1.1120.

Plümecke T., Mikosch H., Mohrenberg S., Supik L., Bartram I., Ellebrecht N., zur Nieden A., Schnieder L., Schönberger H., Schulze-Marmeling C. and Gutzeit A. (2022): Differences in mortality in Switzerland by citizenship during the first and second COVID-19 waves: Analysis of death statistics. In: *Front. Public Health* 10. S. 992122. DOI: 10.3389/fpubh.2022.992122

Vyas, Darshali A.; Eisenstein, Leo G.; Jones, David S. (2020): Hidden in Plain Sight — Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms. In: *The New England Journal of Medicine* 383 (9), S. 874–882. https://doi.org/10.1056/nejmms2004740.


Lab.A1
A-Plan
40
A-Plan
10x/0.25
A-Plan
100x/1.25 Oil
∞/0.17

Race, racisme et médecine

Cet article montre que le racisme en médecine ne relève ni d'un passé révolu ni de comportements individuels isolés. À partir de quelques exemples tirés des algorithmes cliniques, des informations sur les médicaments et de la pandémie de COVID-19, il met en évidence les effets des pratiques de racialisation dans le domaine de la santé et souligne pourquoi la médecine constitue un champ d'action central de l'antiracisme.

Tino Plümecke

Aujourd'hui, le racisme et la médecine sont souvent perçus comme antagoniques. La médecine, en tant que profession, n'est-elle pas au service de l'humanité avec pour mission de soigner, de soulager la souffrance et de contribuer, par la prévention, au maintien de la santé ? La plupart des médecins s'efforcent de ne pas adopter de pratique raciste et nombreux sont ceux qui considèrent que leur activité professionnelle est, par sa vocation humaniste, intrinsèquement antiraciste.

S'il demeure important de s'intéresser aux rapports entre médecine, racisme et mécanismes de racialisation, c'est d'abord parce que les héritages historiques continuent de produire leurs effets, mais aussi parce que le monde médical est aujourd'hui traversé par de nombreuses réflexions concernant la nature des différences humaines et l'usage de catégories racialisantes. Ces débats dépassent le seul champ de la médecine, puisqu'ils contribuent également à façonner les représentations de la diversité humaine dans les sphères politique et sociale.

Un héritage historique

Il suffit de jeter un regard sur le passé pour prendre la mesure des liens étroits qui existent entre le racisme, les logiques de racialisation et la médecine. À partir de la fin du XVII[e] siècle, l'anthropologie médicale a fréquemment contribué à légitimer les différences de traitement, l'exploitation et l'oppression de groupes racisés en justifiant leur prétendue infériorité par des « preuves » biologiques. Le régime nazi en Allemagne porta ce phénomène à son paroxysme. La profession médicale comptait alors parmi les milieux les plus réceptifs au racisme d'État, aux politiques eugénistes et aux pratiques d'élimination de groupes entiers de population. Dans les dernières années du régime, environ 45 % des médecins allemands étaient membres du parti national-socialiste, tandis que près de 20 % des médecins-chefs appartenaient à la SS. Les expériences médicales menées par Josef Mengele sur les détenus du camp d'Auschwitz incarnent l'expression la plus radicale de la violence raciale et de la déshumanisation portées par le régime nazi.

L'Allemagne nazie ne constitue toutefois pas un cas isolé. Dans d'autres pays également, des médecins ont joué un rôle sombre dans l'élaboration et la mise en œuvre de théories et de pratiques racistes. Le médecin américain Samuel Cartwright, par exemple, élabora au XIX[e] siècle la « drapétomanie », une pseudo-maladie mentale censée expliquer la propension des personnes réduites en esclavage à s'enfuir et dont le traitement reposait sur les châtiments corporels. Citons également l'étude de Tuskegee aux États-Unis, au cours de laquelle des Afro-Américains atteints de syphilis furent suivis pendant plusieurs décennies sans bénéficier du traitement disponible, ou encore les interventions chirurgicales pratiquées sans anesthésie par James Marion Sims, souvent présenté comme le « père de la gynécologie moderne », sur des femmes réduites en esclavage. En Suisse, l'anthropologue Otto Schlaginhaufen demeura l'une des principales figures de la recherche raciale jusqu'à la fin des années 1950. Or cet héritage historique continue de façonner la manière dont les sociétés contemporaines perçoivent la diversité humaine, construisent et légitiment certaines différences, ainsi que la place qu'elles accordent aux concepts racialisants.

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que la médecine a commencé à examiner de manière critique l'imbrication de son histoire dans celle des théories et des pratiques racistes.

Le lent examen critique du passé

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que la médecine a commencé à examiner de

de manière critique l'imbrication de son histoire dans celle des théories et des pratiques racistes. Nombre des crimes commis en son nom n'ont toutefois fait l'objet d'un examen approfondi qu'au cours des dernières décennies, tandis que d'autres restent encore à documenter et à évaluer. Quoi qu'il en soit, si ce passé est aujourd'hui largement reconnu dans l'histoire de la médecine, il en va autrement du racisme dans la médecine contemporaine. Outre l'idée déjà évoquée selon laquelle la médecine serait intrinsèquement non-raciste, voire antiraciste, certaines conceptions réductrices du racisme constituent également un frein important. Celui-ci est en effet encore souvent réduit à un phénomène historique, à des schémas de pensée individuels ou à l'idéologie nazie. Une telle approche tend à occulter les dimensions structurelles, institutionnelles et non intentionnelles du racisme et leurs manifestations dans les pratiques médicales contemporaines.

Le racisme médical au présent

Pour peu qu'on élargisse ainsi sa compréhension du racisme, on verra apparaître un large éventail de problématiques. Parmi elles figurent les inégalités d'accès aux soins, à l'échelle mondiale comme en Suisse, par exemple dans la prise en charge du VIH, du COVID-19 ou des troubles psychiatriques. S'y ajoutent les essais cliniques menés dans les pays du Sud, ainsi que les disparités statistiques observées entre différents groupes de population, qu'il s'agisse de l'espérance de vie, du poids à la naissance ou encore de la fréquence de certaines maladies. D'autres questions concernent les inégalités dans les pratiques thérapeutiques, l'établissement des diagnostics et les résultats des traitements, le racisme visant le personnel de santé ou reproduit par celui-ci, ainsi que le recours à des catégories ethniques ou « raciales » dans certaines procédures d'examen et de traitement médical.

Dans ce qui suit, nous nous concentrerons sur deux aspects afin de mettre en lumière les débats actuels, les enjeux soulevés et la nécessité de mener une réflexion critique. Il convient tout d'abord de préciser le statut des classifications raciales dans le champ médical contemporain afin d'éviter toute ambiguïté.

Le mot « race » et les pratiques de racialisation

Rares sont les notions qui jouissent aujourd'hui d'une aussi faible légitimité scientifique que celui de la « race biologique ». L'idée selon laquelle l'humanité pourrait être divisée en races distinctes a été largement discréditée dans le sillage des crimes nazis et des profondes remises en question qui ont traversé la communauté scientifique à partir des années 1970. Dans le débat contemporain, l'inexistence des races humaines au sens biologique est régulièrement invoquée. La notion de race, entendue comme catégorie naturelle, n'est plus valide. Elle est aujourd'hui considérée comme une construction sociale, un préjugé commun ou une idéologie politique.

Pour autant, si ce constat reflète fidèlement l'état actuel des connaissances scientifiques, le rejet de la notion de « race » ne suffit pas à lui seul à faire disparaître le racisme ni les processus de racialisation reposant sur des arguments biologiques. Au contraire, les avancées dans les domaines de la génétique, de la médecine de précision et de la médecine de la diversité, ainsi que le développement des analyses ADN médico-légales ouvrent constamment de nouvelles possibilités de catégoriser les individus selon des critères présentés comme biologiques. Dans ce contexte, les publications germanophones, par exemple, parlent aujourd'hui fréquemment de « population », d'« ethnicité », d'« ascendance », de « contexte migratoire » ou encore d'« origine biogéographique ». À l'inverse, les publications américaines continuent d'employer les termes de *race* ou de *race/ethnicity*, y compris dans le champ médical. Ces catégories ne renvoient toutefois généralement pas à des groupes biologiques clairement délimités, mais à des positionnements sociaux complexes déterminés par un ensemble de facteurs comme la couleur de peau, les expériences de discrimination, les origines assignées et les inégalités socio-économiques.

L'évolution des termes n'implique pas nécessairement une évolution des mentalités. Même si l'on parle aujourd'hui d'« ethnicité », de « parcours migratoire », de « population » ou d'« origine », ces notions peuvent revêtir des significations similaires, voire identiques, à celles qui étaient autrefois associées au mot « race ». Dès lors, la question centrale n'est pas celle des termes utilisés, mais celle des distinctions qu'ils instituent, des présupposés qui les fondent et des effets qu'ils produisent. Ainsi, lorsque l'on évoque en anglais des *racial differences* dans le cadre d'analyses génétiques, lorsque la « race » ou l'« ethnicité » des patients font partie des variables prises en compte lors d'examens médicaux, ou encore lorsque des analyses ADN médico-légales cherchent à déterminer l'« origine biogéographique » d'une personne, on observe un décalage entre l'affirmation selon laquelle il n'existe pas de races et les usages qui persistent dans la recherche et la pratique médicale.

La « race » dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement

Bien que les classifications fondées sur la « race » soient aujourd'hui largement considérées comme obsolètes en Suisse, les raisonnements et les présupposés qui leur sont associés n'ont nullement disparu des pratiques médicales. Ils continuent d'influencer les examens et les traitements cliniques, l'évaluation des risques ainsi que certains outils diagnostiques et algorithmiques. Souvent intégrées sous une forme technique et standardisée, perçue comme neutre, ces catégorisations contribuent à transformer des distinctions fondées sur des aspects socioculturels en différences « naturelles ».

L'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG), utilisé pour évaluer la

fonction rénale, illustre cette réalité. Lors d'analyses sanguines réalisées au cabinet médical ou en milieu hospitalier, un facteur de correction est appliqué aux patients noirs. Concrètement, à résultats identiques, la fonction rénale d'une personne noire est ainsi considérée comme meilleure que celle d'une personne blanche. Cette interprétation n'est pas sans conséquences : elle peut retarder le diagnostic d'une maladie rénale, l'orientation vers un spécialiste, l'accès à une dialyse ou à une liste d'attente pour une transplantation. Cette pratique repose sur des études dans lesquelles les participants noirs affichent en moyenne des taux de créatinine plus élevés que les participants blancs. Par le passé, cet écart a été attribué à une masse musculaire supposée plus importante chez les personnes noires. Or cette explication racialisante contribue à présenter comme biologiques des catégories d'êtres humains dont les fondements sont avant tout sociaux, culturels et historiques. Le fait qu'une personne soit perçue comme noire aux États-Unis ou en Europe renseigne en effet très peu sur son patrimoine génétique réel.

On retrouve des mécanismes similaires dans d'autres domaines médicaux. Une étude de synthèse réalisée par Vyas, Eisenstein et Jones (2020) met en évidence treize corrections « raciales » intégrées à des algorithmes américains. Ces algorithmes, utilisés à l'échelle internationale, évaluent notamment le risque d'insuffisance cardiaque, les chances de succès d'un accouchement par voie basse après une césarienne, la probabilité d'infections urinaires chez les enfants, le risque d'ostéoporose ou la fonction pulmonaire. Les résultats varient selon que la personne traitée est catégorisée comme *Black*, *Hispanic*, *Asian* ou *white*. Dans certains cas, les personnes noires ou racisées sont considérées comme moins exposées à certaines affections. Cette représentation conduit à des retards diagnostiques et thérapeutiques, voire à l'administration de traitements à des doses inférieures à celles prescrites à d'autres groupes de patients. À l'inverse, ces personnes sont parfois présentées comme un groupe à haut risque, ce qui peut entraîner une plus grande réticence à leur proposer certaines options thérapeutiques.

Ces catégorisations interviennent également dans la prescription et la posologie des médicaments. Comme le montre l'étude de Merz (2025), les notices d'emploi et les documents d'information sur les médicaments en Allemagne comportent encore des distinctions fondées sur l'origine ethnique, la peau « noire » ou encore l'origine « caucasienne ».

Fondamentalement, le problème ne réside pas dans le fait de prendre en considération certaines différences entre les individus. La médecine s'est toujours appuyée sur des critères de différenciation, tels que l'âge, les antécédents médicaux, le sexe ou encore le poids. En revanche, lorsque des catégories aux contours imprécis comme la « race », l'« ethnicité », l'« origine » ou le « parcours migratoire » interviennent dans la prise de décision clinique sans justification clairement établie, le risque est double. D'une part, ces catégories tendent à essentialiser et à biologiser des différences dont les fondements sont avant tout sociaux, historiques et culturels. D'autre part, trop vagues pour constituer des outils fiables d'orientation diagnostique ou thérapeutique, elles comportent des risques importants pour les personnes altérisées. De nombreux spécialistes considèrent que les effets indésirables associés à leur utilisation excèdent largement les bénéfices attendus (Graves, 2025). Ainsi, ce qui se présente comme une recherche de précision dans la pratique médicale peut, paradoxalement, nuire à la qualité de la prise en charge de certains patients.

Le racisme rend malade

Par ailleurs, les différences observées dans les données médicales peuvent également résulter d'inégalités structurelles. Des conditions de vie et de travail défavorables, une alimentation malsaine, l'exposition à des polluants environnementaux, un accès inégal aux soins, la défiance à l'égard des institutions ou le stress chronique induit par les expériences de discrimination ont des répercussions importantes sur la santé. Ces facteurs socioculturels, de même que les inégalités de revenus et de patrimoine, sont souvent étroitement liés aux processus de racialisation ou à la précarité du statut de séjour. Des études menées aux États-Unis montrent par exemple que les patients noirs souffrant de douleurs reçoivent en moyenne moins d'analgésiques que les patients blancs, ce qu'elles expliquent par une combinaison de facteurs : conséquences des inégalités sociales, racisme institutionnel ou encore persistance de stéréotypes historiques relatifs au corps des personnes noires. Selon l'étude allemande *Afrozensus* (Aikins et al., 2021), 64,6 % des quelque 5800 personnes noires, africaines et afrodescendantes interrogées déclarent avoir été confrontées à des discriminations dans le domaine de la santé et des soins. L'enquête met également en évidence des effets d'intersectionnalité qui accentuent le phénomène : cette proportion atteint 83,3 % parmi les personnes en situation de handicap et 74,3 % parmi celles disposant de faibles revenus.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière de manière particulièrement frappante les liens entre les inégalités sociales et les disparités de santé.

Pour s'emparer du problème, il est donc impératif que la médecine revoie ses schémas d'interprétation. Au lieu d'expliquer la fréquence plus élevée de certaines pathologies au sein de groupes de population par de supposées prédispositions biologiques, elle devrait s'intéresser aux conséquences des inégalités sociales et aux différentes formes de discriminations vécues. De nombreuses études montrent que l'exposition répétée

aux discriminations exerce, de manière insidieuse, des effets profonds sur la santé des personnes concernées (Krieger, 2005). Le racisme peut ainsi produire des effets biologiques mesurables.

Le COVID-19 et l'impact du racisme

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière de manière particulièrement frappante les liens entre les inégalités sociales et les disparités de santé. Dans de nombreux pays, les populations exposées au racisme et à la marginalisation sociale ont été touchées de façon disproportionnée par la maladie, et ce à plusieurs niveaux : infection, hospitalisation, formes graves et taux de décès. Des explications d'ordre biologique ou génétique ont rapidement été avancées pour rendre compte de ces écarts. Or tout indique que leurs causes étaient d'un autre ordre : conditions de logement exiguës, environnements de travail peu protégés (p. ex dans les usines de transformation de la viande), emplois impliquant un contact direct avec le public (p. ex. dans le commerce de détail ou les soins), dépendance aux transports en commun, barrières de communication au sein du système de santé, accès inégal aux mesures de prévention, pour ne citer que quelques exemples.

En Suisse également, les effets de ces inégalités se sont fait sentir, bien que le pays dispose d'un système de santé hautement spécialisé offrant un accès relativement large aux soins (Plümecke et al., 2022). Une analyse des statistiques de mortalité durant les deux premières vagues de COVID-19 met en évidence des différences marquées entre les personnes de nationalité suisse et les personnes ayant un passeport étranger. Alors que le nombre de décès parmi les citoyens suisses a augmenté de 11,4 % en 2020, cette hausse a atteint 21,8 % chez les personnes de nationalité étrangère au cours de la même période, soit presque le double. L'écart était particulièrement prononcé chez les 65-74 ans : dans cette dans cette tranche d'âge, la mortalité a progressé de 21,6 % parmi les personnes ne possédant pas de passeport suisse, contre seulement 4,7 % parmi les Suisses. Il importe de souligner que la nationalité n'en est pas la cause. Elle doit plutôt être comprise comme un indicateur de vulnérabilité sociale et d'inégalités sociales, qui permet à tout le moins de mettre en évidence une tendance nette. En Suisse, les données plus précises concernant l'appartenance ethnique, le parcours migratoire ou la discrimination institutionnelle ne sont pas collectées de manière systématique. L'analyse des statistiques de mortalité révèle ainsi ce qui demeure souvent invisible : même performant, un système de santé ne protège pas nécessairement tous les groupes de population de manière égale.

Conclusion

Bien que l'existence de races biologiques soit aujourd'hui invalidée, les catégorisations héritées de cette conception continuent de structurer les rapports sociaux et les expériences quotidiennes, avec les privilèges et les discriminations qui leur sont associés. Dès lors émerge un dilemme fondamental : la nécessité de mesurer et d'analyser les différences de santé entre des groupes socialement construits se heurte au risque d'essentialiser ces catégories et de réinscrire une logique de racialisation des différences.

Encore aujourd'hui, le racisme ne constitue pas un phénomène marginal ; il demeure un principe structurant des sociétés contemporaines, dont les effets se répercutent notamment sur la santé. Bien au-delà des actes individuels de discrimination ou de dénigrement, il imprègne également les institutions, les routines, les savoirs scientifiques, les dispositifs techniques et les systèmes de classification, réputés neutres. À cet égard, il importe de ne pas sous-estimer la dimension biopolitique de la médecine, qui définit et organise nos rapports à la vie, à la santé, à la maladie, aux risques et aux soins. C'est précisément pour cette raison qu'il ne faut pas réduire le racisme à un phénomène purement historique ni à une posture individuelle. Du fait de son histoire, de la force de ses schémas de classification et des effets de ses pratiques sur l'équité des soins, la médecine a, plus que d'autres domaines, le devoir de rendre visibles les multiples manifestations du racisme et de les combattre.

Les inégalités de revenus et de patrimoine, le risque d'être exposé à des discriminations ainsi que les dynamiques intersectionnelles qui rendent certains groupes de population plus vulnérables influencent également les soins. Ces enjeux ne peuvent être résolus par le simple abandon du terme « race » ni par le recours à des désignations prétendument neutres telles que « appartenance ethnique », « issu de la migration », « couleur de peau » ou « origine ». Au contraire, ces usages risquent de rendre invisibles les inégalités sociales, les expériences de discrimination et les rapports de pouvoir hérités de l'histoire, en présentant les différences observées en matière de santé comme des caractéristiques de groupe supposées naturelles ou génétiques. Les personnes racisées ne sont alors plus perçues comme étant affectées différemment, mais comme étant intrinsèquement différentes sur le plan biologique. Les données médicales, les algorithmes et les normes cliniques peuvent alors contribuer, souvent de manière involontaire, à légitimer et à perpétuer les discriminations raciales.

Une médecine attentive aux effets du racisme ne doit pas ignorer les différences, mais s'interroger avec plus de rigueur sur leurs causes réelles. Loin de constituer uniquement un espace où se perpétuent des pratiques de racialisation, le champ médical peut devenir un terrain propice à leur remise en question. En considérant le racisme comme un déterminant de santé, en mettant en lumière les effets des inégalités sociales et en soumettant continuellement ses propres routines et procédures à un examen critique, la médecine peut contribuer à déconstruire les conceptions essentialistes et biologisantes, à atténuer les

effets du racisme structurel et, ce faisant, à renforcer l'équité en matière de santé.

Tino Plümecke est sociologue et spécialiste de la théorie des sciences. Ses recherches portent sur les classifications humaines dans les sciences de la vie, ainsi que sur les questions de discrimination, de racisme et d'intersectionnalité.

tino-pluemecke@gmx.de

BIBLIOGRAPHIE PAGE 13

Razza e razzismo nella medicina

Questo contributo analizza i motivi per cui il razzismo nella medicina non è né un fenomeno puramente legato al passato né un problema riconducibile esclusivamente a comportamenti individuali scorretti. Gli algoritmi clinici, le informazioni sui medicamenti e la pandemia di COVID-19 evidenziano come le pratiche razzializzanti influenzino la salute e perché anche la medicina costituisca un importante campo d'intervento antirazzista.

Tino Plümecke

Al giorno d'oggi, molti pensano che il razzismo e la medicina siano due ambiti pressoché antitetici. La medicina è infatti considerata una professione votata al bene collettivo finalizzata a curare le malattie, a ridurre le sofferenze e, attraverso la prevenzione, a garantire una vita in salute. La grande maggioranza dei medici ritiene inoltre di non agire in alcun modo in maniera razzista; non pochi sono convinti che la propria attività professionale abbia un'impronta antirazzista e sia equamente accessibile a chiunque.

Perché, allora, è comunque importante occuparsi del rapporto tra razzismo, razzializzazione e medicina? Da un lato, per via di strascichi del passato, le cui tracce sono ancora visibili nel presente e, dall'altro, a causa del dibattito attuale all'interno della medicina sulla natura delle differenze umane e sul significato dei principi ordinatori razzializzanti. Tale dialettica influenza anche la percezione politica e quotidiana della diversità umana.

Retaggi storici

Rivolgendo lo sguardo al passato, emerge chiaramente uno stretto legame tra razzismo, razzializzazione e medicina. Dalla fine del XVII secolo, l'antropologia medica e fisica è stata ripetutamente sfruttata come strumento per giustificare biologicamente il trattamento discriminatorio e la presunta inferiorità dell'«altro» e legittimare così lo sfruttamento e l'oppressione di stampo razzista. Lo testimonia in modo particolarmente drammatico il nazionalsocialismo in Germania, dove i medici risultarono tra le categorie professionali più inclini al razzismo di Stato, ai programmi eugenetici e alle misure volte allo sterminio di interi gruppi della popolazione. Negli ultimi anni del regime nazista, circa il 45 per cento dei medici tedeschi era membro del partito nazionalsocialista (NSDAP) e quasi il 20 per cento dei primari faceva parte delle SS. Gli esperimenti medici di Josef Mengele condotti sui prigionieri del campo di concentramento di Auschwitz sono emblematici delle forme più estreme di violenza disumanizzante.

Ma anche al di fuori del contesto nazionalsocialista, professionisti della medicina hanno contribuito a scrivere pagine buie della storia delle teorie e pratiche razziste. Il medico statunitense Samuel Cartwright inventò ad esempio la «drapetomania», un presunto disturbo mentale che spingeva gli schiavi a fuggire, a cui porre rimedio con punizioni corporali. Nel quadro di un esperimento clinico a lungo termine sul decorso di una sifilide non trattata compiuto sulla popolazione nera di Tuskegee (USA), i medici responsabili scelsero intenzionalmente di non curare le persone malate. Un'altra pagina buia venne scritta da James Marion Sims, il cosiddetto «padre della ginecologia moderna», che effettuò operazioni senza anestesia su donne nere schiavizzate. In Svizzera, l'antropologo fisico Otto Schlaginhaufen fu attivo come «studioso delle razze» sino alla fine degli anni 1950. Questo retaggio storico, che arriva fino ai giorni nostri, influenza ancora oggi la nostra percezione della diversità umana, il modo in cui giustifichiamo le differenze e l'importanza delle concezioni razzializzanti.

Soltanto negli anni 1970 il settore della medicina iniziò a interrogarsi sugli intrecci tra la propria disciplina e le teorie e pratiche razziste.

Forte ritardo nel fare i conti con il passato

Soltanto negli anni 1970 il settore della medicina iniziò a interrogarsi sugli intrecci tra la propria disciplina e le teorie e pratiche razziste. Molti crimini sono stati oggetto di un'analisi critica soltanto negli ultimi decenni, e molti altri aspettano ancora di essere studiati ed esaminati. Se però il connubio tra razzismo e medicina nel passato è ormai generalmente riconosciuto, la questione del razzismo nella medicina contemporanea continua

a essere spinosa. Oltre alla già ricordata visione della medicina quale disciplina intrinsecamente non razzista o addirittura antirazzista, a ostacolarne la tematizzazione vi sono anche concezioni ormai superate del razzismo. Proprio perché molti intendono ancora il razzismo come un'ideologia del passato, individuale-intenzionale o incentrata sulle teorie naziste, gli effetti razzisti strutturali, istituzionali e non intenzionali dell'attività medica rimangono sottotraccia.

Moltitudine di temi di attualità

Partendo da questo approccio, si apre una vasta gamma di possibili temi di indagine, che spaziano dalle sperimentazioni farmacologiche nel Sud globale alle disparità di accesso ai servizi sanitari, sia a livello mondiale che in Svizzera (p. es. per malattie specifiche come l'infezione da HIV e la COVID-19 o nell'ambito dell'assistenza psichiatrica), ai divari riscontrati in variabili legate alla salute come l'aspettativa di vita, il peso alla nascita o l'incidenza di determinate malattie nelle diverse fasce della popolazione. Tra gli ulteriori possibili campi di ricerca si possono citare le differenze nelle pratiche di cura, nella formulazione delle diagnosi e nella quota di successo dei trattamenti, il razzismo subito o manifestato dal personale sanitario, nonché la differenziazione e classificazione dei pazienti su basi etniche e razziste nelle pratiche diagnostiche e terapeutiche.

Tra questa moltitudine di temi, ne abbiamo scelti due con cui intendiamo illustrare, a titolo esemplare, la necessità di una riflessione critica sul rapporto tra razzismo e medicina, nonché le problematiche che ne derivano. Dapprima è però importante soffermarsi su un equivoco legato alle classificazioni razziali su base biologica nel contesto della medicina.

«Razza» intesa come costrutto sociale: problema risolto?

Pochi concetti risultano così profondamente screditati nella ricerca scientifica come quello di «razza» biologica. Al più tardi dopo i crimini nazisti e gli studi critici condotti a partire dagli anni 1970, l'idea che gli esseri umani possano per natura essere suddivisi in «razze» biologiche è considerata scientificamente infondata. Di conseguenza, nel dibattito sul razzismo, una delle frasi più ricorrenti è che «le razze biologiche non esistono». La «razza» è pertanto considerata una nozione superata, un costrutto sociale, un pregiudizio tramandato e un'ideologia politica.

Per sgomberare il campo da malintesi, la frase riportata in precedenza riflette correttamente lo stato della scienza. Il rifiuto della nozione di «razza» non basta però a cancellare né il razzismo né le razzializzazioni su basi biologiche. Le nuove tecnologie genetiche, la medicina personalizzata e della diversità e le analisi forensi del DNA offrono infatti continuamente nuove possibilità per suddividere gli esseri umani in diversi gruppi per supposte ragioni biologiche. Anziché parlare di «razza», in questo contesto spesso si utilizzano termini quali «popolazione», «etnia», «discendenza», «retroterra migratorio» o «provenienza biogeografica». Le pubblicazioni statunitensi, anche di ambito medico, continuano a utilizzare le nozioni di *race* o *race/ethnicity*, intese però non come riferimento a un gruppo biologico ben distinto, bensì come una sfaccettata categorizzazione sociale in cui si intrecciano colore della pelle, esperienze di discriminazione, attribuzioni di provenienza e disparità socioeconomiche.

L'utilizzo di termini alternativi, tuttavia, non è per forza indice di un'evoluzione degli schemi mentali. Benché oggi si parli di «etnia», «retroterra migratorio», «popolazione» o «provenienza», il significato attribuito a queste espressioni può essere simile o addirittura identico a quello associato in passato a «razza». A risultare determinante, quindi, non è tanto la scelta dei termini, quanto piuttosto quali distinzioni risultano legittimate e applicate e quali sono i relativi presupposti e le rispettive conseguenze. Il solo fatto che nelle analisi genetiche si utilizzi l'espressione «differenze razziali», che negli esami medici la «razza» o l'«etnia» dei pazienti siano considerate variabili significative o che, mediante analisi forensi del DNA, si cerchi di determinare la «provenienza biogeografica» di una persona basta a dimostrare una discrepanza tra l'assunto che «le razze non esistono» e la reale prassi scientifica, clinica e medica.

La «razza» nelle linee guida diagnostiche e terapeutiche

In Svizzera, benché le classificazioni in base alla «razza» siano generalmente considerate superate, tracce delle relative attribuzioni permangono negli esami medici e nelle pratiche terapeutiche, negli strumenti diagnostici, nei calcoli dei rischi e negli algoritmi. In questi ambiti assumono spesso, a prima vista, una parvenza tecnica, standardizzata e, dunque, apparentemente neutrale, contribuendo così a far sembrare «naturali» differenziazioni in realtà di carattere socioculturale.

Il calcolo della «velocità stimata di filtrazione glomerulare», con cui viene valutato il funzionamento dei reni, costituisce un esempio concreto di quanto appena affermato. Negli esami del sangue compiuti da medici di famiglia o in contesti clinici, per i pazienti neri viene aggiunto un fattore di correzione. In altre parole, uno stesso valore di laboratorio è considerato indice di un migliore funzionamento renale se riferito a una persona nera anziché bianca. Una particolarità che può avere conseguenze gravi (p. es. diagnosi tardiva di una malattia renale, ritardi nel ricorso a terapie specializzate e dialisi, difficoltà di inserimento nella lista dei trapianti) e che è riconducibile ad alcuni studi, secondo i quali le persone nere rilascerebbero mediamente più creatinina di quelle bianche. Questa caratteristica è stata ricondotta, in passato, a una presunta maggiore massa muscolare delle persone nere. Attribuzioni razzializzanti di questo tipo occultano però il carattere sociale, culturale e storico di simili categorizzazioni. Il fatto che una persona negli Stati Uniti o in Europa

venga percepita come nera dice in realtà molto poco sulla sua effettiva origine genetica.

Meccanismi simili si riscontrano anche in altri settori della medicina. Per il contesto statunitense, uno studio d'insieme di Vyas, Eisenstein e Jones (2020) ha individuato 13 diverse *race corrections* in algoritmi applicati anche a livello internazionale che calcolano, ad esempio, il rischio di insufficienza cardiaca, le possibilità di successo di un parto vaginale dopo un taglio cesareo, le probabilità di un'infezione delle vie urinarie tra i bambini, il rischio di osteoporosi o la funzione polmonare in maniera diversa a seconda che il paziente sia categorizzato come «nero», «ispanico», «asiatico» o «bianco». Non di rado, distinzioni di questo tipo fanno sì che le persone nere o che si identificano come *people of color* siano reputate meno a rischio, e dunque vengano curate tendenzialmente più tardi o con dosi di farmaci ridotte. In altri casi, invece, le suddette due categorie sono considerate particolarmente a rischio e quindi meno idonee a determinati interventi.

Anche nella prescrizione e nel dosaggio di medicamenti si riscontrano criteri razzializzanti. Uno studio di Merz (2025) evidenzia che in Germania, nei foglietti illustrativi di medicamenti e nelle informazioni sui medicamenti, sono presenti distinzioni razzializzanti sulla base di categorie quali la «provenienza etnica», la «pelle nera» o l'origine «caucasica».

Tenere conto delle differenze tra individui a livello medico non è di per sé problematico: la medicina da sempre opera distinzioni, ad esempio in base all'età, alle malattie pregresse, al sesso o al peso. Se però categorie sostitutive dai contorni indistinti quali «razza», «etnia», «provenienza» o «retroterra migratorio» finiscono per influenzare decisioni cliniche senza che sia chiaro il loro reale significato, si corre il rischio non soltanto di naturalizzare categorie socioculturali, ma anche di mettere in pericolo i pazienti «alterizzati». Quasi sempre queste categorie risultano troppo grossolane per offrire basi decisionali appropriate per differenziazioni in ambito medico. Secondo gli esperti, le ripercussioni negative di simili classificazioni prevalgono sui vantaggi (Graves 2025). Ciò che nelle intenzioni dovrebbe servire a rendere più mirata la pratica medica, per determinate persone può addirittura comportare un peggioramento delle cure.

Il razzismo fa ammalare

Le differenze riscontrate in dati rilevanti sotto il profilo medico possono essere dovute anche a disparità strutturali. Condizioni di alloggio e di lavoro meno favorevoli, un'alimentazione poco sana, l'esposizione a sostanze inquinanti, disparità di accesso all'assistenza sanitaria, sfiducia nei confronti delle istituzioni o stress cronico dovuto a episodi di discriminazione incidono sulla salute delle persone direttamente interessate. Caratteristiche socioculturali di questo tipo, come pure disparità di reddito e di ricchezza, sono spesso correlate ad attribuzioni razzializzanti o a uno status di soggiorno precario. Studi condotti negli Stati Uniti evidenziano, ad esempio, che il personale medico somministra tendenzialmente dosi inferiori di antidolorifici a pazienti neri. Tale pratica è riconducibile a un conglomerato di effetti risultanti da disuguaglianze sociali, dalla discriminazione istituzionale e da stereotipi ereditati dal passato sul corpo delle persone nere. Nel quadro dello studio tedesco «Afrozensus» (Aikins et al. 2021), il 64,6 per cento del campione interpellato (quasi 5800 persone nere, africane e della diaspora africana) afferma di aver subito discriminazioni nell'ambito «salute e cure». Lo studio in questione mette in luce anche l'intersezionalità del fenomeno: la percentuale di coloro che lamentano discriminazioni nel suddetto ambito sale infatti all'83,3 per cento per le persone con limitazioni, e al 74,3 per cento per quelle con un reddito basso.

Per fare seriamente i conti con il razzismo, la medicina deve quindi operare un cambio di prospettiva: anziché chiedersi se determinati gruppi della popolazione soffrano più spesso di determinate malattie a causa di presunte caratteristiche biologiche, sarebbe più opportuno che si concentri sugli effetti delle disparità sociali e delle diverse forme e tipologie di discriminazione. La discriminazione è un fenomeno che colpisce per la sua capillarità e agisce spesso come un veleno strisciante, come attestano vari studi (Krieger 2005). Il razzismo può persino provocare effetti di natura biologica.

Pandemia di COVID-19 ed effetti del razzismo

La pandemia di coronavirus ha evidenziato in modo particolarmente marcato la correlazione tra disparità sociali e salute. In molti Paesi, i gruppi razzializzati e socialmente emarginati sono stati colpiti in misura molto maggiore alla media da infezioni, ospedalizzazioni, decorsi gravi della malattia e decessi. Questi fatti sono stati rapidamente ricondotti a ragioni biologiche o genetiche, anche se le cause manifestamente erano altre, tra cui, per citarne solo alcune, la convivenza in alloggi più angusti, una maggiore esposizione in luoghi di lavoro scarsamente protetti (p. es. aziende di trasformazione della carne), l'esercizio di una professione a contatto con il pubblico (p. es. vendita al dettaglio, cure), la necessità di ricorrere ai trasporti pubblici, la presenza di barriere comunicative nel sistema sanitario e le disparità di accesso alla prevenzione.

La pandemia di coronavirus ha evidenziato in modo particolarmente marcato la correlazione tra disparità sociali e salute.

Anche in Svizzera si è visto l'effetto di simili disuguaglianze, malgrado il Paese disponga di un sistema sanitario altamente specializzato con un accesso all'assistenza medica relativamente ampio (Plümecke et al. 2022). Analizzando le statistiche sulla mortalità durante le prime due ondate della pandemia, emer-

gono notevoli differenze tra le persone con e senza cittadinanza svizzera. Nel 2020 i decessi di cittadini svizzeri sono infatti aumentati dell'11,4 per cento rispetto all'anno precedente, mentre quelli degli stranieri del 21,8 per cento, vale a dire di quasi il doppio. Questa differenza risulta particolarmente marcata nella fascia d'età tra 65 e 74 anni, per la quale si rileva un incremento del 21,6 per cento per le persone senza cittadinanza svizzera, a fronte di una crescita pari al 4,7 per i cittadini svizzeri. A tale proposito va naturalmente sottolineato che la causa di queste differenze non è la cittadinanza. Quest'ultima può tuttavia essere considerata un indicatore sommario di vulnerabilità e disparità sociale che permette di individuare una chiara tendenza. In Svizzera non vengono quasi mai rilevati sistematicamente dati più significativi in merito all'appartenenza etnica, al retroterra migratorio o a una discriminazione strutturale in ambito sanitario. Dall'analisi delle statistiche sulla mortalità emerge ciò che altrimenti si tende facilmente a ignorare: un sistema sanitario fortemente sviluppato non per forza tutela tutti i gruppi della popolazione nella stessa misura.

Conclusioni

Nonostante sia generalmente riconosciuto che le «razze» biologiche non esistono, nella realtà quotidiana attribuzioni, privilegi e discriminazioni razzializzanti continuano a giocare un ruolo non trascurabile. Ne scaturisce un dilemma: da un lato, è necessario analizzare le differenze di salute avvalendosi di categorie di natura sociale e culturale; dall'altro, il ricorso a queste ultime comporta il forte rischio di avvalorare differenze razzializzanti essenzializzate.

Anche nelle società moderne, il razzismo non costituisce un fenomeno marginale, bensì un principio ordinatore onnipresente con forti implicazioni per la salute. Il razzismo si manifesta non soltanto quando esseri umani sminuiscono o discriminano altri esseri umani, ma pure nel quadro di istituzioni, routine, conoscenze, procedure tecniche e classificazioni. La medicina assume sempre anche una valenza biopolitica, nel senso che disciplina la vita, la salute, la malattia, il rischio e l'assistenza. Proprio per questo motivo, il razzismo non va interpretato come un fenomeno esclusivamente legato al passato o ridotto a un comportamento individuale scorretto. In questo contesto la medicina, a causa della sua storia, del grande impatto dei suoi schemi di classificazione e delle conseguenze delle sue pratiche sull'equità dell'assistenza sanitaria, deve assumersi una responsabilità particolare, ossia illustrare e contrastare i molteplici effetti dei razzismi.

La medicina è influenzata anche dalle disparità di reddito e di ricchezza, dal rischio di esperienze di discriminazione e dalle dinamiche intersezionali di vulnerabilizzazione di specifici gruppi della popolazione. Tutti questi fenomeni non possono essere superati semplicemente evitando l'uso del termine «razza» o ricorrendo a espressioni apparentemente neutre come «etnia», «retroterra migratorio», «colore della pelle» o «provenienza». Di fatto, nozioni di questo tipo comportano addirittura il rischio di nascondere disuguaglianze sociali, esperienze di discriminazione e rapporti di potere radicati e di ricondurre la diversità in materia di salute a presunte caratteristiche naturali o genetiche di un gruppo. Il risultato è che, in questo modo, le persone razzializzate non siano più percepite come diversamente esposte a tali fattori, ma come biologicamente diverse. Dati medici, algoritmi e linee guida finiscono così involontariamente per legittimare e consolidare la discriminazione razziale.

Una medicina decisa a fare i conti con il razzismo non deve ignorare le differenze, ma chiedersi in modo più preciso da dove provengano realmente. La medicina non va inoltre intesa soltanto come ambito che perpetua le razzializzazioni, ma anche quale campo di intervento cruciale. Prendendo sul serio il razzismo come rischio strutturale per la salute, evidenziando gli effetti delle disparità sociali e interrogandosi sistematicamente sulle proprie pratiche e procedure, la medicina può contribuire a scardinare le naturalizzazioni razziste, a contrastare le ripercussioni della discriminazione strutturale e, in questo modo, a promuovere l'equità nella salute.

Tino Plümecke è sociologo e studioso di science studies. La sua attività di ricerca verte sulle classificazioni degli esseri umani nelle bioscienze, sulla discriminazione, sul razzismo e sull'intersezionalità.

tino-pluemecke@gmx.de

BIBLIOGRAFIA A PAGINA 13



La Suisse au carrefour de la médecine coloniale

Pendant la période coloniale, la Suisse était au cœur de divers projets médicaux, allant de la médecine missionnaire à l'industrie pharmaceutique, en passant par la « science raciale ». Retour sur une histoire dont les catégories et les inégalités nous accompagnent encore, jusque dans les collections de crânes et le lait en poudre.

Dr. Linda Ratschiller

Dans les années 1970, au sein de maternités d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, des femmes en blouse blanche, qu'on aurait prises pour des infirmières, distribuaient des boîtes de lait en poudre aux jeunes mères, accompagnées d'échantillons gratuits. Sur l'étiquette, une promesse : mieux nourrir son enfant. Nourri au biberon, le nouveau-né ne tétait plus, le lait de la mère se tarissait, et celle-ci devenait dépendante d'un produit qu'il fallait désormais acheter. Faute de moyens, beaucoup le diluaient trop, au prix d'une malnutrition. En l'absence d'eau potable, le biberon devenait une source de maladies diarrhéiques, entraînant la mort de nombreux nourrissons.

Un demi-siècle plus tard, l'histoire se répète sous une autre forme. En 2024, l'organisation non gouvernementale Public Eye et le réseau International Baby Food Action Network (IBFAN) ont fait analyser quelque 150 produits Nestlé pour bébés. Leur constat : la firme ajoute du sucre dans des produits vendus en Afrique, en Asie et en Amérique latine, mais pas dans leurs équivalents européens. L'Organisation mondiale de la santé recommande pourtant de ne pas ajouter de sucres dans l'alimentation des nourrissons avant leurs 2 ans. Nestlé répond se conformer partout aux réglementations locales et avoir réduit la teneur en sucres de ses gammes, mais c'est précisément ce qu'on lui reproche, de se contenter de la norme la plus faible là où la loi est la moins exigeante.

Comment une entreprise suisse peut-elle exercer un tel pouvoir sur la santé d'enfants à l'autre bout du monde, et au nom de la médecine ? Pour le comprendre, il faut remonter au XIX^{e} siècle, à l'époque où la médecine moderne et la colonisation européenne se sont développées de pair, et examiner le rôle que la Suisse a joué dans ce contexte. La Suisse n'a jamais possédé d'empire. Pourtant, ses missionnaires, ses savants et ses fabricants de médicaments ont été au cœur du projet colonial européen, et la médecine fut l'un de leurs principaux terrains.

À vélo sous les tropiques : les médecins missionnaires de Bâle

Revenons vers 1900, sur les pistes de la Côte-de-l'Or – le Ghana d'aujourd'hui. On pouvait y croiser un personnage singulier : un missionnaire bâlois à vélo, la sacoche pleine de poudres, de pommades et de remèdes pharmaceutiques venus d'Europe. D'un village à l'autre, il prêchait l'Évangile et tenait des consultations. Entre deux sermons, il expliquait comment les maladies se transmettent, comment s'en protéger et comment les soigner. Le médecin de la Mission de Bâle n'était pas seulement un homme de foi et de science. Il était aussi, qu'il y soit pleinement favorable ou non, un acteur de l'ordre colonial.

La médecine contemporaine a vu le jour dans la seconde moitié du XIX^{e} siècle, précisément à l'époque où les puissances coloniales entraient dans une phase d'expansion intense. À la veille de la Première Guerre mondiale, elles ont colonisé 84 % de la surface terrestre. Au même moment, les médecins acquièrent une autorité nouvelle. On les consulte non seulement sur la santé, mais aussi sur l'économie, la société et la politique. Le savoir médical devient un instrument indispensable de l'expansion européenne outre-mer. Comme l'a résumé l'anthropologue Johannes Fabian, connaître l'Afrique a d'abord signifié, pour les Européennes et Européens, apprendre à survivre à son climat (Fabian, 2000, p. 59).

Il est désormais largement établi que la Suisse était étroitement liée au colonialisme et à l'ordre du savoir qui en a découlé. Marchands, mercenaires et scientifiques se sont insérés dans les empires des puissances européennes. Dans le domaine médical, ce sont surtout les missionnaires qui s'y sont distingués. Aujourd'hui encore, on trouve, en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud, des hôpitaux fondés par des sociétés mission-

naires suisses. On présente volontiers ces soins comme le plus beau fleuron du « progrès » apporté au Sud global. Un regard historique révèle pourtant une réalité plus trouble : la médecine missionnaire était étroitement liée aux logiques et aux pratiques de la colonisation.

Cet article s'appuie sur une étude historique consacrée à six médecins de la Mission de Bâle, actifs entre 1885 et 1914 dans la colonie britannique de la Côte-de-l'Or et dans le Cameroun allemand. Ils comptaient parmi les premiers missionnaires d'Europe à compléter leur formation au séminaire par des études universitaires de médecine. Beaucoup devinrent des experts reconnus de la médecine dite tropicale – une discipline fondée sur l'idée que certaines maladies seraient propres aux régions chaudes, et qui s'institutionnalise vers 1900 (Ratschiller Nasim, 2023).

Médecine tropicale : une discipline entre acclimatation et ségrégation

Le premier manuel en langue allemande sur les maladies tropicales est l'œuvre d'un médecin missionnaire : Rudolf Fisch, qui passa vingt-six ans au service de la Mission de Bâle sur la Côte-de-l'Or. Paru en 1891, son livre *Tropische Krankheiten* restera plus de vingt ans un ouvrage de référence. Fait révélateur, il s'adressait « aux missionnaires, aux commerçants et aux fonctionnaires » (Fisch, 1891). Car à ses débuts, la médecine tropicale ne se souciait guère des colonisés, elle voulait d'abord garder en vie les Européennes et Européens.

La question de l'acclimatation, c'est-à-dire la survie et l'efficacité du personnel jugé « blanc » sous les tropiques, était à l'origine de cette discipline. Malgré des siècles de présence européenne sur les côtes ouest-africaines, la région passait pour la « tombe de l'homme blanc ». La médecine des puissances coloniales y fut longtemps à peu près impuissante. Les signes ne changeront qu'avec l'avèment de la médecine de laboratoire.

À partir des années 1870, on découvre que certains micro-organismes sont à l'origine de nombreuses maladies. Auparavant, on accusait les « miasmes », ces airs viciés que l'on croyait propres à certains climats. La nouvelle théorie microbienne change la donne : si une maladie vient d'un microbe et non d'un climat, alors la science peut l'identifier au microscope et la combattre. Le laboratoire devient le cœur de la recherche et de la santé publique, en Europe comme dans les colonies.

On aurait pu croire que cette découverte dissiperait la peur des tropiques, mais l'angoisse demeura. Malgré une nouvelle compréhension des modes de transmission, la communauté scientifique reste divisée quant à la meilleure façon de combattre les maladies contagieuses. On supposait désormais que, même si le climat ne causait pas directement les maladies, il affaiblissait la constitution des Européennes et Européens, et les exposait à la contagion. En 1900, plus de cinquante sociétés d'acclimatation existaient dans le monde. Dans l'esprit du darwinisme social, les tropiques étaient devenus le théâtre d'une lutte pour la « survie raciale ».

Bien que la mortalité de la population européenne en Afrique de l'Ouest reculait progressivement, l'impression qu'elle était plus vulnérable aux maladies que la population africaine posait un problème idéologique. Difficile, dans ces conditions, de soutenir que les colons « blancs » étaient biologiquement « supérieurs » et donc mieux armés. Cette prétention dut emprunter un détour. Puisqu'une définition physique ne suffisait pas à justifier la domination européenne, on invoqua la distance sociale : un mode de vie « civilisé », réglé et tenu à l'écart de la population africaine.

Ce raisonnement déboucha sur la ségrégation raciale de villes entières. En Afrique de l'Ouest, la majorité des Européennes et Européens vivaient à part, la population africaine étant tenue pour une source d'infection. Les médecins bâlois eux-mêmes plaidèrent pour séparer les quartiers, notamment à Accra et à Douala. Mais cette position se heurta à une vive opposition au sein de la Mission : pour convertir, il fallait au contraire un contact étroit avec la population. Le raisonnement médical, l'ambition coloniale et la pratique missionnaire entraient ici en tension ouverte. Quant au bien-être des peuples colonisés, les gouvernements coloniaux s'en souciaient fort peu : on s'imaginait, à tort, que les populations africaines résistaient mieux aux « maladies tropicales ».

Soigner les peuples colonisés : médecine et « mission civilisatrice »

Au tournant du XX^{e} siècle, la priorité se déplace. On commence à soigner aussi la population africaine, au nom d'une « mission civilisatrice » présentée comme généreuse et bienveillante. Mais les motifs étaient d'abord économiques. Soigner promettait, d'une part, une main-d'œuvre en bonne santé pour les plantations, les mines et les industries dont vivait l'économie coloniale. D'autre part, médecine et santé publique offraient un moyen commode de consolider l'autorité coloniale et de la légitimer sous des dehors bienveillants.

Dans cette entreprise, les missions se révélèrent des partenaires précieux par leurs hôpitaux et leur personnel, mais aussi par leur rôle d'avant-garde de la « mission civilisatrice ». Bien avant la médecine de laboratoire, les soins étaient pour elles un terrain de prédilection, car ils rapprochaient des âmes à convertir. Leurs dispensaires accueillaient donc non seulement la population européenne, mais aussi les populations africaines longtemps exclues des soins médicaux des États coloniaux.

Ludwig Külz, médecin du gouvernement allemand au Cameroun et au Togo, par ailleurs très critique envers les missions, le reconnaissait pourtant en 1919 : « Les médecins coloniaux allemands ont

observé partout que les populations indigènes influencées par les missionnaires sortaient très vite de leur passivité en matière d'hygiène, que les mères baptisées emmenaient bien plus souvent leurs enfants malades chez le médecin que les autres, que la valeur accordée à l'enfant était nettement plus élevée et qu'on constatait des soins actifs à son égard.» (Külz, 1919/1920, p. 44–45) Cet éloge souligne l'importance que les autorités coloniales accordaient aux missions, tant pour le progrès médical que pour la promotion de la colonisation.

Sur le terrain, les médecins de la Mission de Bâle ne ménageaient pas leur peine. À bicyclette, ils tenaient des consultations dans les villages autour de leurs stations, sur la Côte-de-l'Or comme au Cameroun. Au fil de ces longues tournées, ils ne prêchaient pas seulement, mais donnaient aussi des conférences sur la contagion, la prévention et le traitement des maladies courantes. Les colonies offraient ainsi aux médecins missionnaires un cadre où gagner à la fois une réputation scientifique et une influence politique. Raison pour laquelle les gouvernements coloniaux leur ont accordé une grande marge de manœuvre dans les colonies.

Pluralisme médical : résistance et adaptation en Afrique de l'Ouest

Pourtant, les populations africaines n'ont pas attendu les médecins européens pour se soigner. Elles disposaient de leurs propres systèmes de santé, qui avaient fait leurs preuves et étaient adaptables. Les médecins venus d'Europe n'étaient, le plus souvent, qu'une option parmi d'autres. En 1905, le missionnaire Adolf Mohr, qui avait œuvré plus de trente ans sur la Côte-de-l'Or, l'écrivait sans détour à la direction de la Mission de Bâle :

« Malgré nos médecins et leurs remèdes, pommades et poudres européens, les indigènes restent attachés à leurs décoctions d'herbes, d'écorces, etc. Même nos pasteurs et nos catéchistes ont largement recours à la médecine locale. En cas de blessures, d'ulcères ou lorsque des interventions chirurgicales sont nécessaires, on achète généralement des médicaments européens ou on sollicite l'aide d'un médecin ; mais dans l'ensemble, les indigènes restent fidèles à la médecine locale. » (Mohr, 1905)

Face à ce pluralisme médical faisant coexister plusieurs manières de guérir, les médecins bâlois durent ruser. Pour rendre leur médecine populaire, ils en remodelèrent le discours et les gestes : ils intégrèrent l'usage de plantes médicinales et firent même des allusions à des pouvoirs « magiques » – pratique qu'ils s'étaient pourtant promis d'éradiquer. Si leur médecine séduisit parfois, ce ne fut donc pas par une supériorité évidente, mais grâce à ces adaptations très calculées. Surtout, les missionnaires médicaux échouèrent dans leur mission première, à savoir convertir. En 1895, lors de la fête annuelle de la Mission de Bâle, Fisch en tirait une conclusion désabusée :

« En effet, la plupart des personnes que nous invitons à se réconcilier avec Dieu répondent : "Ce que vous dites est bien, mais guérissez d'abord ma maladie et ensuite je deviendrai chrétien", et quand les gens sont guéris de leur maladie, ils ne deviennent pas chrétiens pour autant. » (Fisch, 1895, p. 376)

Cette histoire n'est donc pas à sens unique. La médecine missionnaire fit irruption dans un univers de soins déjà constitué. Les soignantes et soignants africains s'approprièrent les concepts et les outils de la médecine de laboratoire pour les plier à leurs besoins. Si la médecine moderne est devenue mondiale, ce n'est pas seulement parce que l'Europe l'aurait « exportée », c'est aussi parce qu'elle fut discutée, transformée et enrichie dans les colonies. Ces échanges se déroulèrent toujours dans un rapport de force profondément inégal, marqué par le colonialisme et le racisme. Mais les savoirs africains ont, eux aussi, contribué à façonner la médecine que nous connaissons.

Industrie pharmaceutique et « science raciale » en Suisse

C'est dans le domaine pharmaceutique que ces échanges se lisent le plus clairement. Dès leurs premières missions, les Européennes et Européens s'intéressèrent de près aux remèdes naturels. L'un des premiers fut l'écorce de quinquina, provenant de l'Amérique du Sud et mise en vente à Londres dès 1658. La quinine qu'on en extrait servit de moyen de prévention et de traitement contre le paludisme : sans elle, la pénétration européenne en Afrique aurait été quasi impossible. Un médicament, en somme, qui a rendu la colonisation possible.

> *En transformant les plantes coloniales en pilules, les entreprises européennes se les appropriaient et leur donnaient l'allure d'une invention « moderne » et « scientifique ».*

Loin d'affaiblir la valeur de ces plantes, l'essor de la chimie au XIX^e^ siècle la décupla. Les remèdes naturels partaient vers l'Europe comme matières premières. On y isolait leurs principes actifs pour en faire des médicaments au dosage standardisé, fabriqués en usine. En transformant les plantes coloniales en pilules, les entreprises européennes se les appropriaient, et leur donnaient l'allure d'une invention « moderne » et « scientifique ». Soutenus par l'industrie pharmaceutique naissante, missionnaires, botanistes et négociants suisses établirent des monopoles sur des substances médicinales dans le monde entier.

Bâle était au cœur de cette évolution. Longtemps plaque tournante de la mission protestante, la ville rhénane devint un pôle international de médecine tropicale et de pharmacie. L'industrie pharmaceutique suisse est née de la chimie des colorants, elle-même au service du commerce textile – un commerce nourri par le coton et les

matières premières des régions colonisées. Les entreprises Geigy (fondée en 1758), Ciba et Sandoz (fondées en 1886) fabriquaient d'abord des teintures avant de devenir les géants pharmaceutiques que l'on connaît, réunis aujourd'hui dans Novartis, aux côtés de Roche.

L'un des héritages les plus visibles de la médecine coloniale est institutionnel. En 1943, Bâle voit naître l'Institut suisse de médecine tropicale, aujourd'hui Swiss TPH, surnommé affectueusement le « Tropeli ». Son fondateur, Rudolf Geigy, est né en 1902 dans la grande famille industrielle bâloise. Il finança des expéditions africaines et noua des partenariats durables en Tanzanie, au Tchad, en Côte d'Ivoire et au Ghana. L'une des découvertes de son entreprise familiale fut le DDT, insecticide qui transforma la lutte contre les maladies transmises par les insectes. Un produit qui résume à lui seul l'enchevêtrement des intérêts commerciaux, scientifiques et coloniaux (Meier, 2014).

La clinique coloniale n'a pas seulement exploré et classé les corps, mais elle a également déterminé qui méritait quel niveau de soins médicaux.

Cet héritage a aussi un versant plus sombre. Les musées et collections universitaires suisses ont accumulé quantité de restes humains et d'objets issus des contextes coloniaux. Un rapport récent de l'Université de Lausanne recense au moins 4175 restes humains conservés en Suisse, pour l'essentiel des crânes acquis en contexte colonial, dont on ignore le plus souvent par qui et dans quelles conditions ils furent rassemblés (Schär, Rossinelli/Köken, 2025). Beaucoup furent collectés chiser les « races » : la médecine et l'anatomie y servaient directement les théories racialistes. C'est ainsi que la Suisse est devenue un centre de recherche de la « science raciale » reconnu à l'échelle internationale, qui a perduré jusque dans les années 1970 (Germann, 2016).

Médecine coloniale et enjeux contemporains

Pourquoi cette histoire nous concerne-t-elle aujourd'hui ? Parce que les catégories qu'elle a vues se développer conservent une actualité. Que le « Tropeli » porte encore le mot « tropical » dans son nom en dit long sur le travail critique qui reste à faire. Dès 1907, l'un des fondateurs de la discipline, Patrick Manson, admettait que la « maladie tropicale » n'était pas une catégorie scientifique, mais une notion « utile et pratique ». De fait, à l'époque, la plupart des maladies dites tropicales, le paludisme en tête, sévissaient aussi en Europe. Le terme servait surtout une géographie sanitaire pensée pour protéger les colons.

Plus profondément, l'idée qu'il existerait une différence physique fondamentale entre colonisés et colonisateurs, fondée sur la « race », s'est imposée dans la médecine dès le XVIII[e] siècle. Elle a justifié des expériences et des interventions menées sur des personnes colonisées et racisées. Et elle continue d'influencer, aujourd'hui encore, l'accès aux soins, les grilles d'interprétation médicale et les méthodes scientifiques. Même si la santé mondiale poursuit désormais d'autres objectifs, son architecture – les programmes verticaux, l'expertise concentrée dans les pays du Nord et les financements conditionnés – prolonge une histoire dont elle est issue.

Pour mesurer combien ces logiques restent actuelles, il suffit de revenir sur l'exemple du lait en poudre de Nestlé. On retrouve ici les structures de la médecine coloniale : ainsi, l'autorité de la médecine scientifique, les uniformes d'infirmières, l'image « moderne » du biberon contre l'allaitement jugé « arriéré » et les asymétries persistantes entre Nord et Sud permettent à un double standard de perdurer bien après la fin des empires coloniaux. C'est ce que la recherche nomme les « déterminants commerciaux de la santé », autrement dit l'idée que la santé d'une population ne dépend pas seulement des microbes ou de la pauvreté, mais aussi des stratégies des entreprises.

Il ne s'agit pas de remettre en cause l'ensemble des intentions et des acquis historiques, mais d'ouvrir de nouvelles perspectives sur nos institutions, nos catégories et nos gestes médicaux. Un regard critique sur la genèse de la médecine moderne permet de mettre en lumière les inégalités, les structures et les logiques contemporaines. La clinique coloniale n'a pas seulement exploré et classé les corps, mais elle a également déterminé qui méritait quel niveau de soins médicaux. Ces manières de voir et de faire n'ont pas disparu avec les empires coloniaux. Elles persistent à travers les collections de crânes conservés, le vocabulaire de nos institutions, les inégalités d'accès aux soins et jusque dans la distribution de poudre de lait pour bébé.

Docteure en histoire contemporaine, Linda Maria Ratschiller Nasim est chercheuse postdoctorale à la Maison de l'histoire de l'Université de Genève.

linda.ratschillernasim@unige.ch

BIBLIOGRAPHIE

Fabian Johannes, *Out of Our Minds. Reason and Madness in the Exploration of Central Africa*, University of California Press, Berkeley/Los Angeles, 2000.

Külz Ludwig, « Die Abhängigkeit der geistigen und kulturellen Rückständigkeit der Naturvölker von ihren endemischen Krankheiten », In : *Anthropos* 14/15 (1919/1920) 1/3, p. 33–45.

Fisch Rudolf, *Tropische Krankheiten. Anleitung zu ihrer Verhütung und Behandlung speziell für die Westküste von Afrika, für Missionare, Kaufleute, Pflanzer und Beamte*, Verlag der Missionsbuchhandlung, Basel, 1891, 1894, 1903, 1912.

Fisch Rudolf, « Die ärztliche Mission unter den Negern. Ansprache am Jahresfest der Basler Mission am 3. Juli 1895 », In : *Evangelisches Missionsmagazin* 39 (1895), p. 371-377.

Germann Pascal, *Laboratorien der Vererbung: Rassenforschung und Humangenetik in der Schweiz, 1900–1970*, Wallstein Verlag, Göttingen, 2016.

Meier Lukas, *Swiss Science, African Decolonization and the Rise of Global Health, 1940–2010*, Schwabe Verlag, Basel, 2014.

Mohr Adolf, « Remarques sur une lettre de Rudolf Fisch, 21 juillet 1905», In : Archives de la Mission de Bâle, D–1.84.15.

Ratschiller Nasim Linda Maria, *Medical Missionaries and Colonial Knowledge: Purity, Health and Cleanliness in West Africa and Europe, 1885–1914*, Palgrave Macmillan, Cham, 2023.

Schär Bernhard C., Rossinelli Fabio, Köken Ahmet, *Restes humains issus de contextes coloniaux en Suisse. Un état des lieux*, Université de Lausanne, Lausanne, 2025.

Die Schweiz als Knotenpunkt der Kolonialmedizin

Während der Kolonialzeit stand die Schweiz im Mittelpunkt verschiedener medizinischer Projekte, die von Missionsmedizin über «Rassenkunde» bis hin zur Pharmaindustrie reichten. Rückblick auf eine Geschichte, deren Kategorien und Ungleichheiten uns bis heute begleiten – bis in Schädelsammlungen und zum Milchpulver.

Dr. Linda Ratschiller

In den 1970er-Jahren verteilten Frauen in weissen Kitteln, die wie Krankenschwestern aussahen, auf Entbindungsstationen in Afrika, Asien und Lateinamerika Milchpulverdosen und Gratismuster an junge Mütter. Auf dem Etikett ein Versprechen: So ernährst du dein Kind besser. Die Neugeborenen wurden mit der Flasche gefüttert und nicht mehr gestillt, die Milch versiegte und so wurden die Mütter von einem Produkt abhängig, das sie fortan kaufen mussten. Da aber vielen Frauen die Mittel fehlten, verdünnten sie das Milchpulver zu stark, was bei den Säuglingen zu Unterernährung führte. Und in Ermangelung sauberen Trinkwassers wurden die Schoppen zu einer Quelle für Durchfallerkrankungen, woran zahlreiche Babys starben.

Ein halbes Jahrhundert später wiederholt sich die Geschichte in anderer Form. Im Jahr 2024 liessen die NGO Public Eye und das International Baby Food Action Network (IBFAN) rund 150 Nestlé-Babynahrungsprodukte testen. Das Ergebnis: Der Konzern setzt den in Afrika, Asien und Lateinamerika verkauften Produkten Zucker zu, nicht aber den Produkten derselben Marken, die für den europäischen Markt bestimmt sind. Dabei empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation, den Nahrungsmitteln für Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von zwei Jahren keinen Zucker beizufügen. Nestlé lässt verlauten, dass es sich überall an die lokalen Vorschriften halte und den Zuckergehalt seines Sortiments gesenkt habe. Doch genau hier setzt der Vorwurf an das Unternehmen an: dass sich Nestlé mit dem niedrigsten Standard begnügt und sich nach den tiefsten gesetzlichen Anforderungen richtet.

Wie kann ein Schweizer Unternehmen im Namen der Medizin einen solchen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern am anderen Ende der Welt ausüben? Um dies zu verstehen, müssen wir ins 19. Jahrhundert zurückgehen, in eine Zeit, in der sich die moderne Medizin und die europäische Kolonialisierung parallel entwickelten, und untersuchen welche Rolle die Schweiz in diesem Zusammenhang gespielt hat. Zwar besass die Schweiz nie eigene Kolonien. Dennoch standen Missionare und Missionarinnen, Gelehrte und Arzneimittelhersteller aus der Schweiz im Zentrum des europäischen Kolonialprojekts, und die Medizin war dabei eines ihrer Hauptbetätigungsfelder.

Mit dem Velo durch die Tropen: Basler Missionsärzte unterwegs

Gehen wir ins Jahr 1900 zurück, auf die Pfade der Goldküste, dem heutigen Ghana. Dort konnte man einer eigentümlichen Figur begegnen: einem Basler Missionar auf seinem Fahrrad, die Satteltaschen voller Pulver, Salben, und auch Arzneimittel aus Europa. Er radelte von Dorf zu Dorf, predigte das Evangelium und hielt Sprechstunden ab. Zwischen zwei Predigten erklärte er, wie Krankheiten übertragen werden, wie man sich vor ihnen schützt und wie man sie behandelt. Der Arzt der Basler Mission war nicht nur ein Mann des Glaubens und der Wissenschaft. Er war – ob aus Überzeugung oder nicht – ein Akteur im kolonialen System.

Die moderne Medizin entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, genau zu jener Zeit also, als die Kolonialmächte ihr Herrschaftsgebiet massiv erweiterten. Bis zum Vorabend des Ersten Weltkriegs hatten sie 84 Prozent der Landfläche kolonisiert. Gleichzeitig gewinnt die Ärzteschaft neu hohes Ansehen. Man wendet sich nicht nur in Gesundheitsfragen an sie, sondern auch, wenn es um wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Themen geht. Medizinisches Wissen wird zu einem unverzichtbaren Instrument der europäischen Expansion in Übersee. Der Anthropologe Johannes Fabian bringt es auf den Punkt: Afrika zu verstehen, hiess für die Europäerinnen und Europäer zunächst einmal zu lernen, in dem Klima überhaupt zu überleben. (Fabian, 2000, S. 59)

Es ist inzwischen weithin anerkannt, dass die Schweiz eng mit dem Kolonialismus und der daraus resultierenden Wissensordnung verstrickt war. Schweizer Händler, Söldner und Forschende haben sich den kolonialen Interessen der europäischen Grossmächte angeschlossen. In der Medizin taten sich dabei vor allem die Missionarinnen und Missionare hervor. Auch heute bestehen in Afrika, Asien und Südamerika Spitäler, die von Schweizer Missionsgesellschaften gegründet worden sind. Solche Leistungen werden gerne als Paradebeispiel für den «Fortschritt» dargestellt, der dem Globalen Süden zuteilgeworden ist. Der geschichtswissenschaftliche Blick offenbart jedoch eine komplexere Realität: Die Missionsmedizin war eng mit den Denkweisen und Praktiken der Kolonisierung verflochten.

Dieser Beitrag fusst auf einer historischen Studie über sechs Ärzte der Basler Mission, die zwischen 1885 und 1914 in der britischen Kolonie Goldküste und der deutschen Kolonie Kamerun tätig waren. Sie gehörten zu den ersten Missionaren in Europa, die nach ihrer Ausbildung am Missionsseminar auch ein Medizinstudium an der Universität absolvierten. Viele von ihnen wurden zu anerkannten Experten der sogenannten Tropenmedizin – ein Fachgebiet, das sich um 1900 etablierte und auf der Vorstellung beruhte, dass bestimmte Krankheiten ausschliesslich in warmen Regionen vorkämen (Ratschiller Nasim, 2023).

Tropenmedizin – eine Disziplin zwischen Akklimatisierung und Ausgrenzung

Das erste deutschsprachige Lehrbuch über Tropenkrankheiten hat ein Missionsarzt geschrieben: Rudolf Fisch, der 26 Jahre lang im Dienst der Basler Mission an der Goldküste tätig war. Sein 1891 erschienenes Buch *«Tropische Krankheiten»* galt über zwanzig Jahre als Standardwerk. Bezeichnenderweise richtete er sich an «Missionare, Kaufleute und Beamte» (Fisch, 1891). Denn in ihren Anfängen kümmerte sich die Tropenmedizin wenig um die Kolonisierten; ihr ging es in erster Linie darum, die Europäerinnen und Europäer am Leben zu erhalten.

Fragen rund um die Akklimatisierung, also um das Überleben und die Leistungsfähigkeit von als «weiss» gesehenem Personal in den Tropen, gaben den Ausschlag für diese Disziplin. Trotz jahrhundertelanger europäischer Präsenz an der westafrikanischen Küste galt die Region als «Grab des weissen Mannes». Die Medizin der Kolonialmächte war dort lange Zeit praktisch wirkungslos. Erst mit dem Aufkommen der Labormedizin sollten sich die Vorzeichen ändern.

Ab den 1870er-Jahren stellte sich heraus, dass bestimmte Mikroorganismen die Ursache für zahlreiche Krankheiten sind. Früher wurden «Miasmen» dafür verantwortlich gemacht, jener üble Dunst, von dem man glaubte, er herrsche in bestimmten Klimazonen vor. Die neue Keimtheorie änderte alles: Wenn eine Krankheit von einem Keim und nicht vom Klima verursacht wird, dann lässt sich dieser auch unter dem Mikroskop erkennen und bekämpfen. Das Labor wird zum Zentrum der Forschung und des öffentlichen Gesundheitswesens, sowohl in Europa als auch in den Kolonien.

Man hätte annehmen können, dass diese Entdeckung die Angst vor den Tropen zerstreuen würde, doch die Furcht blieb. Trotz der neuen Erkenntnisse über die Übertragungswege war sich die Wissenschaftsgemeinde weiterhin uneinig, wie ansteckende Krankheiten am besten zu bekämpfen seien. Nun ging man davon aus, dass das Klima, wenn es die Krankheiten nicht direkt verursachte, doch die Konstitution der Europäerinnen und Europäer schwächte und sie der Ansteckungsgefahr aussetzte. Im Jahr 1900 bestanden weltweit über fünfzig Akklimatisierungsgesellschaften. Im Sinne des Sozialdarwinismus waren die Tropen zum Schauplatz eines Kampfes ums «Überleben der Rasse» geworden.

Zwar ging die Sterblichkeitsrate unter der europäischen Bevölkerung Westafrikas allmählich zurück, doch stellte der Eindruck, sie sei anfälliger für Krankheiten als die afrikanische Bevölkerung, ein ideologisches Problem dar. Unter solchen Umständen liess sich schwerlich vertreten, dass die «weissen» Siedler biologisch «überlegen» und daher besser gewappnet waren. Diese Behauptung musste erfinderisch unterfüttert werden. Da die physische Erklärung nicht ausreichte, um die europäische Vorherrschaft zu rechtfertigen, berief man sich auf gesellschaftliche Distanzierung: eine «zivilisierte», geregelte Lebensweise, die von der afrikanischen Bevölkerung fernzuhalten sei.

Diese Argumentation führte zur Rassentrennung ganzer Städte. In Westafrika lebte die Mehrheit der Europäerinnen und Europäer unter sich, da die afrikanische Bevölkerung als Infektionsherd galt. Die Basler Ärzte selbst sprachen sich dafür aus, Stadtteile vollständig zu trennen, insbesondere in Accra und Douala. Diese Haltung stiess jedoch innerhalb der Mission auf heftigen Widerstand: Wer Menschen bekehren will, muss vielmehr engen Kontakt mit der Bevölkerung pflegen. Medizinische Vorkehrungen, koloniale Bestrebungen und missionarische Praxis gerieten bei dieser Frage in einen offenen Konflikt. Um das Wohlergehen der kolonialisierten Völker kümmerten sich die Kolonialregierungen indes kaum: Fälschlicherweise ging man davon aus, dass die afrikanischen Bevölkerungen resistenter gegenüber «tropische Krankheiten» waren.

Kolonisierte behandeln: Medizin und «Zivilisierungsmission»

Anfang des 20. Jahrhunderts verlagerte sich der Schwerpunkt. Man begann nun auch, die afrikanische Bevölkerung medizinisch zu versorgen – im Namen einer «Zivilisierungsmission», die als grosszügig und wohlwollend dargestellt wurde. Dabei ging es in erster Linie um wirtschaftliche Interessen. Die medizinische Versorgung versprach zum einen

gesunde Arbeitskräfte für die Plantagen, den Bergbau und die Industrie, von denen die Kolonialwirtschaft lebte. Zum anderen boten Medizin und öffentliche Gesundheit eine gute Möglichkeit, um die Kolonialherrschaft zu festigen und sie unter dem Deckmantel des Wohlwollens zu legitimieren.

Dabei erwiesen sich die Missionen als wertvolle Partnerinnen – nicht nur wegen der Spitäler und ihres Personals, sondern auch wegen ihrer Vorreiterrolle bei der «Zivilisierungsmission». Lange vor der Labormedizin war die Krankenpflege ihr bevorzugtes Betätigungsfeld, da sie so den Seelen näherkamen, die es zu bekehren galt. Ihre Krankenstationen standen nicht nur europäischen, sondern auch afrikanischen Bevölkerungsgruppen offen, die über lange Zeit von der medizinischen Versorgung der Kolonialmächte ausgeschlossen waren.

Ludwig Külz, deutscher Regierungsarzt in Kamerun und Togo, der den Missionen ansonsten sehr kritisch gegenüberstand, räumte dies 1919 ein: «Den deutschen Kolonialärzten ist es eine überall beobachtete Erscheinung gewesen, dass die missionarisch beeinflussten Volksteile der Eingeborenen sehr bald aus der hygienischen Passivität heraustraten, dass getaufte Mütter weit mehr ihre kranken Kinder zum Arzt brachten als die anderen, dass der Wert des Kindes ungleich höher stand und eine aktive Pflege desselben bemerkbar wurde.» (Külz, 1919/1920, S. 44–45). Dieses Lob unterstreicht die Bedeutung, die die Kolonialbehörden den Missionen beimassen, sowohl hinsichtlich des medizinischen als auch des kolonialen Fortschritts.

Vor Ort scheuten die Ärzte der Basler Mission keine Mühen. An der Goldküste und auch in Kamerun boten sie rund um ihre Stationen von Dorf zu Dorf radelnd Sprechstunden an. Im Laufe dieser langen Touren predigten sie nicht nur, sondern hielten auch Vorträge über die Ansteckung, Vorbeugung und Behandlung verbreiteter Krankheiten. Die Kolonien boten den Missionsärzten somit einen Rahmen, in dem sie sich gleichzeitig einen wissenschaftlichen Ruf und politischen Einfluss erwerben konnten. Das erklärt, weshalb die Kolonialregierungen ihnen in den Kolonien grossen Handlungsspielraum gewährten.

Medizinischer Pluralismus: Widerstand und Anpassung in Westafrika

Dabei haben die afrikanischen Bevölkerungsgruppen ja keineswegs auf die europäischen Ärzte gewartet, um sich medizinisch versorgen zu lassen. Sie verfügten über eigene Gesundheitssysteme, die sich bewährt hatten und anpassungsfähig waren. Die Konsultation eines aus Europa stammenden Arztes war in den meisten Fällen lediglich eine Option unter anderen. 1905 schrieb der Missionar Adolf Mohr, der über dreissig Jahre an der Goldküste gewirkt hatte, unverblümt an die Leitung der Basler Mission:

«Trotz unseren Ärzten und ihren europäischen Arzneien, Salben und Pulvern hängen die Eingeborenen nach wie vor an ihren abgekochten Kräutern, Rinden etc. fest. Auch unsere Pfarrer und Katechisten gebrauchen zum grossen Teil Landesmedizinen. Bei Verletzungen, Geschwüren und wo operative Eingriffe nötig sind, wird grösstenteils europäische Arznei gekauft bzw. die Hilfe des Arztes gesucht; aber im Grossen und Ganzen verharren die Eingeborenen bei der Landesarznei.» (Mohr, 1905)

Angesichts dieses medizinischen Pluralismus, bei dem verschiedene Behandlungsmethoden nebeneinander bestanden, mussten sich die Basler Ärzte etwas einfallen lassen. Um die eigene Medizin durchzusetzen, passten sie ihr Reden und Handeln an: Sie bauten Heilpflanzen in die Behandlung ein und evozierten gar «magische» Kräfte – eine Praxis, die sie doch auszurotten gedachten. Wenn ihre Medizin also mitunter verfing, lag es nicht etwa an ihrer offenkundigen Überlegenheit, sondern an diesen wohlbedachten Anpassungen. Vor allem aber scheiterten die Missionsärzte an ihrer eigentlichen Aufgabe, der Bekehrung zum christlichen Glauben. Im Jahr 1895 zog Fisch anlässlich des Jahresfestes der Basler Mission ein ernüchterndes Fazit:

«Die meisten Menschen, die wir auffordern, sich mit Gott zu versöhnen, antworten: ‚Was Sie sagen, ist gut, aber heilen Sie zuerst meine Krankheit, dann werde ich Christ.' Und wenn die Menschen von ihrer Krankheit geheilt sind, werden sie trotzdem nicht Christen.» (Fisch, 1895, S. 376)

Diese Geschichte verläuft nicht einseitig. Die Missionsmedizin brach in ein bereits bestehendes Gesundheitssystem ein. Die afrikanischen Pflegekräfte machten sich die Konzepte und Instrumente der Labormedizin zu eigen und passten sie ihren Bedürfnissen an. Dass die moderne Medizin weltweit Verbreitung fand, liegt nicht nur daran, dass Europa sie «exportiert» hat, sondern auch daran, dass sie in den Kolonien diskutiert, weiterentwickelt und verbessert wurde. Dieser Austausch fand stets in einem zutiefst ungleichen, von Kolonialismus und Rassismus geprägten Machtverhältnis statt. Dabei hat auch das afrikanische Wissen die Medizin, wie wir sie kennen, mitgeprägt.

Indem sie Kolonialpflanzen zu Pillen verarbeiteten, machten die europäischen Unternehmen sie sich zu eigen und verliehen ihnen den Anschein einer «modernen», «wissenschaftlichen» Erfindung.

Pharmaindustrie und «Rassenkunde» in der Schweiz

Am deutlichsten lassen sich diese Wechselwirkungen im pharmazeutischen Bereich erkennen. Schon bei ihren ersten Expeditionen galt das Interesse der Europäerinnen und Europäer den Natur-

heilmitteln, etwa der Chinarinde aus Südamerika, die bereits 1658 in London in den Handel kam. Das daraus gewonnene Chinin diente zur Vorbeugung und Behandlung von Malaria: Ohne Chinin wäre das Vordringen der Europäer in Afrika praktisch unmöglich gewesen. Ein Medikament also, das die Kolonialisierung erst ermöglicht hat.

Der Aufschwung der Chemie im 19. Jahrhundert hat den Wert dieser Heilpflanzen keineswegs geschmälert, sondern ganz im Gegenteil vervielfacht. Die Naturheilmittel wurden als Rohstoffe nach Europa verschifft, wo die Wirkstoffe isoliert und daraus standardisierte Arzneimittel industriell produziert wurden. Indem sie Kolonialpflanzen zu Pillen verarbeiteten, machten die europäischen Unternehmen sie sich zu eigen und verliehen ihnen den Anschein einer «modernen», «wissenschaftlichen» Erfindung. Mit Unterstützung der aufstrebenden Pharmaindustrie errichteten Schweizer Missionare, Botaniker und Händler weltweit Monopole auf medizinische Wirkstoffe.

Basel stand im Mittelpunkt dieser Entwicklung. Die Stadt am Rheinknie, lange Zeit Drehscheibe protestantischer Missionsarbeit, entwickelte sich zu einem internationalen Zentrum für Tropenmedizin und Pharmazie. Die Schweizer Pharmaindustrie hat ihren Ursprung in der Farbstoffchemie, die wiederum im Dienste des Textilhandels stand – eines Handels, der von Baumwolle und Rohstoffen aus den Kolonien lebte. Die Unternehmen Geigy (1758 gegründet), Ciba und Sandoz (beide 1886 gegründet und heute zu Novartis zusammengeschlossen) stellten zunächst Farbstoffe her, bevor sie – wie Roche – zu Pharmariesen aufstiegen.

Mit am sichtbarsten ist das Erbe der Kolonialmedizin an den Institutionen. 1943 wurde in Basel das Schweizerischen Tropeninstitut, das heutige Swiss TPH, gegründet, das liebevoll «Tropeli» genannt wird. Sein Gründer, Rudolf Geigy, wurde 1902 in die bedeutende Basler Industriellenfamilie hineingeboren. Er finanzierte Expeditionen nach Afrika und knüpfte dauerhafte Partnerschaften in Tansania, im Tschad, in Côte d'Ivoire und Ghana. Eine der Erfindungen des Familienunternehmens ist das Insektizid DDT, das die Bekämpfung von durch Insekten übertragenen Krankheiten revolutionierte – ein Produkt, das für sich allein das Geflecht aus wirtschaftlichen, wissenschaftlichen und kolonialen Interessen verkörpert (Meier, 2014).

Dieses Erbe hat auch eine dunklere Seite. Die Universitätsmuseen und -sammlungen der Schweiz horten eine Vielzahl menschlicher Überreste und Gegenstände aus kolonialen Kontexten. Ein aktueller Bericht der Universität Lausanne listet mindestens 4175 in der Schweiz aufbewahrte menschliche Überreste, oft Schädel, die im kolonialen Umfeld erworben wurden und von denen meist nicht bekannt ist, von wem und unter welchen Umständen sie gesammelt wurden (Schär, Rossinelli/Köken, 2025). Viele wurden zusammengetragen, um «Rassen» zu vermessen, zu klassifizieren und in eine Rangordnung zu bringen: Medizin und Anatomie standen dabei im direkten Dienst rassistischer Theorien. So entwickelte sich die Schweiz zu einem international anerkannten Forschungszentrum der «Rassenforschung», das bis in die 1970er-Jahre hinein Bestand hatte (Germann, 2016).

Kolonialmedizin und aktuelle Herausforderungen

Warum ist diese Geschichte heute noch relevant? Weil die Kategorien, die damals entstanden, nach wie vor aktuell sind. Dass das «Tropeli» immer noch das Wort «Tropen» im Namen trägt, sagt viel über die kritische Aufarbeitung, die noch zu leisten ist. Bereits 1907 räumte Patrick Manson, einer der Begründer dieses Fachgebiets, ein, dass die «Tropenkrankheit» keine wissenschaftliche Kategorie sei, sondern ein «nützlicher und praktischer» Begriff. Tatsächlich wüteten damals die meisten sogenannten Tropenkrankheiten, allen voran Malaria, auch in Europa. Der Begriff diente vor allem einer Gesundheitsgeografie, die zum Schutz der Kolonisten erdacht worden war.

Die Vorstellung, dass es einen grundlegenden physiologischen Unterschied zwischen Kolonisierten und Kolonisatoren gebe, der auf der «Rasse» beruhe, setzte sich ab dem 18. Jahrhundert in der Medizin durch. Diese Auffassung rechtfertigte Experimente und Eingriffe an kolonialisierten, rassifizierten Menschen. Und sie beeinflusst auch heute noch den Zugang zur Gesundheitsversorgung, medizinische Beurteilungsraster und wissenschaftliche Methoden. Auch wenn die globale Gesundheitspolitik mittlerweile andere Ziele verfolgt, knüpft ihre Struktur – die vertikalen Programme, das in den Ländern des Nordens konzentrierte Fachwissen und die an Bedingungen gebundene Finanzierung – an die Geschichte an, aus der sie hervorgegangen ist.

Die Kolonialmedizin hat nicht nur Körper erforscht und klassifiziert, sondern auch festgelegt, wer welche medizinische Versorgung verdiente.

Um zu verdeutlichen, wie aktuell diese Denkweisen nach wie vor sind, genügt es, auf das Beispiel des Milchpulvers von Nestlé zurückzukommen. Hier finden sich die Strukturen der Kolonialmedizin wieder: So ermöglichen es die Autorität der wissenschaftlichen Medizin, die Krankenschwesteruniformen, das «moderne» Bild der Babyflasche im Gegensatz zum als «rückständig» apostrophierten Stillen sowie das anhaltende Gefälle zwischen Nord und Süd, dass auch lange nach dem Zusammenbruch der Kolonialreiche ein Doppelstandard fortbesteht. Die Forschung spricht von «kommerziellen Determinanten der Gesundheit» – und meint damit die Vorstellung, dass die Gesundheit einer Bevölkerung nicht von Mikroben und

Armut allein abhängt, sondern auch von den Strategien der Unternehmen.

Es geht nicht darum, alle historischen Absichten und Errungenschaften in Frage zu stellen, sondern neue Perspektiven auf unsere medizinischen Institutionen, Kategorien und Praktiken zu werfen. Ein kritischer Blick auf die Entstehungsgeschichte der modernen Medizin beleuchtet zeitgenössische Ungleichheiten, Strukturen und Denkweisen. Die Kolonialmedizin hat nicht nur Körper erforscht und klassifiziert, sondern auch festgelegt, wer welche medizinische Versorgung verdiente. Diese Sicht- und Handlungsweisen sind mit dem Untergang der Kolonialreiche nicht verschwunden. Sie zeigen sich in den Sammlungen konservierter Schädel, in der Wortwahl unserer Institutionen, in den Ungleichheiten beim Zugang zur medizinischen Versorgung und auch bei der Verteilung von Babymilchpulver.

Linda Maria Ratschiller Nasim, Dr. in Zeitgeschichte, ist Postdoktorandin am Maison de l'histoire der Universität Genf.

linda.ratschillernasim@unige.ch

BIBLIOGRAFIE SEITE 29

La Svizzera al crocevia della medicina coloniale

Durante l'epoca coloniale, la Svizzera fu al centro di diversi progetti sanitari che spaziavano dalla medicina missionaria all'industria farmaceutica, fino alla «scienza razziale». In questo contributo ripercorriamo una storia costellata di categorie e disuguaglianze che arriva fino ai giorni nostri e di cui troviamo traccia nelle collezioni di crani e nel latte in polvere.

Dr. Linda Ratschiller

Negli anni 1970, donne in camice bianco che si sarebbero potute scambiare per infermiere distribuivano alle giovani madri nei reparti di maternità di Africa, Asia e America latina scatole di latte in polvere e campioni gratuiti. Sull'etichetta, una promessa: nutrire meglio il proprio bambino. Con il latte artificiale il neonato, fino a quel momento allattato al seno, iniziava a essere nutrito con il biberon. Di conseguenza, il latte materno si esauriva e la madre diventava dipendente da un prodotto che avrebbe dovuto acquistare regolarmente. Non disponendo di risorse economiche sufficienti, molte donne lo diluivano eccessivamente, causando casi di malnutrizione. Inoltre, in assenza di acqua potabile, il biberon diventava una fonte di malattie diarroiche che provocarono la morte di numerosi neonati.

Mezzo secolo dopo, la storia si ripete in un'altra forma: nel 2024, l'organizzazione non governativa Public Eye e la International Baby Food Action Network hanno fatto analizzare circa 150 prodotti Nestlé per lattanti. Il risultato: la multinazionale aggiunge zucchero nei prodotti venduti in Africa, Asia e America Latina, ma non in quelli destinati ai Paesi europei – nonostante l'Organizzazione mondiale della sanità raccomandi di non aggiungere zuccheri all'alimentazione per l'infanzia prima dei due anni. Interpellata, Nestlé ha risposto di conformarsi ovunque alle normative locali e di aver ridotto il tenore di zuccheri nelle proprie linee di prodotti. Ma quello che le viene contestato, è proprio il fatto di limitarsi alle norme meno stringenti nei Paesi in cui la legge non è così severa.

Come può un'azienda svizzera esercitare un tale potere sulla salute dei bambini all'altro capo del mondo, perdipiù in nome della medicina? Per capirlo, occorre risalire al secolo scorso, quando la medicina moderna e la colonizzazione europea si svilupparono di pari passo, ed esaminare il ruolo svolto dalla Svizzera in questo contesto. La Svizzera non ha mai posseduto un impero: tuttavia, i suoi missionari, i suoi scienziati e i suoi produttori di medicinali sono stati al centro del progetto coloniale europeo, e la medicina è stata uno dei loro principali ambiti di attività.

In bicicletta nei tropici: i medici missionari di Basilea

Riavvolgiamo il nastro del tempo e ritorniamo al 1900 circa. Sulle piste di quella che un tempo si chiamava Costa d'Oro, ossia l'attuale Ghana, si poteva incontrare un personaggio particolare: un missionario di Basilea in sella alla sua bicicletta, con la bisaccia piena di polveri, unguenti e medicinali provenienti dall'Europa. Si spostava di villaggio in villaggio, predicando il Vangelo e proponendo visite mediche. Tra un sermone e l'altro, spiegava come si trasmettono le malattie, come proteggersi e come curarle. Il medico della Missione di Basilea non era soltanto un uomo di fede e di scienza, ma anche – che lo volesse o meno – un attore del sistema coloniale.

La medicina contemporanea ha avuto origine nella seconda metà del XIX secolo, proprio nel periodo in cui le potenze coloniali entravano in una fase di intensa espansione. Fino alla vigilia della Prima guerra mondiale, avevano colonizzato l'84 per cento della superficie terrestre. Nello stesso periodo, i medici stavano acquisendo una nuova autorità. Venivano consultati non soltanto in materia di salute, ma anche di economia, società e politica. Le conoscenze in medicina diventano così uno strumento indispensabile dell'espansione europea d'oltremare. Come affermato dall'antropologo Johannes Fabian, conoscere l'Africa ha innanzitutto significato, per le persone provenienti dall'Europa, imparare a sopravvivere in quel clima (Fabian, 2000, pag. 59).

Gli stretti legami della Svizzera sia con il colonialismo sia con l'ordine del sapere che ne è scaturito sono largamente dimostrati. Commercianti, mercenari e scienziati si sono inseriti negli imperi

delle potenze europee. In campo medico, a farla da padrone sono stati soprattutto i missionari: ancora oggi, in Africa, Asia e Sudamerica si trovano ospedali fondati da società missionarie svizzere. Le cure che vi vengono dispensate sono spesso presentate come il fiore all'occhiello del «progresso» portato nel Sud del mondo. In un'ottica storica, tuttavia, la realtà appare più sfaccettata: la medicina praticata dalle missioni era strettamente legata alle logiche e alle pratiche della colonizzazione.

Il presente contributo si basa su uno studio storico che ripercorre le tracce di sei medici della Missione di Basilea, attivi tra il 1885 e il 1914 nella colonia britannica della Costa d'Oro e nel Camerun tedesco, che furono tra i primi missionari europei a integrare la loro formazione seminaristica con studi universitari di medicina. Molti di loro divennero esperti riconosciuti di «medicina tropicale», una disciplina fondata sull'idea che alcune malattie fossero tipiche delle regioni calde e che si istituzionalizzò attorno al 1900 (Ratschiller Nasim, 2023).

Medicina tropicale: una disciplina fra acclimatazione e segregazione

Il primo manuale in lingua tedesca sulle malattie tropicali è opera di un medico missionario: Rudolf Fisch, che trascorse ventisei anni al servizio della Missione di Basilea sulla Costa d'Oro. Pubblicato nel 1891, il suo libro *Tropische Krankheiten* rimarrà per oltre vent'anni un'opera di riferimento. È significativo che fosse rivolto ai «missionari, commercianti e funzionari» (Fisch, 1891). Ai suoi esordi, infatti, la medicina tropicale non era focalizzata sulla salute delle popolazioni colonizzate, bensì su quella delle popolazioni europee colonizzatrici, che andavano mantenute in vita.

All'origine di questa disciplina vi era il tema dell'acclimatazione, un processo necessario per la sopravvivenza e l'efficienza del personale considerato «bianco» ai tropici. Nonostante secoli di presenza europea sulle coste dell'Africa occidentale, la regione era considerata la «tomba dell'uomo bianco». La medicina degli imperi coloniali rimase a lungo praticamente impotente. La situazione mutò soltanto con l'avvento della medicina di laboratorio.

A partire dagli anni 1870, si scoprì che all'origine di numerose malattie vi erano alcuni microrganismi. In precedenza, la colpa veniva attribuita ai «miasmi», quelle esalazioni insalubri che si riteneva fossero tipiche di certi climi. La nuova teoria microbica cambiò le carte in tavola: se una malattia derivava da un microbo e non dal clima, allora la scienza poteva identificarla al microscopio e combatterla. Il laboratorio divenne così il cardine della ricerca e della sanità pubblica, sia in Europa che nelle colonie.

Si sarebbe potuto pensare che questa scoperta avrebbe dissipato la paura dei tropici, ma l'ansia rimase. Nonostante una nuova comprensione delle modalità di trasmissione, la comunità scientifica restò divisa sul modo migliore per combattere le malattie contagiose. Si riteneva che, benché non fosse direttamente all'origine delle malattie, il clima indebolisse la costituzione fisica delle persone provenienti dall'Europa, esponendole al contagio. Nel 1900 si contavano nel mondo oltre cinquanta società di acclimatazione. Nello spirito del darwinismo sociale, i tropici erano diventati teatro di una lotta per la «sopravvivenza razziale».

L'impressione che la popolazione europea fosse più vulnerabile alle malattie rispetto a quella africana, sebbene la sua mortalità in Africa occidentale fosse in progressivo calo, sollevava un problema ideologico. Era difficile sostenere che la comunità colonizzatrice «bianca» fosse biologicamente «superiore» e quindi meglio preparata ad affrontare le malattie. Per affermarsi, questa teoria dovette cercare un'altra via. Poiché una definizione fisica non bastava a giustificare il dominio europeo, si fece ricorso alla distanza sociale: la presunta «superiorità» si esprimeva in un modo di vita «civilizzato», ben regolato e separato dalla popolazione africana.

Questo approccio portò alla segregazione razziale di intere città. In Africa occidentale, la maggior parte delle persone provenienti dall'Europa viveva separata, poiché la popolazione africana era considerata una fonte di infezione. Gli stessi medici di Basilea si schierarono a favore della separazione dei quartieri, in particolare ad Accra e a Douala. Una posizione che tuttavia incontrò una forte opposizione all'interno della missione: per convertire le anime, era necessario uno stretto contatto con la popolazione. L'approccio di ordine medico, l'ambizione coloniale e la pratica missionaria entravano pertanto in conflitto. I governi coloniali non si curavano molto del benessere delle popolazioni colonizzate: si riteneva, a torto, che le popolazioni africane resistessero meglio alle «malattie tropicali».

Curare le popolazioni colonizzate: medicina e «missione civilizzatrice»

All'inizio del XX secolo, le priorità mutarono. Si cominciò a curare anche la popolazione africana, in nome di una «missione civilizzatrice» presentata come un atto di generosità e benevolenza. Ma le motivazioni erano innanzitutto economiche: da un lato, l'assistenza sanitaria prometteva una forza lavoro in buona salute per le piantagioni, le miniere e le industrie da cui dipendeva l'economia coloniale; dall'altro, la medicina e la sanità pubblica erano un valido strumento per consolidare e legittimare l'autorità coloniale, che acquisiva in tal modo un'apparenza benevola.

In questa impresa, le missioni si rivelarono partner preziosi grazie ai loro ospedali e al loro personale, ma anche per il loro ruolo pionieristico nella diffusione della «civiltà». Ben prima della medicina di laboratorio, l'assistenza sanitaria era un terreno privilegiato delle missioni, poiché permetteva loro di avvicinarsi alle anime da convertire. I dispensari accoglievano

quindi non soltanto la popolazione europea, ma anche le popolazioni africane a lungo escluse dall'assistenza medica degli Stati coloniali.

Una particolarità, questa, che Ludwig Külz, medico del Governo tedesco in Camerun e in Togo, peraltro molto critico nei confronti delle missioni, rilevò nel 1919 descrivendola in questi termini: *I medici coloniali tedeschi hanno osservato ovunque lo stesso fenomeno: tra le popolazioni indigene raggiunte dall'attività missionaria si superava ben presto la passività in materia di igiene; le madri battezzate portavano dal medico i figli malati molto più spesso delle altre e attribuivano ai bambini un valore nettamente maggiore, prodigando loro maggiori cure* (Külz, 1919/1920, pagg. 44–45, traduzione dalla lingua originale tedesca). Questo elogio sottolinea l'importanza che le autorità coloniali riconoscevano alle missioni, sia per il progresso medico che per la promozione della colonizzazione.

Sul campo, i medici della Missione di Basilea non lesinavano gli sforzi: in bicicletta, effettuavano visite nei villaggi circostanti, sia sulla Costa d'Oro che in Camerun. Nel corso di questi giri non si limitavano a predicare, ma tenevano anche conferenze sul contagio, la prevenzione e il trattamento di malattie comuni. Le colonie offrivano così ai medici missionari un contesto in cui acquisire una reputazione scientifica e un'influenza politica. Per questo motivo, i governi concedevano loro un ampio margine di manovra nei territori delle colonie.

Pluralismo medico: resistenza e adattamento in Africa occidentale

Le popolazioni africane non attesero tuttavia l'arrivo di medici europei per curarsi. Disponevano di sistemi sanitari propri, che avevano dato prova di efficacia e versatilità. Il più delle volte, i medici provenienti dall'Europa erano soltanto un'opzione tra le altre. È quanto riferì senza giri di parole alla direzione della Missione di Basilea, nel 1905, il missionario Adolf Mohr, che per oltre trent'anni operò sulla Costa d'Oro:

Nonostante i nostri medici e il loro corredo di medicinali, unguenti e polveri provenienti dall'Europa, gli indigeni continuano a preferire i loro decotti di erbe, cortecce e altri rimedi. Anche i nostri pastori e catechisti ricorrono in larga misura ai rimedi tradizionali locali. In caso di ferite, ulcere e quando sono necessari interventi chirurgici, nella maggior parte dei casi vengono acquistati medicinali europei oppure ci si rivolge al medico; ma, nel complesso, gli indigeni continuano ad affidarsi alla medicina tradizionale locale (Mohr, 1905; traduzione dalla lingua originale tedesca).

Di fronte a questo pluralismo medico, in cui coesistevano numerosi modi di curare, i medici di Basilea dovettero ingegnarsi. Per rendere popolare la loro medicina, ne rimodellarono il discorso e le pratiche: integrarono l'uso delle piante medicinali e fecero persino allusioni a poteri «magici» – una pratica che, in realtà, si erano ripromessi di eradicare. Il fatto che la loro medicina riuscì talvolta ad affermarsi non fu per una sua evidente superiorità, quanto piuttosto per una serie di aggiustamenti ben calcolati. I medici missionari, però, fallirono in quello che era il loro compito primario: convertire le anime. Nel 1895, in occasione della festa annuale della Missione di Basilea, il medico missionario Fisch espresse la sua disillusione in questi termini:

La maggior parte delle persone che invitiamo a riconciliarsi con Dio ci risponde: «Quello che dite è giusto, ma prima guarite la mia malattia, poi diventerò cristiano». E quando guariscono dalla loro malattia, non diventano cristiane lo stesso (Fisch, 1895, pag. 376; traduzione dalla lingua originale tedesca).

Questa storia, quindi, non è a senso unico. La medicina missionaria fece irruzione in un universo sanitario già consolidato. Le operatrici e gli operatori sanitari africani fecero propri i concetti e gli strumenti della medicina di laboratorio e li adattarono alle loro esigenze. Se la medicina moderna è diventata globale, non è soltanto perché, secondo una tesi che andava per la maggiore, l'Europa l'avrebbe «esportata», ma anche perché è stata discussa, trasformata e arricchita nelle colonie. Questi scambi di conoscenze ed esperienze si svolsero sempre nel quadro di rapporti di potere profondamente sbilanciati, segnati dal colonialismo e dal razzismo. Tuttavia, anche le conoscenze africane hanno contribuito a forgiare la medicina che conosciamo oggi.

Trasformando in pillole le piante provenienti dalle colonie, le aziende europee se ne appropriavano, qualificando tale processo come un'invenzione «moderna» e «scientifica».

Industria farmaceutica e «scienza razziale» in Svizzera

Questi scambi di conoscenze ed esperienze emergono con particolare evidenza nel settore farmaceutico: fin dalle prime missioni, le persone provenienti dall'Europa si interessarono ai rimedi naturali. Tra i primi ad essere studiati vi fu la corteccia dell'albero di china, proveniente dal Sudamerica e in commercio a Londra già nel 1658. Il chinino che se ne estraeva, utilizzato per prevenire e curare la malaria, fu una condizione essenziale per la penetrazione europea in Africa e, di conseguenza, per la colonizzazione.

L'affermarsi della chimica, nel XIX secolo, decuplicò il valore delle piante medicinali invece di ridurlo: i rimedi naturali partivano alla volta dell'Europa come materie prime. Nel vecchio continente se ne isolavano i principi attivi per trasformarli in farmaci a dosaggio standardizzato prodotti in fabbrica. Trasformando in pillole le piante provenienti dalle colonie, le aziende europee se ne appropria-

vano, qualificando tale processo come un'invenzione «moderna» e «scientifica». Sostenuti dalla nascente industria farmaceutica, missionari, botanici e commercianti svizzeri costruirono a livello mondiale veri e propri monopoli sulle sostanze medicinali.

Basilea era al centro di questa evoluzione. La città sul Reno, a lungo centro nevralgico della missione protestante, divenne un polo internazionale di medicina tropicale e farmaceutica. L'industria farmaceutica svizzera nacque dalla chimica dei coloranti, necessaria per il commercio tessile – un commercio alimentato dal cotone e dalle materie prime provenienti dalle regioni colonizzate. Prima di diventare i colossi farmaceutici che conosciamo oggi, riuniti in Novartis, le aziende Geigy (fondata nel 1758), Ciba e Sandoz (fondate nel 1886) iniziarono come fabbriche di coloranti insieme a Roche.

Uno dei retaggi più visibili della medicina coloniale è tuttavia di natura istituzionale. Nel 1943, a Basilea fu fondato l'Istituto svizzero di medicina tropicale, oggi Swiss TPH, affettuosamente soprannominato «Tropeli». Il suo fondatore, Rudolf Geigy, vide la luce nel 1902 in un'importante famiglia di industriali di Basilea. Finanziò spedizioni in Africa e strinse partenariati di lungo termine in Tanzania, Ciad, Costa d'Avorio e Ghana. Una delle scoperte della sua azienda di famiglia fu il DDT, un insetticida che rivoluzionò la lotta contro le malattie trasmesse dagli insetti. Un prodotto che, da solo, simboleggia l'intreccio di interessi commerciali, scientifici e coloniali (Meier, 2014).

Questa eredità coloniale presenta tuttavia anche un lato più oscuro. Nei musei e nelle collezioni universitarie della Svizzera si trovano numerosi resti umani e oggetti riconducibili all'esperienza coloniale. Un recente rapporto dell'Università di Losanna censisce almeno 4175 reperti, per lo più crani acquisiti in un contesto coloniale. Spesso, di queste collezioni non sono note né la paternità né le modalità di raccolta (Schär, Rossinelli/Köken, 2025). Köken, 2025). Molti resti umani sono stati collezionati per misurare, classificare e gerarchizzare le «razze»: la medicina e l'anatomia erano direttamente al servizio delle teorie razziste. Fu così che la Svizzera divenne un centro di ricerca sulla «scienza razziale» riconosciuto a livello internazionale, un primato durato fino agli anni 1970 (Germann, 2016).

Medicina coloniale e sfide contemporanee

Per quale motivo questa storia ci riguarda ancora oggi? Perché le categorie che ha prodotto mantengono la loro attualità. Il fatto che il cosiddetto «Tropeli» rechi ancora l'aggettivo «tropicale» nella sua denominazione è emblematico del lavoro critico che resta da fare. Già nel 1907 Patrick Manson, uno dei fondatori della disciplina della medicina tropicale, ammetteva che la «malattia tropicale» non era una categoria scientifica, ma un concetto «utile e pratico». Di fatto, all'epoca, la maggior parte delle malattie cosiddette tropicali, *in primis* la malaria, imperversava anche in Europa. Il termine serviva soprattutto a definire una geografia sanitaria pensata per proteggere le popolazioni colonizzatrici.

L'idea di una possibile differenza fisica fondamentale, fondata sulla «razza», tra popolazioni colonizzate e popolazioni colonizzatrici si è imposta nella medicina fin dal XVIII secolo e ha giustificato esperimenti e interventi condotti su persone colonizzate e razzializzate. Quest'idea continua a influenzare l'accesso alle cure, i modelli interpretativi medici e i metodi scientifici. Sebbene oggi la salute globale persegua obiettivi diversi, la sua architettura – i programmi verticali, le competenze specialistiche concentrate nei Paesi del Nord e i finanziamenti vincolati – continua a riflettere la storia da cui trae origine.

Per rendersi conto dell'attualità di queste logiche, basta ritornare all'esempio iniziale del latte in polvere di Nestlé: vi ritroviamo infatti le strutture della medicina coloniale – ossia l'autorità della medicina scientifica, le infermiere in uniforme, l'imme, l'immagine «moderna» del biberon contrapposta all'allattamento al seno considerato «arretrato» e le persistenti asimmetrie tra Nord e Sud che consentono il perdurare, ben oltre la fine degli imperi coloniali, di un doppio standard. È quello che la ricerca definisce i «determinanti commerciali della salute», in altre parole l'idea che la salute di una popolazione non dipenda soltanto dai microbi o dalla povertà, ma anche dalle strategie aziendali.

> *La pratica clinica in uso nelle colonie ha condizionato le modalità di classificazione dei corpi, di gerarchizzazione delle vite e di decisione su chi meriti quale livello di assistenza medica.*

Non si tratta di mettere in discussione tutte le intenzioni e le conquiste storiche, ma di aprire nuove prospettive sulle nostre istituzioni, sulle nostre categorie e sulle nostre pratiche mediche. Uno sguardo critico sulla genesi della medicina moderna consente di evidenziare le disuguaglianze, le strutture e le logiche contemporanee. La pratica clinica in uso nelle colonie ha condizionato le modalità di classificazione dei corpi, di gerarchizzazione delle vite e di decisione su chi meriti quale livello di assistenza medica. Queste idee non sono scomparse con la fine degli imperi coloniali, ma persistono nelle collezioni di crani conservati nei musei, nel vocabolario delle nostre istituzioni, nelle disuguaglianze nell'accesso alle cure e, perfino, nella distribuzione del latte in polvere per neonati.

Titolare di un dottorato in storia contemporanea, Linda Maria Ratschiller Nasim è ricercatrice post-doc al centro interfacoltà «Maison de l'histoire» dell'Università di Ginevra.

linda.ratschillernasim@unige.ch

BIBLIOGRAFIA A PAGINA 29

«Wir Jenischen werden nicht alt»

Die Jenischen wurden während Jahrhunderten verfolgt und diskriminiert – auch in der Schweiz. Ausgrenzung, Verfolgung, Rechtlosigkeit und die Lebenssituation als Vertriebene im eigenen Land führten zu Traumata und schweren gesundheitlichen Schäden.

Thomas Huonker

Das Titelzitat stammt von Robert Huber (1933–2016), Betroffener der Kindswegnahmen durch die Pro Juventute und von 1985 bis 2009 Präsident der Radgenossenschaft der Landstrasse. Er selber wurde 83 Jahre alt und erreichte damit das Durchschnittsalter von Männern in der Schweiz. Huber nahm an unzähligen Beerdigungen Jenischer teil, sei es als Mitglied einer grossen Verwandtschaft oder in offizieller Funktion als wichtigster Repräsentant der schweizerischen Jenischen. Deshalb wusste er genauer als andere, wie viele Jenische schon in jüngeren Jahren verstorben waren, und ebenso, wie viele an gesundheitlichen Schädigungen litten, die oft eine direkte Folge der Verfolgung waren. Auch er selber war betroffen: Infolge eines schlecht verheilten schweren Arbeitsunfalls als Heimzögling hinkte er. Der Jenische Christian Mehr, der seiner Mutter Mariella Mehr als Kind weggenommen worden war, leidet lebenslänglich an den Folgen einer schweren Verbrennung, die er im Waschzuber seiner Pflegemutter erlitten hatte. Er musste sich deswegen unzähligen Operationen unterziehen.

Ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit mit genozidären Handlungen

Von 1926 bis 1973 wurden schätzungsweise gegen 2000 jenische Kinder systematisch und möglichst im frühen Säuglingsalter von ihren Eltern getrennt und in nichtjenische Familien und Institutionen fremdplatziert. Dies geschah vielfach gleich nach der Geburt und oft gewaltsam – mit dem Ziel, die Kinder von ihrer Herkunftsfamilie zu isolieren und so die Weitergabe der jenischen Kultur und Sprache im Familienverband zu verhindern. Verantwortlich für die Wegnahmen waren nicht nur das sogenannte «Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse» der Stiftung Pro Juventute, sondern auch die Seraphischen Liebeswerke sowie kantonale Instanzen, insbesondere des Kantons Schwyz. Die systematisch koordinierte Verfolgungsaktion hatte das erklärte Ziel, die gesamte Gruppe, damals unter dem abwertenden Begriff «Vaganten» ins Visier genommen, zu zerstören. FDP-Bundesrat Heinrich Häberlin (1858–1947), von 1920 bis 1934 zuständig für Polizei und Justiz, gleichzeitig (1924–1937) auch Präsident der Pro Juventute, gab die eliminatorische Zielsetzung vor. Im Vorwort der 1927 erschienenen Pro-Juventute-Broschüre *Kinder der Landstrasse* schrieb Häberli, dieser Bevölkerungsteil sei aus der «Kulturordnung» im «Schweizerlande» zu beseitigen, wo sie ansonsten einen «dunklen Fleck» bilde.

In seinem Gutachten *Die Verfolgung schweizerischer Jenischer (und Sinti) im Licht des völkerrechtlichen Strafrechts* bezeichnet Oliver Diggelmann, Professor für Völkerrecht an der Universität Zürich, diese systematische Verfolgung als ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit, das auch «genozidäre Handlungen» umfasste, also einzelne Tatbestände des Völkermords gemäss UNO-Genozidkonvention vom 9. Dezember 1948, insbesondere den dort unter Artikel II e aufgelisteten Tatbestand «gewaltsame Überführung der Kinder der Gruppe in eine andere Gruppe». Auf diesen Tatbestand hatte der Gründer der Gesellschaft für bedrohte Völker, Tilman Zülch, schon 1979 hingewiesen. Auch Jenische wie Robert Huber, Mariella Mehr, Venanz Nobel und viele andere verwiesen immer wieder auf die Genozidkonvention, auch in offiziellen juristischen Klagen und Beschwerden. Die Historikerin Regula Ludi und ich erwähnten in unserem Band 23 des Bergier-Berichts ebenfalls den Artikel II e der Genozidkonvention. Und auch die Strafrechtsprofessorin Nadja Capus wertete die Verfolgung der Schweizer Jenischen als nach internationalem ebenso wie nach Schweizer Recht unverjährbare Tatbestände des Völkermords.

Doch die schweizerischen Justizinstanzen ignorierten dies und erhoben bisher noch nie Anklage gegen die Täterschaften respektive deren Rechtsnachfolger. Die Täter profitierten bei der Ausführung des Verbrechens von der Unterstützung

des Justiz- und Polizeiapparats, um die verfolgten Jenischen zu kriminalisieren, und anschliessend profitierten sie von der Untätigkeit der Justiz in dieser Angelegenheit und blieben bislang straflos. Immerhin stellten sich der Bundesrat im Februar 2025 und der Nationalrat im April 2026 hinter das Gutachten von Oliver Diggelmann und übernahmen die Sichtweise der Verfolgung der Jenischen als Verbrechen gegen die Menschlichkeit, 100 Jahre nach der Gründung des «Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse» und mehr als 50 Jahre nach dessen Auflösung.

Traumatisierung und schwere gesundheitliche Schäden

Die von 1926 bis 1973 betriebene systematische Fremdplatzierung jenischer Kinder (wie auch einiger Kinder aus der Gruppe der Sinti) erfolgte mit grösster Brutalität und Rücksichtslosigkeit. Bei den kleinsten Schwierigkeiten oder sobald die leiblichen Eltern den vor ihnen geheim gehaltenen Aufenthaltsort ihrer Kinder herausfanden, wurden diese anderswo fremdplatziert, nicht nur in Heimen und Anstalten, sondern oft auch als Verdingkinder.

Die systematische Fremdplatzierung jenischer Kinder erfolgte mit grösster Brutalität und Rücksichtslosigkeit.

Robert Huber wurde an insgesamt 14 «Pflegestellen» gebracht, darunter Zwangsarbeitsanstalten und das Zuchthaus Bellechasse (FR). Die Jenische Uschi Waser wurde 26-mal umplatziert. Dass Robert Huber und Uschi Waser diese Behandlung überlebten und zu wichtigen Leitfiguren der schweizerischen Jenischen wurden, ist ihrer überdurchschnittlichen Widerstandskraft respektive Resilienz zu verdanken. Die grosse Mehrheit der ähnlich Misshandelten unter den Jenischen konnte dies aber nicht verkraften. Eine vom Bund finanzierte Vorstudie (Leimgruber/Meier/Sablonier) zur bis heute nicht umfassend erfolgten Aufarbeitung dieser systematischen Verfolgung stellte fest: «Ein Grossteil der Opfer des ‚Hilfswerks' hat die Folgen nie überwunden, leidet an psychischen und physischen Schäden der zerstörten Kindheit und Jugend.»

Manche Opfer dieser systematischen Verfolgung starben schon im Kindesalter, andere begangen Suizid. Alle blieben ihr Leben lang traumatisiert und versuchten, diese Traumatisierung irgendwie zu überleben. Viele griffen zu Alkohol oder anderen Drogen oder wurden medikamentenabhängig. 1987 interviewte ich eine jenische Frau, die in mehreren Heimen und Anstalten, darunter zweimal im Zuchthaus Bellechasse, interniert worden war. Dies mit dem Ziel, ihre Ehe mit einem Jenischen zu verhindern und ihren Sohn wegzunehmen. Sie schildert die medizinischen Folgen so:

«Die Gesundheit wird nicht wiedergutgemacht. Seit ich in Bellechasse war, habe ich Angstgefühle. Ich habe heute noch Herzklopfen. Es geht manchmal weg für ein Jahr oder zwei. Aber jetzt habe ich es schon zehn Jahre nacheinander. Es kommt plötzlich, wie angeworfen. Dann muss ich Medikamente nehmen. Manchmal würstelt mir der ganze Kopf, sodass ich mich nicht konzentrieren kann. Es sind nicht Depressionen. Ich habe immer noch Freude, an der Sonne, am Mond, an allem. An der Natur sowieso. Ich habe keine Depressionen. Es sind Angstgefühle. Es sind die Herznerven. Ich rauche natürlich auch ein bisschen viel. Ich muss alle Abende ein Lexotanil nehmen. Am Morgen ein Deanxit und am Mittag ein Deanxit. Nach der Kur mit einer Hunderterpackung kann ich aufhören damit. Dann muss ich nur noch abends ein Lexotanil nehmen. Ich habe bemerkt, dass ich davon eine schwere Zunge bekomme. Manchmal kann ich nicht einmal mehr erzählen. Es wird mir auch oft schwindlig.» (Anmerkung des Verfassers: Deanxit ist ein Neuroleptikum, Lexotanil ein Benzodiazepin)

Nur die wenigsten betroffenen Jenischen – und betroffen waren neben weggenommenen rund 2000 Kindern auch deren Eltern und Grosseltern – konnten ihre Traumata künstlerisch verarbeiten wie Mariella Mehr. Die berühmte jenische Autorin schildert in ihrem ersten Roman *Steinzeit* (1981) und in vielen späteren Werken die zerstörerischen Prozeduren, wie Insulin- und Elektroschocks, denen sie als Kind und Jugendliche von angeblichen Gesundheitsexperten in psychiatrischen Kliniken ausgesetzt worden war. Sie wurde nach der Geburt ihres ersten und einzigen Kinds zudem zwangssterilisiert, und zwar ohne ihr Wissen. Die Geburt ihres Sohnes Christian erfolgte im Zuchthaus Hindelbank (BE). Dort war sie administrativ, das heisst ohne Gerichtsverfahren, inhaftiert worden, um die Ehe mit dem Vater ihres Sohns, einem Sinto ohne Schweizer Bürgerrecht, zu verhindern.

Der Soziologe Erving Goffman stellte in seinen Büchern die Schädigungen eindringlich dar, die mit der langjährigen Einsperrung in «totale Institutionen» wie etwa psychiatrische Kliniken verbunden sind. Dazu gehört auch die Schädigung durch das blosse Stigma, einer ausgegrenzten Gruppe anzugehören. Weiter beschrieben Autoren wie Didier Fassin, Richard Rechtman oder Bessel van der Kolk die Mechanismen der Traumatisierung und ihre seelischen und körperlichen Symptome detailliert (siehe Bibliografie).

Für solche Traumatisierungen sind die Opfer der Jenischenverfolgung in der Schweiz und anderswo tragische Beispiele. Zu ihnen gehören auch die Angehörigen der schweizerischen Unterschichten, die als Verding- und Heimkinder Ähnliches durchlitten haben. Zur klinischen Analyse der posttraumatischen Symptomatik ehemaliger Verdingkinder haben der Psychologe Andreas Maercker von der Universität Zürich und sein Team wichtige Forschungsergebnisse publiziert.



Ansätze zur Analyse der Traumata von staatlich Verfolgten finden sich bereits im Buch *Psychiatrie der Verfolgten* (Baeyer/Häfner/Kisker) aus dem Jahr 1964, wo unter anderem die Traumatisierung durch Zwangssterilisation ausführlich abgehandelt wird. Aber die in diesem Buch geschilderte psychiatrische Begutachtungspraxis der Anträge von Opfern auf Entschädigung führte keineswegs zu einer generellen Anerkennung dieser Ansprüche. Hingegen waren deren häufige Ablehnung mit erneuter Demütigung und zweiter Viktimisierung verbunden. Denn nicht selten kam es vor, dass diese Begutachtung nach 1945 durch in Amt und Würden verbliebene Psychiater stattfand, die an der Verfolgung der Opfer vor 1945 mitbeteiligt gewesen waren.

Die Verfolgungen, inklusive Zwangssterilisationen, wurden in der Schweiz bis in die 1970er-Jahre weitergeführt. Minime finanzielle Abgeltungen für das erlittene Leid, keineswegs im Sinn von Schadenersatz und Genugtuung, sondern als sogenannte «humanitäre Gesten», erhielten die Jenischen erst ab 1988. Alle weiteren Opfer von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen, administrativen Einsperrungen und Zwangssterilisationen erhielten sogar erst ab 2018 Entschädigungen.

Die Verfolgungen, inklusive Zwangsterilisationen, wurden bis in die 1970er-Jahre weitergeführt.

Gesundheitsschädigungen von in Bellechasse Internierten

Zahlreiche seiner jenischen Mündel lieferte der «Hilfswerk»-Leiter Alfred Siegfried in die Anstalten von Bellechasse ein. Der ebenfalls von Siegfried bevormundete Jenische Peter Paul Moser (1926–2003), der 1949 in Bellechasse interniert war, berichtet im zweiten Band seiner Autobiografie:

«Die Insassen trugen unterschiedliche Anstaltskleider. Die Zuchthäusler erhielten gestreifte, robuste Gewänder, die zu Freiheitsstrafen Verurteilten und die von einem Vormund Eingewiesenen einen überkleidähnlichen, rötlichen Arbeitsdress. Eine dritte Gruppe, die aus Halbblinden, Lahmen und sonstigen Gebrechlichen zusammengesetzt war, bekam keine einheitliche Montur, sondern trug Kleider, die möglicher irgendwann einmal aus einer Lumpensammlung ausgeschieden worden waren. […] Eine dieser gebrechlichen Kreaturen beklagte sich auf dem morgendlichen Sammelplatz über Unwohlsein und bat daher den Chef Perse, ihn für den heutigen Tag von der Arbeit zu dispensieren. Der arme Mann wurde vom Aufseher als Simulant und Drückeberger betitelt und mit der Brigole [Arbeitsgruppe] zur Arbeit geschickt. Eine Stunde später brach der Häftling zusammen und starb ohne geistlichen Beistand auf dem offenen Feld. Die Leiche wurde in einer Mistkarrette zum Gebäude der [Arbeits-]Kolonie geschafft.»

(…)

«An einem Sonntagmorgen stürzte ein Internierter im Kuhstall von der Heubühne in die Futtertenne hinunter. Mit schweren Kopfverletzungen wurde er in das Bâtiment gebracht und bei uns im Schlafsaal auf den blossen Betonboden gelegt. Das gefiel mir überhaupt nicht. Ich riss meine Matratze aus dem Bett. Wir legten den Verletzten darauf und warteten auf den Arzt. Es dauerte über zwei Stunden, bis der Mann auf einen Lastwagen geladen und wie ein Stück Vieh abtransportiert wurde. Die Verletzungen waren so gravierend, dass der Verunglückte auf der Lastwagenbrücke noch während der Fahrt starb.»

Diese und andere Todesfälle in Anstalten wie Bellechasse sind bisher noch nicht systematisch wissenschaftlich erforscht worden. Die Aufseher waren mit Revolvern bewaffnet, mehrfach wurden Flüchtende erschossen. Viele der in Bellechasse Verstorbenen wurden auf dem Anstaltsfriedhof begraben. Die Gräber wurden nicht beschriftet, es stand nur ein einziges grosses Betonkreuz auf dem Friedhof. Der Friedhof Bellechasse wurde vor einigen Jahren zu einem Sportplatz umgebaut. Anders als auf dem Friedhof der Zwangsarbeitsanstalt Realta (GR), wo die Gebeine der Begrabenen bei der Aufhebung des Anstaltsfriedhof auf Spuren von Misshandlungen hin untersucht wurden, die in grosser Zahl nachgewiesen wurden, unterblieb eine solche Untersuchung in Bellechasse, wie auch in anderen Anstaltsfriedhöfen.

Als Ergänzung zu den Haftbedingungen in Bellechasse folgen hier noch Auszüge aus Gotthard Haslimeiers Autobiografie *Aus dem Leben eines Verdingbuben* (1955). Er schildert darin auch den Umgang mit einem jenischen Inhaftierten namens Nobel.

«Es gab viele schwarze und angefaulte Kartoffeln, dann Rüben und Kohl. Später gab es holzige Bohnen. Wir hatten nur immer Abfall-Gemüse, da das schöne verkauft wurde! […] In den dreizehn Monaten in Bellechasse sah ich nie Käse, Butter, Milch, Konfitüre, Teigwaren oder Reis. Nichts als faules Eintopfgericht oder eklige Suppe […] Hunger ist etwas Schreckliches. Er bohrt und wühlt in den Eingeweiden und verursacht ein eigenartiges Kopfweh. […] Oft kam der Feldmauser auf seinen Gängen bei uns vorbei. Gegen etwas Tabak tauschten wir ein paar Maulwürfe und Feldmäuse ein. Im Erlenhof häuteten wir die Tiere aus. Wir stellten drei Feuerzeuge nebeneinander und versuchten, darüber das Tierfleisch zu braten. […] Fast täglich wurde von den Aufsehern für geringfügige Sachen geschlagen. Das Übliche waren Faustschläge in die Rippen. Daneben teilten sie auch reichlich Ohrfeigen und Schuhtritte aus. […] Einer meiner Mitgefangenen namens Nobel wurde einmal von ihnen unten im Keller so furchtbar geschlagen, dass er längere Zeit wie halbtot herumwankte.»

Während sich heute die Wissenschaft bemüht, die Verfolgung der Jenischen kritisch aufzuarbeiten, waren frühere

Wissenschafter, so der Bündner Psychiater Josef Jörger (1860–1933), zerstörerische Diffamierer und Verfolger der Jenischen. Von Jörger beeinflusst war etwa der führende Wissenschafter bei der Verfolgung der Roma, Sinti und Jenischen in Nazideutschland, Robert Ritter, und dies galt auch für zahlreiche schweizerische Psychiater, die in vielen Patientenakten von Jenischen stereotyp formulierten: «Krank seit Geburt». Camille Grêt, Direktor in Bellechasse von 1918 bis 1951, erhielt von der juristischen Fakultät der Universität Neuchâtel 1949 gar ein Ehrendoktorat.

Es ist zu hoffen, dass die Entschuldigungen der ehemaligen Täterschaften nun endlich auch zur bisher verschleppten juristischen Aufarbeitung dieses unverjährbaren Verbrechens führen und dass die Jenischen und Sinti in möglichst naher Zukunft in Sicherheit, unter Wertschätzung und grosszügiger Förderung ihrer Sprache und Kultur, als gleichberechtigte Mitbürgerinnen und -bürger in Frieden und Ruhe alt werden können. Und dies auf Stand- und Durchgangsplätzen in genügender Zahl und nicht in unmittelbarer Nähe von Kläranlagen, Deponien oder Autobahnen, die die Gesundheit gefährden.

*Thomas Huonker (*1954), unabhängiger Historiker, verfasste viele Publikationen zur Verfolgungsgeschichte der Roma, Sinti und Jenischen sowie zu Zwangssterilisationen und «Eugenik» in der Schweiz. Er arbeitete für die Bergier-Kommission und war Mitglied des Runden Tisches für die Opfer fürsorgerischer Zwangsmassnahmen sowie Mitglied und Co-Forschungsdirektor der Unabhängigen Expertenkommission zur wissenschaftlichen Aufarbeitung der administrativen Versorgungen in der Schweiz vor 1981.*

thomas.huonker@sunrise.ch

BIBLIOGRAFIE

Herzig Michael, *Landstrassenkind. Die Geschichte von Christian und Mariella Mehr*, Zürich, 2023

Diggelmann Oliver, *Die Verfolgung schweizerischer Jenischer (und Sinti) im Licht des völkerrechtlichen Strafrechts. Rechtsgutachten*, Zürich, 15. September 2024 (S. 70–75)
Zülch Tilman (Hg.), *In Auschwitz vergast, bis heute verfolgt. Zur Situation der Roma (Zigeuner) in Deutschland und Europa*, Hamburg, 1979 (S. 12–24)

Huonker Thomas, *Tatbestände des Völkermords (gewaltsame Kindswegnahmen aus der Gruppe, gezielte Verringerung der Geburtenrate in der Gruppe), der neuere akademische und politische Diskurs über die Verfolgung der Jenischen in der Schweiz und unter dem Nationalsozialismus sowie Äusserungen von Jenischen selbst zu diesen Themen*, Zürich, 2011 (https://www.thata.ch/jenischenverfolgung_mit_tatbestaenden_des_voelkermords_eine_diskursanalyse_februar2011.pdf)

Huonker Thomas / Ludi Regula, *Roma, Sinti und Jenische. Die schweizerische Zigeunerpolitik zur Zeit des Nationalsozialismus*, Band 23 der Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission Schweiz – 2. Weltkrieg, Zürich, 2001 (S. 45) ;

Capus Nadja, *Ewig still steht die Vergangenheit? Der unvergängliche Strafverfolgungsanspruch nach schweizerischem Recht*, Bern, 2006 (S. 77–97)

Wottreng Willi, « Huber, Robert », in: *Historisches Lexikon der Schweiz (HLS)*, Version vom 24.11.2025. Online : https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/062293/2025-11-24/, konsultiert am 18.06.2026

Süess Silvia, *Reden, um nicht zu ersticken. Uschi Waser - die Lebensgeschichte einer Jenischen*, Zürich, 2026

Leimgruber Walter, Meier Thomas, Sablonier Roger, *Das Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse –Historische Studie aufgrund der Akten der Stiftung Pro Juventute im Schweizerischen Bundesarchiv*, Bern, 1998 (S. 81)

Huonker Thomas, *Fahrendes Volk – verfolgt und verfemt. Jenische Lebensläufe*, hrsg. von der Radgenossenschaft der Landstrasse, Zürich, 1987, 2. Auflage 1990 (S. 93–98, 249–258, 256)

Goffman Erving, *Asylums*, London, 1961; *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt am Main, 1975;

Goffman Erving, *Stigma*, London, 1963; *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Frankfurt am Main, 1975;

Didier Fassin, Richard Rechtman, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, 2007 ; van der Kolk Bessel, *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*, Lichtenau, 2015

Maercker Andreas, Krammer Sandy, Simmen-Junevka Keti, «Psychische Folgestörungen der Verdingung im Alter», in: Furrer Markus, Heiniger Kevin, Huonker Thomas, Jenzer Sabine, Praz Anne-Françoise (Hrsg.), *Fürsorge und Zwang – Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz 1850–1980*, Basel, 2014, S. 373–384

Ritter von Baeyer Walter, Häfner Heinz, Kisker Karl Peter, *Psychiatrie der Verfolgten. Zur Traumatisierung durch Zwangsterilisation*, Berlin, 1964, S. 251–262.

Pross Christian, *Wiedergutmachung – Der Kleinkrieg gegen die Opfer*, Frankfurt am Main, 1988

Huonker Thomas, «Jenische in der Schweiz oder Eine unendliche Geschichte von Verfolgung und Bevormundung», in: *A-Bulletin*, Zürich, August 1992 (https://thata.net/abulletin27august1992mitnachtrag.html)

Bundesamt für Justiz, *Bericht und Massnahmenvorschläge des Runden Tischs für die Opfer von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen vor 1981 vom 1. Juli 2014*, Bern 2014

Unabhängige Expertenkommission zur wissenschaftlichen Aufarbeitung der administrativen Versorgungen in der Schweiz vor 1981 (11 Bände, online einzeln kostenlos elektronisch downloadbar via www.uek-administrative-versorgungen.ch/forschung/)

Moser Peter Paul, *Autobiografie, Band II: Die Ewigkeit beginnt im September*, Thusis, 1999

Cooper Christine, Heinzle Bernd, Reitmeier Thomas: *Evidence of infectious disease, trauma, disability and deficiency in skeletons from the 19th/20th century correctional facility and asylum «Realta» in Cazis*, 8. Mai 2019, online auf https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216483

Thomas Huonker, Lorraine Odier, Anne-Françoise Praz, Marco Nardone, Laura Schneider: *«so wird man ins Loch geworfen», Quellen zur administrativen Versorgung*, Band 9 des Berichts der Unabhängigen Expertenkommission zur wissenschaftlichen Aufarbeitung der administrativen Versorgungen vor 1981, Zürich 2019, S. 179

« Chez nous, les Yéniches, on ne devient pas vieux »

Pendant des siècles, les Yéniches ont été persécutés et victimes de discrimination, y compris en Suisse. L'exclusion, la persécution, l'absence de droits et la condition de personnes déplacées dans leur propre pays ont entraîné des traumatismes et de graves problèmes de santé.

Thomas Huonker

Le titre est une citation de Robert Huber (1933–2016), enfant retiré à sa famille par Pro Juventute et président de la *Radgenossenschaft der Landstrasse* de 1985 à 2009. Il a lui-même vécu jusqu'à 83 ans, atteignant ainsi l'espérance de vie moyenne des hommes vivant en Suisse. Huber a assisté à d'innombrables funérailles de Yéniches, que ce soit en tant que membre d'une importante famille ou en tant que premier représentant de la communauté yéniche suisse. Aussi savait-il mieux que quiconque combien de Yéniches étaient décédés prématurément, et combien souffraient de problèmes de santé souvent directement causés par la persécution. Il était lui-même concerné : à la suite d'un grave accident du travail mal soigné lorsqu'il était pensionnaire dans un foyer, il boitait. Autre personne concernée : Christian Mehr, yéniche enlevé à sa mère Mariella Mehr lorsqu'il était enfant, qui a souffert toute sa vie des séquelles d'une grave brûlure subie dans la cuve à lessive de sa mère d'accueil. Cette brûlure l'a contraint à subir d'innombrables opérations.

Un crime contre l'humanité associé à des actes de génocide

De 1926 à 1973, on estime qu'environ 2000 enfants yéniches ont été systématiquement séparés de leurs parents dès leur plus jeune âge pour être placés dans des familles non yéniches ou en institution. Bien souvent, cela avait lieu dès la naissance et avec brutalité, dans le but d'isoler les enfants de leur famille d'origine et d'empêcher ainsi la transmission de la langue et de la culture yéniches dans le cercle familial. Ces enlèvements étaient le fait non seulement de l'Œuvre des enfants de la grand-route de la Fondation Pro Juventute, mais aussi de l'Œuvre séraphique de charité et d'instances cantonales, en particulier celles du canton de Schwytz. Cette campagne de persécution systématiquement coordonnée avait pour objectif déclaré de détruire l'ensemble du groupe alors pris pour cible sous le terme dépréciatif de « vagabonds ». C'est le conseiller fédéral radical Heinrich Häberlin (1858–1947), chargé du Département de justice et police de 1920 à 1934 et également président de Pro Juventute de 1924 à 1937, qui en fut le principal promoteur. Dans l'avant-propos de la brochure de Pro Juventute intitulée *Kinder der Landstrasse* (Les enfants de la grand-route), parue en 1927, Häberli écrivait que cette partie de la population devait être éliminée de l'« ordre culturel » de la Suisse, sans quoi elle constituerait une « tache ».

Dans son rapport intitulé *Die Verfolgung schweizerischer Jenischer (und Sinti) im Licht des völkerrechtlichen Strafrechts* (La persécution des Yéniches [et des Manouches/Sintés] suisses à la lumière du droit pénal international ; document disponible uniquement en allemand), Oliver Diggelmann, professeur de droit international à l'Université de Zurich, qualifie cette persécution systématique de crime contre l'humanité. Un crime qui comprenait également des « actes de génocide », c'est-à-dire des éléments constitutifs de génocide au sens de la Convention de l'ONU du 9 décembre 1948 pour la prévention et la répression du crime du génocide, en particulier celui mentionné à l'art. II, let. e, à savoir le transfert forcé d'enfants d'un groupe à un autre. Tilman Zülch, fondateur de la Société pour les peuples menacés, avait déjà attiré l'attention sur cet élément dès 1979. De même, des Yéniches – Robert Huber, Mariella Mehr, Venanz Nobel et bien d'autres – ont également fait référence à maintes reprises à cette convention, y compris dans des plaintes et actions en justice. L'historienne Regula Ludi et moi-même avons également évoqué l'art. II, let. e, de ladite convention dans le volume 23 du rapport Bergier que nous avons rédigé. De même, la professeure de droit pénal Nadja Capus a qualifié la persécution des Yéniches suisses de faits constitutifs de génocide imprescriptibles, tant au regard du droit international que du droit suisse.

Pourtant, les autorités judiciaires suisses ont ignoré ces faits et n'ont, à ce jour,

jamais engagé de poursuites contre les auteurs de ces crimes ni contre leurs successeurs. Or, à l'époque, les auteurs ont bénéficié, dans l'exécution de leurs crimes, du soutien de l'appareil judiciaire et policier pour faire passer les Yéniches persécutés comme des criminels ; par la suite, ils ont profité de l'inaction de la justice et sont restés, jusqu'à présent, impunis. Il n'en reste pas moins que le Conseil fédéral, en février 2025, et le Conseil national, en avril 2026, se sont ralliés à l'avis d'Oliver Diggelmann et ont considéré la persécution des Yéniches comme un crime contre l'humanité, 100 ans après la fondation de l'Œuvre des enfants de la grand-route et plus de 50 ans après sa dissolution.

Traumatismes et graves atteintes à la santé

Le placement extrafamilial systématique des enfants yéniches (ainsi que de certains enfants du groupe des Sintés/Manouches), pratiqué de 1926 à 1973, était mené avec une brutalité et un manque de considération extrêmes. Au moindre problème ou dès que les parents biologiques découvraient le lieu de séjour de leurs enfants (il leur était tenu caché), les enfants étaient transférés ailleurs, non seulement dans des foyers et des institutions, mais souvent aussi dans des familles.

Le placement extrafamilial systématique des enfants yéniches était mené avec une brutalité et un manque de considération extrêmes.

Robert Huber a été placé dans pas moins de quatorze « foyers d'accueil », parmi lesquels des établissements de travaux forcés et la prison de Bellechasse, dans le canton de Fribourg. Uschi Waser, une Yéniche, a été placée 26 fois dans des lieux différents. Si ces deux personnes ont survécu à ce traitement et sont devenues des figures de proue de la communauté yéniche suisse, c'est grâce à leur force de caractère et à leur résilience hors du commun. La grande majorité des Yéniches victime de mauvais traitements similaires n'ont toutefois pas eu la force d'y faire face. Une étude préliminaire financée par la Confédération (Leimgruber/Meier/Sablonier) fait le constat : « La plupart [des] victimes [de l'Œuvre] n'ont jamais surmonté leur douleur, souffrent psychiquement et physiquement d'une enfance et d'une jeunesse volées. » (p. 73) À noter qu'à ce jour cette persécution systématique n'a toujours pas fait l'objet d'un travail de mémoire exhaustif.

Certaines victimes sont décédées dès l'enfance, d'autres se sont suicidées. Toutes sont restées traumatisées leur vie durant et ont tenté, tant bien que mal, de survivre à ce traumatisme. Beaucoup se sont tournées vers l'alcool ou d'autres drogues, ou sont devenues dépendantes de médicaments. En 1987, j'ai interviewé une femme yéniche qui avait été internée dans plusieurs foyers et institutions, dont deux fois à la prison de Bellechasse. L'objectif était d'empêcher son mariage avec un Yéniche et de lui enlever son fils. Elle décrit ainsi les conséquences médicales :

« On ne récupère pas sa santé. Depuis que je suis allée à Bellechasse, j'ai des poussées d'angoisse. Aujourd'hui encore, j'ai des palpitations. Parfois, ça disparaît pendant un an ou deux. Mais là, ça fait déjà dix ans que ça dure sans répit. Ça vient tout à coup, comme si ça me traversait. Je dois alors prendre des médicaments. Parfois, mon esprit tourne en boucle, au point que je ne peux plus me concentrer. Ce n'est pas de la dépression. Je prends toujours plaisir au soleil, à la lune, à toute chose. À la nature, en tout cas. Je ne suis pas déprimée. Ce sont des sensations d'angoisse. C'est nerveux. Je fume aussi bien sûr un peu trop. Je dois prendre un Lexotanil tous les soirs. Un Deanxit le matin et un autre à midi. Après une boîte de cent comprimés, je peux arrêter. Je ne dois plus prendre ensuite qu'un Lexotanil le soir. J'ai remarqué que ça me rend la langue pâteuse. Parfois, je n'arrive même plus à parler. J'ai aussi souvent des vertiges. » (Note de l'auteur : le Deanxit est un neuroleptique, le Lexotanil une benzodiazépine.)

Seule une infime minorité de Yéniches concernés – parmi lesquels figuraient non seulement les quelque 2000 enfants retirés à leurs familles, mais aussi les parents et grands-parents – ont pu surmonter leurs traumatismes grâce à l'art, comme Mariella Mehr. Dans son premier roman *Steinzeit* (1981) et dans de nombreuses œuvres ultérieures, la célèbre autrice yéniche décrit les procédés destructeurs, tels que les injections d'insuline et les électrochocs, auxquels elle a été soumise pendant son enfance et son adolescence par de soi-disant experts médicaux dans des cliniques psychiatriques. Elle a été stérilisée de force après la naissance de son premier et unique enfant, à son insu. La naissance de son fils Christian a eu lieu à la prison d'Hindelbank, dans le canton de Berne. Elle y avait été incarcérée pour des raisons administratives, donc hors procédure judiciaire, dans le but d'empêcher son mariage avec le père de son fils, un Sinté/Manouche n'ayant pas la nationalité suisse.

Dans ses livres, le sociologue Erving Goffman a décrit avec force les dommages liés à un enfermement de longue durée dans des « institutions totales », telles que les cliniques psychiatriques. Les stigmates incluent également les dommages causés par la simple stigmatisation liée à l'appartenance à un groupe marginalisé. D'autres auteurs, comme Didier Fassin, Richard Rechtman ou Bessel van der Kolk, ont également décrit en détail les mécanismes du traumatisme et ses symptômes psychiques et physiques (voir bibliographie).

Les victimes de la persécution des Yéniches en Suisse et ailleurs sont des exemples tragiques de tels traumatismes. Les enfants des classes populaires suisses placés en institution ou dans des familles ont subi des épreuves similaires. Le psychologue Andreas

Maercker, de l'Université de Zurich, et son équipe ont publié d'importants résultats de recherche concernant l'analyse clinique des symptômes post-traumatiques chez les anciens enfants placés.

Les persécutions, y compris les stérilisations forcées, se sont poursuivies jusque dans les années 1970.

On trouve déjà des approches visant à analyser les traumatismes subis par les personnes persécutées par l'État dans l'ouvrage *Psychiatrie der Verfolgten* (Baeyer/Häfner/Kisker), publié en 1964, où est notamment traitée en détail la question des traumatismes causés par la stérilisation forcée. Mais le processus d'expertise psychiatrique décrit dans cet ouvrage concernant les demandes de réparation des victimes n'a en aucun cas conduit à une reconnaissance générale de ces demandes. Au contraire, leur rejet fréquent s'accompagnait d'une humiliation renouvelée et d'une seconde victimisation. Il n'était en effet pas rare que ces expertises, datées d'après 1945, soient réalisées par des psychiatres restés en fonction qui avaient participé à la persécution des victimes avant 1945.

Les persécutions, y compris les stérilisations forcées, se sont poursuivies en Suisse jusque dans les années 1970. Ce n'est qu'à partir de 1988 que les Yéniches ont reçu de maigres compensations financières pour les souffrances endurées, non pas à titre de dommages-intérêts et de réparation morale, mais à titre de « gestes humanitaires ». Toutes les autres victimes de mesures de protection forcées, de détentions administratives et de stérilisations forcées ont même dû attendre jusqu'en 2018 pour recevoir une indemnité.

Problèmes de santé chez les personnes internées à Bellechasse

Alfred Siegfried, directeur de l'Œuvre des enfants de la grand-route, a envoyé nombre de ses pupilles yéniches dans les établissements pénitentiaires de Bellechasse. Yéniche également placé sous la tutelle de Siegfried et interné à Bellechasse en 1949, Peter Paul Moser (1926-2003) raconte dans le deuxième tome de son autobiographie :

« Les détenus portaient différents types d'uniforme. Les forçats recevaient des vêtements rayés et robustes, les personnes condamnées à des peines privatives de liberté et celles placées sous tutelle portaient une tenue de travail rougeâtre ressemblant à un survêtement. Un troisième groupe, composé de malvoyants, de boiteux et d'autres infirmes, ne recevait pas d'uniforme, mais portait des vêtements qui avaient probablement été trouvés dans une collecte de haillons. […] Un jour, l'une de ces fragiles créatures se plaignit d'un malaise sur le lieu de rassemblement matinal et demanda donc au chef, Perse, de le dispenser de travail pour la journée. Le pauvre homme passa pour un simulateur et un tire-au-flanc aux yeux du surveillant, qui l'envoya travailler avec la "brigole" [groupe de travail]. Une heure plus tard, le détenu s'effondra et mourut en plein champ, sans recevoir l'assistance d'un prêtre. Le cadavre fut transporté dans une charrette à fumier jusqu'au bâtiment de la colonie [de travail]. »

[…]

« Un dimanche matin, un interné est tombé du haut de la grange à foin sur la dalle à fourrage, au niveau de l'étable. Gravement blessé à la tête, on l'a transporté dans notre bâtiment où on l'a allongé sur le sol en béton nu de notre dortoir. Cela ne m'a pas plu du tout. J'ai tiré mon matelas. Nous y avons allongé le blessé et avons attendu le médecin. Il a fallu plus de deux heures avant que l'homme ne soit chargé dans un camion et emmené comme une bête de somme. Les blessures étaient si graves que la victime est décédée sur le pont du camion pendant le trajet. »

Ces décès, comme d'autres survenus dans des établissements tels que Bellechasse, n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'études scientifiques systématiques. Les gardiens étaient armés de revolvers ; plusieurs fugitifs ont été abattus. Bon nombre des personnes décédées à Bellechasse ont été inhumées dans le cimetière de l'établissement. Les tombes n'étaient pas identifiées ; une seule grande croix en béton se dressait dans le cimetière. Il y a quelques années, le cimetière y a été transformé en terrain de sport. Contrairement à ce qui s'est fait lors de la désaffectation du cimetière de l'établissement de travaux forcés de Realta, dans le canton des Grisons, aucun examen n'a été fait sur les restes des corps inhumés à Bellechasse et dans d'autres établissements pénitentiaires dans le but de détecter d'éventuelles traces de mauvais traitements. On en a constaté dans un grand nombre de cas à Realta.

Pour compléter les informations sur les conditions de détention qui prévalaient à Bellechasse, voici quelques extraits de l'autobiographie de Gotthard Haslimeier, *Aus dem Leben eines Verdingbuben* (1955). Il y décrit notamment la manière dont était traité un détenu yéniche répondant au nom de Nobel.

« Beaucoup de pommes de terre étaient noires de pourriture. Il y avait aussi des betteraves et du chou. Après, on nous a donné des haricots ligneux. On ne nous servait que des légumes gâtés, car les beaux étaient vendus ! […] Au cours des treize mois passés à Bellechasse, je n'ai jamais vu de fromage, de beurre, de lait, de confiture, de pâtes ou de riz. Rien d'autre qu'un ragoût avarié ou une soupe immonde. […] La faim est une chose terrible. Elle ronge, fouille dans les entrailles et provoque un mal de tête particulier. […] Souvent, le taupier passait près de chez nous lors de ses rondes. En échange d'un peu de tabac, nous lui donnions quelques taupes et campagnols. Au foyer Erlenhof [dans le canton de Bâle-Campagne], nous dépecions les animaux. Nous placi-

ons trois briquets côte à côte et essayions de faire rôtir la viande au-dessus. […] Presque tous les jours, les gardiens nous battaient pour des broutilles. En général, c'étaient des coups de poing dans les côtes. Ils nous donnaient aussi copieusement des gifles et des coups de pied. […] Un jour, dans la cave, ils ont si violemment battu un de mes codétenus, Nobel, qu'il a titubé un long moment, à moitié mort.»

Alors qu'aujourd'hui la communauté scientifique s'efforce de mener une réflexion critique sur la persécution des Yéniches, certains chercheurs du passé, dont le psychiatre grison Josef Jörger (1860–1933), se sont livrés à des diffamations et des persécutions destructrices à l'encontre des Yéniches. Jörger – tout comme de nombreux psychiatres suisses qui, dans de nombreux dossiers médicaux de Yéniches, inscrivaient de manière stéréotypée : « malade de naissance » – est l'un de ceux qui ont influencé Robert Ritter, figure de proue de la persécution des Roms, des Sintés/Manouches et des Yéniches dans l'Allemagne nazie. Camille Grêt, directeur à Bellechasse de 1918 à 1951, s'est même vu décerner un doctorat *honoris causa* par la faculté de droit de l'Université de Neuchâtel en 1949.

Il faut espérer que les excuses présentées par les auteurs de ces crimes conduiront enfin à un traitement juridique de ce crime imprescriptible, et que les Yéniches et les Sintés/Manouches pourront, dans un avenir aussi proche que possible, atteindre un âge avancé en toute sécurité, dans la paix et la sérénité, reconnus comme des citoyens à part entière et bénéficiant du soutien généreux apporté à leur langue et à leur culture. Et qu'ils pourront vivre dans des aires de séjour et de passage en nombre suffisant, et non à proximité immédiate de stations d'épuration, de décharges ou d'autoroutes mettant leur santé en danger.

*Historien indépendant, Thomas Huonker (*1954) est l'auteur de nombreuses publications consacrées à l'histoire des persécutions subies par les Roms, les Sintés/Manouches et les Yéniches, ainsi qu'aux stérilisations forcées et à l'« eugénisme » pratiqués en Suisse. Il a travaillé pour la Commission Bergier et a été membre de la Table ronde pour les victimes de mesures de coercition à des fins d'assistance et de la Commission indépendante d'experts instituée par le Conseil fédéral pour réaliser une étude historique sur l'histoire des internements administratifs avant 1981, dont il a également été codirecteur de recherche.*

thomas.huonker@sunrise.ch

«Noi jenisch non diventiamo vecchi»

Gli jenisch sono stati perseguitati e discriminati per secoli, anche in Svizzera. L'emarginazione, la persecuzione, la privazione di diritti e la condizione di sfollati nel proprio Paese hanno causato loro traumi e gravi problemi di salute.

Thomas Huonder

La citazione che dà il titolo al presente contributo è di Robert Huber (1933–2016). Vittima della sottrazione di minori attuata da Pro Juventute e dal 1985 al 2009 presidente della *Radgenossenschaft der Landstrasse*, l'organizzazione mantello di jenisch e sinti in Svizzera, Huber è deceduto a 83 anni, a un'età quindi che corrisponde alla speranza di vita media degli uomini in Svizzera. Nel corso della sua vita ha partecipato a innumerevoli funerali di jenisch, sia come membro di una grande cerchia di parenti sia in veste di principale rappresentante degli jenisch in Svizzera. Più di chiunque altro sapeva perciò quanti jenisch fossero morti in giovane età e quanti soffrissero di problemi di salute, spesso una conseguenza diretta della persecuzione. Anche lui ne portava i segni: zoppicava a causa di un grave infortunio sul lavoro, accaduto quando viveva in istituto e dal quale non è mai guarito completamente. Christian Mehr, anche lui jenisch e sottratto da bambino alla madre, la scrittrice Mariella Mehr, soffre tuttora delle conseguenze delle gravi ustioni riportate nella tinozza della madre affidataria. A causa di quell'incidente ha dovuto sottoporsi a numerose operazioni.

Un crimine contro l'umanità con atti genocidari

Dal 1926 al 1973, circa 2000 bambini jenisch furono sistematicamente separati, per lo più in tenerissima età, dai propri genitori e collocati in famiglie non jenisch o in istituto. Spesso vennero sottratti alla nascita e con la forza, per isolarli dalle famiglie d'origine e impedire così che venissero loro tramandate la lingua e la cultura jenisch. Queste sottrazioni non furono attuate soltanto dalla cosiddetta «Opera per i bambini della strada» della Fondazione Pro Juventute, ma anche dalle Opere serafiche di carità e dalle autorità cantonali, in particolare da quelle del Cantone di Svitto. L'obiettivo dichiarato di questa campagna di persecuzione, condotta in modo coordinato e sistematico, era la soppressione dell'intero gruppo, allora stigmatizzato con il termine dispregiativo di «vaganti». A formularlo esplicitamente fu il consigliere federale liberale Heinrich Häberlin (1858–1947), dal 1920 al 1934 a capo del Dipartimento federale di giustizia e polizia e dal 1924 al 1937 anche presidente di Pro Juventute. Nella prefazione all'opuscolo intitolato *Kinder der Landstrasse* (Bambini della strada), pubblicato da Pro Juventute nel 1927, Häberlin scrisse che questa parte della popolazione doveva essere eliminata dall'«ordine culturale» della «Patria svizzera», poiché altrimenti avrebbe rappresentato una «macchia oscura».

Nella sua perizia *Die Verfolgung schweizerischer Jenischer [und Sinti] im Licht des völkerrechtlichen Strafrechts* (La persecuzione degli jenisch [e dei sinti] svizzeri alla luce del diritto penale internazionale), Oliver Diggelmann, professore di diritto internazionale all'Università di Zurigo, qualifica questa persecuzione sistematica come un crimine contro l'umanità che comprende anche «atti genocidari», ovvero atti costitutivi del genocidio ai sensi della Convenzione delle Nazioni Unite del 9 dicembre 1948 per la prevenzione e la repressione del crimine di genocidio, in particolare l'atto del «trasferimento forzato di fanciulli da un gruppo all'altro», di cui all'articolo II lettera e. Già nel 1979, il fondatore della Società per i popoli minacciati Tilman Zülch si era riferito a questa fattispecie. Molti jenisch, come Robert Huber, Mariella Mehr e Venanz Nobel, si sono richiamati alla Convenzione, anche in ricorsi e azioni legali. La storica Regula Ludi e il sottoscritto abbiamo menzionato l'articolo II lettera e della Convenzione nel volume 23 da noi redatto del Rapporto Bergier. Infine, la professoressa di diritto penale Nadja Capus considera la persecuzione degli jenisch svizzeri un atto di genocidio imprescrittibile sia secondo il diritto internazionale che secondo quello svizzero.

Ciononostante, le autorità giudiziarie svizzere non hanno, fino a oggi, avviato alcun procedimento penale né contro gli autori del crimine né contro i loro successori giuridici. All'epoca dei fatti, gli autori poterono contare sul sostegno dell'apparato giudiziario e di quello di polizia per

trattare come criminali gli jenisch perseguitati. In seguito, beneficiarono dell'inerzia della giustizia, rimanendo finora impuniti. Per lo meno il Consiglio federale e il Consiglio nazionale si sono allineati, rispettivamente nel febbraio del 2025 e nell'aprile del 2026, alle conclusioni della perizia di Oliver Diggelmann, riconoscendo la persecuzione degli jenisch come crimine contro l'umanità – 100 anni dopo la fondazione dell'«Opera assistenziale bambini della strada» e oltre 50 anni dopo il suo scioglimento.

Il collocamento extrafamiliare sistematico di bambini jenisch fu attuato con estrema brutalità e spietatezza.

Traumi e gravi problemi di salute

Tra il 1926 e il 1973, il collocamento extrafamiliare sistematico di bambini jenisch (e di alcuni bambini sinti) fu attuato con estrema brutalità e spietatezza. Al minimo problema o non appena i genitori biologici riuscivano a scoprire dove si trovassero i figli, il cui luogo di residenza veniva loro tenuto nascosto, i bambini furono collocati altrove, non soltanto in centri e istituti, ma spesso anche in aziende agricole dove vennero sfruttati come manodopera.

Robert Huber è stato internato complessivamente in 14 diversi «strutture affidatarie», tra cui in istituti di lavoro forzato e nel penitenziario di Bellechasse (FR). Uschi Waser è stata trasferita addirittura 26 volte. Se entrambi sono riusciti a sopravvivere a questo trattamento e diventare figure di spicco della comunità jenisch svizzera, è grazie alla loro forza di carattere e alla loro resilienza fuori dal comune. La maggioranza degli jenisch sottoposti a esperienze analoghe non è invece riuscita a sormontarle. Uno studio preliminare finanziato dalla Confederazione (Leimgruber/Meier/Sablonier) sul processo, tuttora in corso, di analisi e rielaborazione di questa persecuzione sistematica giunge alla conclusione che gran parte delle vittime dell'«ente assistenziale» non ha mai superato questo trauma e soffre delle conseguenze psichiche e fisiche di un'infanzia e un'adolescenza andate distrutte.

Alcune vittime di questa persecuzione sistematica sono morte in giovane età, altre si sono suicidate. Tutte hanno portato dentro di sé per il resto della loro vita le ferite psicologiche subite e tentato, ciascuna a modo suo, di sopravvivere a questo trauma. Molte hanno cercato rifugio nell'alcol o nella droga o sono diventate farmacodipendenti. Nel 1987 ho intervistato una donna jenisch che era stata internata in diversi centri e istituti, tra cui due volte nel penitenziario di Bellechasse, per impedirle di sposare un uomo jenisch e per sottrarle il figlio. Lei stessa descrive così le conseguenze di questa esperienza sulla sua salute:

La salute non si recupera. Da quando sono stata a Bellechasse, ho attacchi d'ansia. Ancora oggi soffro di palpitazioni. A volte passano per un anno o due. Ma ora durano già da dieci anni. Arrivano all'improvviso, come un motore che riparte. Allora devo prendere medicinali. A volte i pensieri mi si affollano nella testa e non riesco a concentrarmi. Non è depressione. Provo ancora gioia per il sole, per la luna, per tutto. Per la natura, ovviamente. Non sono depressa. Sono attacchi d'ansia. Sono i nervi del cuore. Fumo anche un po' troppo. Devo prendere il Lexotanil tutte le sere. Al mattino un Deanxit e a mezzogiorno un Deanxit. Dopo una confezione da cento compresse posso smettere la cura. Allora devo prendere soltanto un Lexotanil la sera. Ho notato che mi impasta la lingua. A volte non riesco nemmeno più a parlare. Spesso mi vengono anche le vertigini (n.d.a.: il Deanxit è un neurolettico, il Lexotanil una benzodiazepina; traduzione dalla lingua originale tedesca).

Soltanto pochissimi jenisch che hanno vissuto queste esperienze – oltre ai circa 2000 bambini sottratti alle proprie famiglie, ne erano toccati anche i genitori e nonni – sono riusciti a elaborare artisticamente i propri traumi come la celebre autrice jenisch Mariella Mehr. Nel suo primo romanzo *Steinzeit* (Età della pietra), pubblicato nel 1981, e in molte opere successive descrive le pratiche distruttive, tra cui le iniezioni di insulina e gli elettroshock, cui è stata sottoposta da bambina e da adolescente da sedicenti esperti in salute nelle cliniche psichiatriche. Dopo la nascita del suo primo e unico figlio, le è stato praticato un intervento di sterilizzazione forzata, a sua insaputa. Il figlio Christian è nato nel penitenziario di Hindelbank (BE), dove Mariella Mehr era stata internata amministrativamente, cioè senza processo, per impedirle di sposare il padre di suo figlio, un sinti senza cittadinanza svizzera.

Il sociologo Erving Goffman ha descritto in modo incisivo nei suoi libri i danni legati alla reclusione pluriennale in «istituzioni totali» quali le cliniche psichiatriche. Tra questi rientra anche il danno causato dal semplice stigma associato all'appartenenza a un gruppo emarginato. Inoltre, autori come Didier Fassin, Richard Rechtman o Bessel van der Kolk hanno descritto in dettaglio i meccanismi del trauma e i suoi sintomi psichici e fisici (v. bibliografia).

Le persecuzioni e le sterilizzazioni forzate proseguirono fino agli anni 1970.

Le vittime della persecuzione degli jenisch in Svizzera e altrove sono esempi tragici di questi traumi. Tra loro rientrano anche i membri delle classi sociali più basse della Svizzera, che da bambini furono appaltati a famiglie come forza lavoro o collocati in istituto e subirono esperienze analoghe. Lo psicologo Andreas Maercker dell'Università di Zurigo e il suo team hanno pubblicato importanti risultati di ricerca sull'analisi clinica della sintomatologia post-traumatica degli ex bambini appaltati.

Approcci all'analisi dei traumi delle persone perseguitate dallo Stato si trovano già nel libro di Walter Ritter Baeyer, Heinz Häfner e Karl Peter Kisker *Psychiatrie der Verfolgten* (Psichiatria dei perseguitati), pubblicato nel 1964, in cui è trattato in modo approfondito anche il trauma della sterilizzazione forzata. La prassi, descritta nel libro, in materia di perizie psichiatriche condotte nel contesto delle domande di risarcimento non ha tuttavia portato a un riconoscimento generale dei diritti delle vittime. Al contrario, i frequenti rifiuti delle domande si sono tradotti in un'ulteriore umiliazione e in una seconda vittimizzazione. Non era infatti raro che, dopo il 1945, queste perizie fossero rilasciate dagli stessi psichiatri, rimasti in carica, che avevano partecipato alla persecuzione delle vittime prima del 1945.

Le persecuzioni e le sterilizzazioni forzate in Svizzera continuarono fino agli anni 1970. Soltanto a partire dal 1988 gli jenisch ricevettero modeste compensazioni finanziarie per le sofferenze loro inflitte, non sotto forma di risarcimento dei danni e di riparazione morale, ma a titolo di cosiddetti «gesti umanitari». Tutte le altre vittime di misure coercitive assistenziali, internamenti amministrativi e sterilizzazioni forzate hanno dovuto attendere addirittura fino al 2018 prima di ottenere indennizzi.

Problemi di salute delle persone internate a Bellechasse

Il direttore dell'«Opera per i bambini della strada» Alfred Siegfried inviò numerosi suoi pupilli jenisch nello stabilimento penitenziario di Bellechasse. Peter Paul Moser (1926–2003), uno degli jenisch posti sotto la tutela di Siegfried e internato a Bellechasse nel 1949, racconta questa esperienza nel secondo volume della sua autobiografia:

I detenuti indossavano divise diverse. I condannati ricevevano abiti a strisce, robusti; i condannati a pene detentive e chi era stato internato da un tutore, una divisa da lavoro rossastra simile a un soprabito. Un terzo gruppo, composto da ipovedenti, zoppi e altri infermi, non riceveva un'uniforme, ma indossava abiti che probabilmente un tempo facevano parte di una raccolta di stracci. […] Un giorno, una di queste creature fragili si lamentò di un malessere durante l'adunata mattutina e chiese a Perse, il capo, di esonerarlo dal lavoro per quel giorno. Il povero uomo fu definito dal sorvegliante un simulatore e un fannullone e mandato al lavoro con la «brigole» [gruppo di lavoro]. Un'ora dopo, il detenuto crollò e morì in aperta campagna senza alcuna assistenza spirituale. Il cadavere fu trasportato in un carro di letame fino all'edificio della colonia [di lavoro].

[…]

Una domenica mattina, un internato cadde dal fienile della stalla nella corsia di foraggiamento. Con gravi ferite alla testa, venne portato nell'edificio centrale e disteso sul pavimento di cemento nudo nel nostro dormitorio. La cosa non mi piacque per nulla. Presi il materasso dal letto. Vi adagiammo sopra il ferito e aspettammo il medico. Ci vollero più di due ore prima che l'uomo fosse caricato su un camion e portato via come un capo di bestiame. Le ferite erano così gravi che il malcapitato morì sul ponte del camion durante il trasporto (traduzione dalla lingua originale tedesca).

Questo e altri decessi avvenuti in stabilimenti quali il penitenziario di Bellechasse non sono stati a tutt'oggi oggetto di studi scientifici sistematici. Le guardie erano armate di rivoltella e diversi fuggitivi sono stati uccisi. Molte delle persone decedute a Bellechasse sono state sepolte nel cimitero dello stabilimento. Le tombe non venivano contrassegnate, nel cimitero si ergeva soltanto un'unica grande croce di cemento. Alcuni anni fa, il cimitero di Bellechasse è stato trasformato in un campo sportivo. A differenza di quanto avvenuto nel cimitero dell'istituto di lavoro forzato di Realta (GR), dove, alla chiusura del cimitero, le ossa dei defunti furono esaminate alla ricerca di tracce di maltrattamenti, rinvenute in gran numero, a Bellechasse, così come in altri cimiteri di stabilimenti analoghi, non è stata effettuata alcuna indagine di questo tipo.

Per completare le informazioni sulle condizioni di detenzione a Bellechasse, sono riportati nel seguito alcuni estratti dell'autobiografia di Gotthard Haslimeier, intitolata *Aus dem Leben eines Verdingbuben* (Vita di un bambino appaltato) e pubblicata nel 1955, in cui è descritto anche il trattamento riservato a un detenuto jenisch di nome Nobel.

Molte patate erano nere e marce e c'erano anche barbabietole e cavoli. Più tardi fagioli legnosi. Ci davano sempre e solo verdura di scarto, poiché quella buona veniva venduta! […] Nei tredici mesi trascorsi a Bellechasse non ho mai visto formaggio, burro, latte, marmellata, pasta o riso. Soltanto stufati andati a male o zuppe disgustose. […] La fame è una cosa terribile. Ti tormenta, ti rivolta le viscere e provoca uno strano mal di testa. […] Spesso il cacciatore di topi di campagna passava da noi durante i suoi giri. In cambio di un po' di tabacco ci dava qualche talpa e qualche topo di campagna. All'Erlenhof scuoiavamo gli animali. Mettevamo tre accendini uno accanto all'altro e cercavamo di arrostirci sopra la carne. […] Quasi ogni giorno le guardie ci picchiavano per cose di poco conto. Di solito ci davano pugni nelle costole. Inoltre, non lesinavano con gli schiaffi e i calci. […] Uno dei miei compagni di prigionia, di nome Nobel, è stato picchiato da loro giù in cantina in modo così terribile che barcollò a lungo mezzo morto (traduzione dalla lingua originale tedesca).

Mentre oggi la comunità scientifica si sforza di fare luce sulla persecuzione degli jenisch e di analizzarla criticamente, in passato alcuni scienziati, tra cui lo psichiatra grigionese Josef Jörger (1860–1933), si resero protagonisti di un'opera sistematica di diffamazione e persecuzione. Influenzato da Jörger era, ad esempio, lo scienziato Robert Ritter, figura di punta della persecuzione di Rom, Sinti e jenisch nella Germania nazi-

sta, come pure numerosi psichiatri svizzeri che negli atti clinici di molti jenisch usavano la formulazione stereotipata: «Malato dalla nascita». A Camille Grêt, direttore di Bellechasse dal 1918 al 1951, la facoltà di giurisprudenza dell'Università di Neuchâtel conferì persino un dottorato *honoris causa* nel 1949.

C'è da augurarsi che alle scuse degli autori dei fatti faccia finalmente seguito l'elaborazione giuridica di questo crimine imprescrittibile e che, in un futuro possibilmente prossimo, gli jenisch e i sinti possano invecchiare in tutta sicurezza, in pace e serenità, come cittadini e cittadine a tutti gli effetti, in un clima di stima e di sostegno generoso della loro lingua e cultura. E che possano vivere in un numero sufficiente di aree di sosta e di transito e non in prossimità di impianti di depurazione, discariche o autostrade che mettono a rischio la loro salute.

*Storico indipendente, Thomas Huonker (*1954) è autore di numerose pubblicazioni sulla storia delle persecuzioni di rom, sinti e jenisch, sulle sterilizzazioni forzate e sull'«eugenetica» in Svizzera. Ha lavorato per la Commissione Bergier ed è stato membro della Tavola rotonda per le vittime di misure coercitive a scopo assistenziale, nonché membro e co-direttore di ricerca della Commissione peritale indipendente per l'analisi scientifica degli internamenti amministrativi in Svizzera prima del 1981.*

thomas.huonker@sunrise.ch

Penser le racisme médical en Suisse : invisibiliser ou différencier?

Jean-David Pantet Tshibamba & Jonathan Mbondo Mutamba

Résumé

Alors que plusieurs études internationales mettent en évidence d'importantes inégalités raciales dans les parcours de soins, les discriminations dans le domaine de la santé demeurent peu documentées en Suisse. Entre biais implicites, stéréotypes cliniques et invisibilisation statistique, cette contribution propose une réflexion exploratoire sur les mécanismes susceptibles de produire des traitements différenciés en raison de la racialisation au sein du système de santé helvétique.

Le racisme est un phénomène connu et relativement documenté dans le domaine médical à l'échelle internationale. À titre d'exemple, aux États-Unis, le *Center for Disease Control and Prevention* (2024) indique que les femmes afro-américaines présentent un risque de mortalité maternelle environ trois fois supérieur à celui des femmes blanches. Au Royaume-Uni, certains rapports mettent également en évidence une surmortalité maternelle importante chez les femmes noires par rapport aux femmes blanches (MBRRACE-UK, 2024).

En France, une étude du CHU de Montpellier démontre notamment qu'à symptômes équivalents, la probabilité qu'un homme blanc se présentant aux urgences pour des douleurs thoraciques soit considéré comme relevant d'une urgence vitale est environ 50 % plus élevée que pour une femme noire (Coisy et al., 2024). En outre, l'association « Tant que je serai noire » publiait en 2026 un rapport documentant de nombreuses formes de discriminations vécues au sein du système de santé français, faisant notamment état de propos racistes, de symptômes minimisés ou ignorés, ainsi que de refus d'écoute, voire de soins (Rivière, 2026).

> *À symptômes équivalents, la probabilité qu'un homme blanc se présentant aux urgences pour des douleurs thoraciques soit considéré comme relevant d'une urgence vitale est environ 50 % plus élevée que pour une femme noire.*

En Suisse, toutefois, les données disponibles sur les discriminations raciales dans le domaine de la santé demeurent limitées. Selon la dernière édition de l'enquête « Vivre ensemble en Suisse », publiée en 2024 par l'Office fédéral de la statistique, environ 10 % des situations de racisme déclarées en Suisse concernent le domaine de la santé. Ce chiffre, repris par le Service de lutte contre le racisme (SLR, s. d.), pourrait cependant être plus élevé et doit donc être interprété avec prudence, l'institution relevant un risque de sous-estimation lié au manque d'études spécifiques approfondies.

Certains travaux, comme le rapport de Mugglin et al. (2022), soulignent que le système de santé suisse est traversé par des représentations et stéréotypes racialisés susceptibles d'influencer les pratiques de prise en charge. Parmi ceux-ci figurent notamment la croyance selon laquelle les personnes noires présentent une tolérance plus élevée à la douleur, ainsi que ce que la littérature qualifie de « syndrome méditerranéen », entendu comme une forme de « pseudo-diagnostic » attribuant à la patientèle racisée une tendance supposée à exagérer ou à simuler leurs symptômes. Malgré ces constats, la documentation reste peu abondante dans le contexte helvétique.

La rareté des données disponibles rend difficile le travail de documentation, ce qui nous pousse néanmoins à susciter le débat, notamment en interrogeant la nature des mécanismes discriminatoires. Quelle compréhension avoir du racisme médical relevant à la fois de pratiques individuelles – liées aux représentations et aux biais du personnel soignant – et de mécanismes plus profondément ancrés dans le fonctionnement institutionnel du système de santé suisse ?

La présente contribution n'ambitionne pas de répondre à la question, mais entend explorer la question et nourrir la réflexion, en s'appuyant sur une lecture croisée de la littérature secondaire pour esquisser des pistes qui favoriseraient un accès aux soins mieux adapté à la diversité croissante de la population suisse.

Les formes du racisme médical

L'étude de Mugglin et al. (2022) alimente la réflexion, car elle souligne la difficulté de qualifier, en Suisse, le racisme dans le domaine des soins comme un phénomène strictement structurel. Toutefois, le rapport met en évidence une surreprésentation, parmi les personnes concernées, d'individus originaires d'États tiers par rapport aux ressortissantes et ressortissants européens. Cette observation suggère que ces discriminations ne peuvent être entièrement dissociées de certains facteurs raciaux, qui contribuent à structurer les expériences différenciées de la patientèle.

Bodenmann et al. (2022) soulignent que l'absence de statistiques suisses relatives à l'origine des personnes soignées – souvent justifiée au nom du principe d'égalité – peut conduire à une forme d'invisibilisation des discriminations. En l'absence de données empiriques permettant d'en apprécier l'ampleur, la documentation des inégalités ainsi que l'élaboration de mesures correctrices s'en trouvent entravées. L'article montre que cette posture de *color blindness*[1] peut, de manière paradoxale, contribuer à la reproduction des inégalités qu'elle entend précisément prévenir, en rendant plus difficiles leur identification et leur reconnaissance.

Il apparaît donc nécessaire d'élargir le cadre d'analyse pour mieux comprendre les logiques inhérentes aux discriminations structurelles dans les institutions médicales. Le concept de « violence symbolique » de Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron (1970) peut nous y aider. Cette notion renvoie à une forme de pouvoir implicite par laquelle certaines normes, représentations ou catégories de pensée s'imposent comme légitimes, contribuant ainsi à la reproduction des rapports de domination. Dans le contexte médical, ce pouvoir se traduit par l'action du personnel soignant consistant à catégoriser, parfois implicitement, les personnes soignées, notamment en fonction de leur origine migratoire présumée, de leur nationalité, de leur langue ou de caractéristiques culturelles supposées. Ces classifications, souvent perçues comme neutres, peuvent en réalité refléter des stéréotypes et contribuer à des traitements différenciés.

> *Le racisme dans le domaine de la santé peut également affecter le rapport aux soins qu'entretiennent les individus.*

Ces mécanismes de catégorisation ne peuvent être pleinement compris sans être replacés dans une perspective historique. Des discours scientifiques tels que l'eugénisme ou encore la raciologie ont légitimé et naturalisé la hiérarchisation raciale entre prétendus groupes humains. Si ces approches ont été largement démenties par les connaissances scientifiques actuelles, leurs effets persistent dans certaines représentations. Comme le souligne Hoover (2007), les catégories raciales, bien qu'invalidées sur le plan biologique, continuent d'être mobilisées dans certains contextes médicaux. Cela invite à interroger de manière critique les classifications utilisées dans la pratique clinique, même lorsqu'elles ne sont pas explicitement formulées en termes raciaux, dans la mesure où elles peuvent reproduire des stéréotypes et influencer la prise en charge médicale.

En outre, le racisme dans le domaine de la santé peut également affecter le rapport aux soins qu'entretiennent les individus. Comme le souligne Warrin (2011), ces expériences peuvent conduire certaines personnes à retarder et éviter les prestations de santé, voire y renoncer. Ce phénomène de non-recours n'est pas sans conséquences, dans la mesure où il est susceptible d'aggraver l'état de santé des personnes et de renforcer les inégalités existantes.

Dans une étude réalisée aux États-Unis, Sabin et Greenwald (2012) mettent en évidence le fait que les biais raciaux implicites des pédiatres peuvent influer sur certaines recommandations cliniques. Plus précisément, les résultats montrent que, dans le cas de la prise en charge de la douleur postopératoire, les pédiatres présentant un biais implicite plus favorable aux personnes blanches seraient moins enclins à prescrire certains traitements lorsqu'il s'agit d'un enfant afro-américain.

Ainsi, même si les systèmes de santé ont connu d'importants progrès au cours du siècle dernier, Hall et al. (2015) considèrent que des disparités raciales et ethniques continuent de largement affecter l'accès aux soins, leur qualité, ainsi que les indicateurs de morbidité et de mortalité.

Les éléments évoqués jusqu'ici sont, bien entendu, loin d'épuiser un sujet aussi vaste et complexe que celui du racisme médical. Ils constituent toutefois des points d'appui pour mieux appréhender les mécanismes susceptibles d'être à l'œuvre dans le contexte suisse.

Faire dialoguer les contextes pour mieux comprendre le racisme médical en Suisse

Nous proposons de mettre en regard les études internationales et suisses passées en revue plus haut, afin de faire ressortir des enjeux qui pourraient structurer les discussions scientifiques et publiques autour du racisme médical en Suisse.

Si l'étude de Sabin et Greenwald (2012), menée aux États-Unis, met en évidence l'influence de biais implicites dans certaines décisions cliniques, elle peut également être interprétée comme révélatrice de schémas structurels englobants et durablement ancrés. En effet, les recherches conduites en Suisse indiquent que les discriminations observées s'inscrivent à la fois dans des inégalités sociales plus larges (Mugglin et al., 2022) et dans des configurations institutionnelles qui en limitent la visibi-


STORY OF MY LIFE
STORY OF MY LIFE

lité (Bodenmann et al., 2022). Ces points nous laissent suggérer une possible proximité entre les phénomènes documentés à l'étranger et ceux observables en Suisse.

Toutefois, si de nombreux travaux, notamment américains, s'appuient sur des dispositifs statistiques permettant d'identifier des écarts de traitement, le cas suisse se caractérise par une relative invisibilisation empirique du phénomène. Cette absence de mesure ne signifie pas une absence de discrimination structurelle, mais plutôt une limitation des outils permettant de la rendre visible, ce qui contribue à en restreindre la reconnaissance institutionnelle. À cet égard, il convient de souligner les initiatives portées par certaines associations locales afin de pallier ces lacunes, à l'image du Collectif Afro-Swiss (CAS), qui a recueilli en 2024 des témoignages relatifs à des situations de racisme, de sexisme et de misogynie dans le domaine de la santé (Bayart, 2024). Le fait que de telles démarches reposent sur des structures associatives disposant de moyens limités est toutefois révélateur, non seulement des insuffisances de la recherche helvétique sur ces enjeux, mais également du besoin croissant, exprimé notamment par les actrices et acteurs de terrain, de disposer de données documentant plus systématiquement ces phénomènes.

Un second point de réflexion concerne la manière dont des logiques de différenciation et d'indifférenciation peuvent s'articuler dans la (re)production des inégalités en matière de santé. La littérature internationale montre que des traitements différenciés peuvent émerger, notamment sous l'effet de biais implicites ou de représentations associées à l'origine des personnes soignées, influençant certaines décisions cliniques (Hall et al., 2015 ; Sabin & Greenwald, 2012). Dans ces situations, les inégalités résultent de pratiques où certaines catégories explicites ou implicites orientent la prise en charge.

Dans le contexte suisse, ces dynamiques s'inscrivent dans un cadre normatif particulier, marqué au contraire par un attachement fort au principe d'égalité de traitement.

Comme le suggèrent Bodenmann et al. (2022), ce cadre tend à promouvoir une forme d'« indifférenciation normative », dans laquelle un traitement « identique » de l'ensemble de la patientèle peut, paradoxalement, contribuer à reproduire des écarts. En effet, l'occultation de certaines différences qui pourraient être jugées pertinentes et nécessaires, notamment linguistiques, sociales ou liées aux trajectoires migratoires, peut limiter l'adéquation des soins et produire des inégalités dans leur qualité ou leur accessibilité. Ce constat est reflété par l'absence explicite de la lutte contre les discriminations dans la stratégie 2030 adoptée en 2019 par le Conseil fédéral Cf. Stratégie du Conseil fédéral en matière de politique de la santé 2020–2030)

Plutôt que de s'opposer, les logiques de différenciation et d'indifférenciation raciales apparaissent ainsi imbriquées : la première intervient dans les interactions cliniques, tandis que la seconde en limite la reconnaissance explicite. La mise en regard des littératures internationale et suisse invite ainsi à déplacer le curseur analytique. Les inégalités ne résultent pas uniquement de traitements différenciés, mais aussi d'une difficulté du système à intégrer certaines différences. Cette articulation constitue un cadre d'interprétation des formes contemporaines d'inégalités dans le système de santé suisse, qui mériterait d'être plus systématiquement exploré et davantage approfondi.

Ces éléments invitent à ouvrir plusieurs pistes de réflexion pour le contexte suisse. Mieux documenter les inégalités apparaît d'abord comme un enjeu central, tant leur faible visibilité limite aujourd'hui leur reconnaissance et leur traitement. Parallèlement, une réflexion sur les pratiques professionnelles et la formation semble nécessaire afin de mieux ajuster la prise en charge à la diversité des publics soignés, sans pour autant les enfermer dans des catégories réductrices.

Si le questionnement central de cet article, à savoir la distinction entre biais individuels et logiques structurelles, conserve toute sa pertinence, il semble toutefois nécessaire de l'envisager de manière articulée. Les éléments discutés suggèrent moins une opposition qu'une imbrication entre parcours personnel, pratiques professionnelles et cadres institutionnels, qui participent conjointement à la reproduction d'inégalités prenant appui, entre autres, sur le racisme.

UPYA est une plateforme de réflexion dédiée à la recherche, à l'analyse et à l'élaboration de politiques publiques équitables.

Titulaire d'un diplôme en science politique de l'Université de Lausanne et d'un diplôme en études africaines de l'Université de Genève, Jean-David Pantet Tshibamba est chercheur au sein du Think Tank Upya.

Jdp.tshibamba@upya-institute.org

Chercheur en sciences humaines et sociales, Jonathan Mbondo Mutamba est assistant doctorant à la Haute école de travail social de Genève, également chercheur au sein du Think Tank Upya.

J.mbondo@upya-institute.org

[1] Traduit de l'anglais : « aveuglement à la couleur ». Idéologie qui consiste à déclarer ignorer la race ou l'origine pour prétendre traiter tout le monde de manière « identique ».

BIBLIOGRAPHIE

Bayart, E. Collectif Afro-Swiss (CAS), plaine de Plainpalais à Genève [Photographie]. Bibliothèque de Genève, 2024. https://www.bge-geneve.ch/iconographie/oeuvre/2024-018-num-01

Bodenmann, P., Hrasnica, F., Malebranche, M., Perrin, È.-M., Green, A., Porret, R., Fricker, C., Morisod, K., Sanchis Zozaya, J., & Bart, P.-A. Chapitre 1.14. « Racisme et pratique de la médecine : éléments pour un apprentissage nécessaire ». In: Bodenmann, P., Jackson, Y., Vu, F. et Wolff, H. *Vulnérabilités, diversités et équité en santé* (p. 165-177). Médecine & Hygiène, 2022 https://doi.org/10.3917/mh.boden.2022.01.0165

Bourdieu, Pierre, & Passeron, Jean Claude. *La reproduction: Éléments d'une théorie du système d'enseignement*. Les Éditions de Minuit, Paris, 1970

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). « Working Together to Reduce Black Maternal Mortality », 2024. https://www.cdc.gov/womens-health/features/maternal-mortality.html

Coisy, F., Olivier, G., Ageron, F.-X., Guillermou, H., Roussel, M., Balen, F., Grau-Mercier, L., & Bobbia, X. « Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? ». In: *European Journal of Emergency Medicine, 31(3), 188-194, 2024*. https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000001113

Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., Eng, E., Day, S. H., & Coyne-Beasley, T. « Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review ». In: *American Journal of Public Health*, 105(12), e60-e76, 2015. https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302903

Hoover, E. L. « There is no scientific rationale for race-based research ». In: *Journal of the National Medical Association*, 99 (6), 690-692, 2007 (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17595942/)

MBRRACE-UK. *Saving Lives, Improving Mothers' Care*. University of Oxford, 2024. https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/maternal-report-2024/MBRRACE-UK_SON_Report_2024_V1.1.pdf

Mugglin, L., Efionayi, D., Ruedin, D., & D'Amato, G. « Racisme structurel en Suisse : un état des lieux de la recherche et de ses résultats ». In: *SFM Studies n° 81*. Université de Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM), 2022. https://www.frb.admin.ch/dam/fr/sd-web/Ud7oKlD1AEmO/Racisme%20structurel%20en%20Suisse%20un%20%C3%A9tat%20des%20lieux%20de%20la%20recherche%20et%20de%20ses%20r%C3%A9sultats.pdf

Office fédéral de la santé publique OFSP, « Stratégie du Conseil fédéral en matière de politique de la santé 2020-2030 », (s. d). https://www.bag.admin.ch/fr/politique-de-la-sante-strategie-du-conseil-federal-20202030

Rivière, M. *Santé pour toustes : rapport sur les discriminations raciales dans le système de santé français*. Association Tant que je serai noire, 2026. https://www.tantquejeserainoire.com/poles/sante-pour-toustes#rapport

Sabin, J. A., & Greenwald, A. G. « The influence of implicit bias on treatment recommendations for four common pediatric conditions: Pain, urinary tract infection, attention deficit hyperactivity disorder, and asthma ». In: *American Journal of Public Health*, 102(5), 988-995, 2012. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300621

Service de lutte contre le racisme. « Où la discrimination s'exerce-t-elle ? ». (s.d.) https://www.frb.admin.ch/fr/ou-la-discrimination-sexerce-t-elle

Warin, P. « Le non-recours aux droits comme question publique : innovations dans la production des politiques sociales ». In: *Quatrième congrès de l'Association française de sociologie*, Grenoble, France, 2011. https://shs.hal.science/halshs-00687834/

Medizinischer Rassismus in der Schweiz – verschleiern oder differenzieren?

Jean-David Pantet Tshibamba & Jonathan Mbondo Mutamba

Zusammenfassung
Während mehrere internationale Studien erhebliche Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung aufzeigen, wird rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen in der Schweiz nach wie vor kaum dokumentiert. Vor dem Hintergrund impliziter Vorurteile, klinischer Stereotype und fehlender statistischer Sichtbarkeit bietet dieser Beitrag eine vertiefte Reflexion über die Mechanismen, die aufgrund von Rassifizierung im Schweizer Gesundheitssystem zu Unterschieden in der Behandlung führen können.

Rassismus ist ein bekanntes und in der Medizin international relativ gut dokumentiertes Phänomen. So gibt beispielsweise das *Center for Disease Control and Prevention* [CDC] (2024) in den Vereinigten Staaten an, dass das Risiko für Müttersterblichkeit bei afroamerikanischen Frauen etwa dreimal höher ist als bei weissen Frauen. Auch im Vereinigten Königreich weisen einige Berichte auf eine deutlich höhere Müttersterblichkeit bei Schwarzen Frauen im Vergleich zu weissen Frauen hin (MBRRACE-UK, 2024).

Eine Studie des Universitätsspitals Montpellier in Frankreich zeigt insbesondere, dass bei gleichen Symptomen ein weisser Mann, der mit Schmerzen in der Brust in die Notaufnahme kommt, im Vergleich zu einer Schwarzen Frau eine um etwa 50 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit hat, als lebensbedrohlicher Notfall eingestuft zu werden (Coisy et al., 2024). Darüber hinaus veröffentlichte der Verein «Tant que je serai noire» 2026 einen Bericht, der zahlreiche Formen von Diskriminierung im französischen Gesundheitssystem dokumentiert, darunter rassistische Äusserungen, heruntergespielte oder übergangene Symptome sowie Fälle, in denen die Bereitschaft zuzuhören, fehlte oder eine medizinische Versorgung sogar verweigert wurde (Rivière, 2026).

> *Bei gleichen Symptomen [hat] ein weisser Mann, der mit Schmerzen in der Brust in die Notaufnahme kommt, im Vergleich zu einer Schwarzen Frau eine um etwa 50 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, als lebensbedrohlicher Notfall eingestuft zu werden.*

In der Schweiz steht nach wie vor nur eine begrenzte Anzahl Daten zu rassistischen Diskriminierungen im Gesundheitswesen zur Verfügung. Laut der jüngsten Ausgabe der Erhebung *Zusammenleben in der Schweiz* (ZidS), die 2024 vom Bundesamt für Statistik veröffentlicht wurde, betreffen etwa 10 Prozent der in der Schweiz gemeldeten Rassismusvorfälle den Gesundheitsbereich. Diese von der Fachstelle für Rassismusbekämpfung (FRB, o. J.) aufgegriffene Zahl ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Die FRB selbst räumt ein, dass aufgrund fehlender vertiefter Studien das Risiko einer Unterschätzung bestehe.

Andere Studien wie der Bericht von Mugglin et al. (2022) heben hervor, dass das Schweizer Gesundheitssystem von rassistischen Vorstellungen und Stereotypen durchdrungen ist, die Behandlungen beeinflussen können. Dazu gehören insbesondere die Idee, Schwarze Menschen hätten eine höhere Schmerzgrenze, sowie das, was in der Fachliteratur als «Mittelmeersyndrom» bezeichnet wird, eine Art «Pseudodiagnose», bei der rassifizierten Patientinnen und Patienten eine vermeintliche Neigung zugeschrieben wird, Symptome zu übertreiben oder vorzutäuschen. Trotz dieser Feststellungen gibt es im Schweizer Kontext nach wie vor nur wenig Literatur zum Thema.

Die spärliche Datenlage erschwert die Dokumentation, was uns dazu veranlasst, eine Debatte anzustossen und insbesondere die Art der diskriminierenden Mechanismen zu hinterfragen. Wie ist medizinischer Rassismus zu verstehen, der sowohl auf individuelle Praktiken zurückzuführen ist – die mit den Vorstellungen und Vorurteilen des Pflegepersonals zusammenhängen – als auch auf Mechanismen, die tiefer in der institutionellen Funktionsweise des Schweizer Gesundheitssystems verwurzelt sind?

Der vorliegende Beitrag erhebt nicht den Anspruch, das Problem zu lösen. Vielmehr will er die Reflexion anregen und

um eine vergleichende Auswertung der Sekundärliteratur bereichern. Es werden Ansätze skizziert, wie ein Zugang zur Gesundheitsversorgung möglich wird, der der zunehmenden Vielfalt der Schweizer Bevölkerung gerechter wird.

Formen des medizinischen Rassismus

Die Studie von Mugglin et al. (2022) regt zum Nachdenken an, da sie unterstreicht, wie schlecht sich Rassismus im Schweizer Gesundheitswesen als ein rein strukturelles Phänomen bezeichnen lässt. Der Bericht hebt jedoch hervor, dass unter den Betroffenen Menschen aus Drittstaaten gegenüber Menschen aus Europa überrepräsentiert sind. Diese Beobachtung legt nahe, dass diese Diskriminierungen nicht vollständig losgelöst von rassistischen Faktoren zu sehen sind, die dazu beitragen, unterschiedliche Erfahrungen der Patientinnen und Patienten strukturiert zu erfassen.

Bodenmann et al. (2022) betonen, dass das – oft mit dem Grundsatz der Gleichbehandlung begründete – Fehlen von Schweizer Statistiken zur Herkunft der behandelten Personen dazu führen kann, dass Diskriminierungen in gewisser Weise unsichtbar werden. Da empirische Daten fehlen, anhand derer sich das Ausmass dieser Ungleichheiten einschätzen liesse, werden sowohl das Dokumentieren der Ungleichheiten als auch das Ausarbeiten von Gegenmassnahmen erschwert. Der Artikel zeigt, dass eine Haltung der «Colorblindness»[2] paradoxerweise dazu beitragen kann, genau jene Ungleichheiten zu reproduzieren, die sie eigentlich verhindern will, indem sie es erschwert, die Ungleichheiten zu sehen und anzuerkennen.

Es erscheint daher notwendig, den Analyserahmen weiter zu fassen, um die Logik hinter den strukturellen Diskriminierungen in medizinischen Einrichtungen besser zu verstehen. Das Konzept der «symbolischen Gewalt» von Pierre Bourdieu und Jean-Claude Passeron (1970) kann hierbei hilfreich sein. Der Begriff bezieht sich auf eine Form impliziter Macht, durch die sich bestimmte Denkweisen, Normen und Vorstellungen als legitim durchsetzen und so die Reproduktion von Herrschaftsverhältnissen begünstigen. Im medizinischen Kontext äussert sich symbolische Gewalt darin, dass das Pflegepersonal die Betreuten – manchmal implizit – in Kategorien einteilt, insbesondere anhand ihres vermuteten Migrationshintergrunds, ihrer Staatsangehörigkeit, ihrer Sprache oder vermeintlicher kultureller Merkmale. Diese Einstufungen, die oft als neutral wahrgenommen werden, können in Wirklichkeit Stereotype widerspiegeln und zu unterschiedlichen Behandlungen beitragen.

Darüber hinaus kann Rassismus im Gesundheitswesen auch das Verhältnis der Menschen zur Gesundheitsversorgung beeinflussen.

Solche Kategorisierungsmechanismen lassen sich nur dann vollständig verstehen, wenn man sie in den historischen Kontext einbettet. Wissenschaftliche Diskurse wie die Eugenetik oder auch die Rassenlehre haben die Hierarchisierung vermeintlicher Gruppen von Menschen nach «Rassen» legitimiert und als natürlich dargestellt. Auch wenn diese Ansätze von der Wissenschaft heute weitgehend widerlegt sind, halten sich ihre Auswirkungen in bestimmten Vorstellungen hartnäckig. Wie Hoover (2007) hervorhebt, werden Rassenkategorien – auch wenn biologisch hinfällig – in gewissen medizinischen Kontexten weiterhin herangezogen. Dies legt nahe, die in der klinischen Praxis verwendeten Kategorien kritisch zu hinterfragen, auch wenn sie nicht ausdrücklich in rassistischen Begriffen formuliert sind, da sie Stereotype reproduzieren und die Behandlungen beeinflussen können.

Darüber hinaus kann Rassismus im Gesundheitswesen auch das Verhältnis der Menschen zur Gesundheitsversorgung beeinflussen. Wie Warrin (2011) unterstreicht, können diese Erfahrungen dazu führen, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hinausgezögert, vermieden oder ganz ausgeschlagen wird. Eine Nichtinanspruchnahme von medizinischen Leistungen bleibt nicht ohne Folgen, da sich dadurch der Gesundheitszustand der Betroffenen verschlechtern und bestehende Ungleichheiten verstärken können.

In einer in den Vereinigten Staaten durchgeführten Studie wiesen Sabin und Greenwald (2012) nach, dass implizite rassistische Bias von Kinderärztinnen und -ärzten klinische Empfehlungen beeinflussen können. Konkret zeigten die Ergebnisse, dass bei der Behandlung postoperativer Schmerzen eine implizite Voreingenommenheit zugunsten weisser Kinder mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einherging, bestimmte Behandlungen für ein afroamerikanisches Kind zu empfehlen.

Auch wenn die Gesundheitssysteme im Laufe des letzten Jahrhunderts erhebliche Fortschritte gemacht haben, sind Hall et al. (2015) der Ansicht, dass Ungleichheiten aufgrund der Hautfarbe oder der ethnischen Zugehörigkeit nach wie vor einen grossen Einfluss auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung, deren Qualität sowie auf die Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren haben.

Die bisher angeführten Aspekte sind natürlich bei Weitem nicht ausreichend, um ein so breites und komplexes Thema wie den medizinischen Rassismus abzudecken. Sie bieten jedoch Anhaltspunkte, um die Mechanismen, die im Schweizer Kontext möglicherweise wirken, besser zu verstehen.

Kontexte gegenüberstellen und medizinischen Rassismus in der Schweiz besser verstehen

Wir schlagen vor, die oben zitierten internationalen und schweizerischen Studien miteinander in einen Dialog zu bringen

und Themen herauszuarbeiten, die die wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussionen rund um den medizinischen Rassismus in der Schweiz strukturieren könnten.

Die in den Vereinigten Staaten durchgeführte Studie von Sabin und Greenwald (2012) verdeutlicht zwar den Einfluss impliziter Bias auf bestimmte klinische Entscheidungen, kann aber auch als Indiz für umfassende und dauerhaft verankerte strukturelle Muster gelesen werden. Tatsächlich deuten in der Schweiz durchgeführte Untersuchungen darauf hin, dass die beobachteten Diskriminierungen sowohl in umfassenderen sozialen Ungleichheiten (Mugglin et al., 2022) als auch in institutionellen Strukturen begründet sind, die ihre Sichtbarkeit einschränken (Bodenmann et al., 2022). Dies lässt vermuten, dass zwischen den im Ausland dokumentierten und den in der Schweiz beobachtbaren Phänomenen eine gewisse Ähnlichkeit besteht.

Zwar stützen sich zahlreiche, insbesondere US-amerikanische Studien auf statistische Verfahren, mit denen sich Ungleichbehandlungen feststellen lassen, doch zeichnet sich die Schweiz dadurch aus, dass das Phänomen empirisch relativ unsichtbar bleibt. Das Fehlen von Massnahmen bedeutet nicht, dass es keine strukturelle Diskriminierung gibt, sondern vielmehr, dass die Instrumente, mit denen diese sichtbar gemacht werden kann, begrenzt sind. Das trägt dazu bei, dass strukturelle Diskriminierung auf institutioneller Ebene nur in begrenztem Umfang anerkannt wird. In diesem Zusammenhang ist auf die Initiativen lokaler Vereinigungen hinzuweisen, die bezwecken, diese Lücken zu schliessen. Ein Beispiel ist das Collectif Afro-Swiss (CAS), das 2024 Erfahrungsberichte zu Fällen von Rassismus, Sexismus und Frauenfeindlichkeit im Gesundheitswesen zusammengetragen hat (Bayart, 2024). Die Tatsache, dass derartige Initiativen auf Vereinsstrukturen mit begrenzten Mitteln bauen, ist bezeichnend – und deutet nicht nur auf den Mangel an Schweizer Forschung zu den Themen hin, sondern auch auf den wachsenden Bedarf an Daten, die diese Phänomene systematischer dokumentierten, was insbesondere die Akteure in der Praxis zum Ausdruck bringen.

Ein zweiter Punkt, den es zu bedenken gilt, betrifft die Frage, wie sich die Logiken von Differenzierung und Entdifferenzierung auf die (Re-)Produktion von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich auswirken. Die internationale Fachliteratur zeigt, dass es zu einer unterschiedlichen Behandlung kommen kann, insbesondere aufgrund impliziter Vorurteile oder Vorstellungen, die mit der Herkunft der behandelten Personen zusammenhängen und bestimmte klinische Entscheidungen beeinflussen (Hall et al., 2015; Sabin & Greenwald, 2012). In diesen Situationen erwachsen Ungleichheiten aus Praktiken, bei denen bestimmte explizite oder implizite Kategorien die Betreuung bestimmen. Im Schweizer Kontext fügen sich diese Entwicklungen in einen besonderen normativen Rahmen ein, der durch ein starkes Bekenntnis zum Grundsatz der Gleichbehandlung geprägt ist.

Wie Bodenmann et al. (2022) anmerken, fördert dieser Rahmen tendenziell eine Form der «normativen Entdifferenzierung», bei der eine «identische» Behandlung aller Patientinnen und Patienten paradoxerweise dazu beitragen kann, Ungleichheiten zu reproduzieren. Tatsächlich kann die Nichtberücksichtigung bestimmter, möglicherweise relevanter und notwendiger Unterschiede, insbesondere sprachlicher, gesellschaftlicher oder migrationsbedingter Art, die Angemessenheit der Versorgung einschränken und zu Ungleichheiten hinsichtlich Qualität oder Zugang zu Leistungen führen. Diese Feststellung spiegelt sich darin wider, dass die Bekämpfung von Diskriminierung in der vom Bundesrat 2019 verabschiedeten gesundheitspolitischen Strategie 2020–2030 ausdrücklich nicht berücksichtigt wurde (Bundesamt für Gesundheit, o. J.).

Anstatt im Widerspruch zueinander zu stehen, scheinen die Logiken der rassistischen Differenzierung und Entdifferenzierung somit miteinander verflochten zu sein: Die erste kommt in klinischen Interaktionen zum Tragen, während die zweite deren explizite Anerkennung einschränkt. Der Vergleich der internationalen und der schweizerischen Literatur lädt dazu ein, den analytischen Fokus zu verschieben. Ungleichheiten resultieren nicht nur aus unterschiedlichen Behandlungen, sondern auch aus der Schwierigkeit, bestimmte Unterschiede im System zu integrieren. Die Feststellung dieses Zusammenhangs erlaubt eine Deutung heutiger Formen der Ungleichheit im Schweizer Gesundheitssystem, die es verdient, systematischer untersucht und vertieft zu werden.

Die Aspekte geben Anlass, im Schweizer Kontext verschiedene Denkansätze zu verfolgen. Eine bessere Dokumentation von Ungleichheiten erscheint zunächst als zentrale Herausforderung, da deren geringe Sichtbarkeit aktuell sowohl deren Anerkennung als auch deren Bekämpfung Schranken setzt. Gleichzeitig scheint eine Auseinandersetzung mit den beruflichen Praktiken und der Ausbildung notwendig, um die Versorgung besser an die Vielfalt der betreuten Personengruppen anzupassen, ohne diese dabei in vereinfachende Kategorien einzuordnen.

Es zeigt sich, dass die zentrale Fragestellung dieses Artikels – die Unterscheidung zwischen individuellen Verzerrungen (Bias) und strukturellen Logiken – nichts an Relevanz verliert, es jedoch notwendig erscheint, sie differenzierter zu betrachten: Die erörterten Aspekte deuten weniger auf einen Gegensatz als vielmehr auf eine Verflechtung hin, bei der persönliche Lebenswege, berufliche Praktiken und institutionelle Rahmenbedingungen gemeinsam zur Reproduktion von Ungleichheiten im Gesundheitswesen beitragen, die unter anderem auch auf Rassismus zurückzuführen sind.

UPYA ist eine Denkfabrik, die sich der Forschung, Analyse und Ausarbeitung gerechter staatlicher Politik widmet.

Jean-David Pantet Tshibamba hat einen Abschluss in Politikwissenschaft der Universität Lausanne und einen Abschluss in Afrikastudien der Universität Genf und forscht am UPYA.

Jdp.tshibamba@upya-institute.org

Jonathan Mbondo Mutamba ist Doktorand und Assistent an der Hochschule für Sozialarbeit in Genf und forscht im Bereich der Geistes- und Sozialwissenschaften, auch am UPYA.

J.mbondo@upya-institute.org

BIBLIOGRAFIE SEITE 57

[2] Auf Deutsch auch Farbenblindheit. Ideologie, die darin besteht, zu erklären, die ethnische Zugehörigkeit oder die Herkunft nicht zu sehen, und vorzugeben, alle Menschen «gleich» zu behandeln.

Razzismo medico in Svizzera: tra invisibilizzazione e differenziazione

Jean-David Pantet Tshibamba & Jonathan Mbondo Mutamba

Sintesi

Sebbene numerosi studi internazionali attestino significative disuguaglianze razziali nei percorsi di cura, in Svizzera le discriminazioni in ambito sanitario risultano tuttora poco documentate. Tra pregiudizi impliciti, stereotipi clinici e invisibilità statistica, il presente contributo propone una riflessione esplorativa sui meccanismi che possono portare a trattamenti differenziati, imputabili a una razzializzazione nel sistema sanitario svizzero.

Il razzismo in ambito medico è un fenomeno noto e relativamente ben documentato a livello internazionale. Negli Stati Uniti, ad esempio, il *Center for Disease Control and Prevention* (2024) riporta che le donne afroamericane presentano un rischio di mortalità materna circa tre volte superiore rispetto alle donne bianche. Analogamente, alcuni rapporti provenienti dal Regno Unito (MBRRACE-UK, 2024) evidenziano un'elevata sovramortalità materna tra le donne nere rispetto alle donne bianche.

In Francia, uno studio del *Centre Hospitalier Universitaire* di Montpellier dimostra in particolare che, a parità di sintomi, un uomo bianco che si presenta al pronto soccorso per dolori toracici ha circa il 50 per cento di probabilità in più di essere valutato come caso di emergenza vitale rispetto a una donna nera (Coisy et al., 2024). Inoltre, un rapporto pubblicato nel 2026 dall'associazione *Tant que je serai noire* documenta diffuse forme di discriminazione nel sistema sanitario francese, che si manifestano specialmente attraverso commenti razzisti, la tendenza a minimizzare o ignorare i sintomi, il rifiuto dell'ascolto e persino della presa in carico (Rivière, 2026).

> *A parità di sintomi, un uomo bianco che si presenta al pronto soccorso per dolori toracici ha circa il 50 per cento di probabilità in più di essere valutato come caso di emergenza vitale rispetto a una donna nera.*

In Svizzera, tuttavia, i dati disponibili sulle discriminazioni razziali in ambito sanitario continuano a essere limitati. Secondo l'ultima edizione dell'indagine sulla convivenza in Svizzera, pubblicata nel 2024 dall'Ufficio federale di statistica, circa il 10 per cento dei casi di razzismo dichiarati concerne il settore sanitario. Questo dato, riportato dal Servizio per la lotta al razzismo (SLR, s. d.), potrebbe però essere più elevato e va quindi interpretato con cautela; lo stesso SLR segnala un rischio di sottostima dovuto alla mancanza di studi specifici approfonditi.

Alcune pubblicazioni, come il rapporto di Mugglin et al. (2022), sottolineano come il sistema sanitario svizzero sia permeato da idee e stereotipi razzializzati in grado di influenzare le pratiche di presa in carico. Tra questi spiccano la falsa convinzione che le persone nere abbiano una soglia del dolore più elevata, nonché quella che la letteratura definisce «sindrome mediterranea», intesa come una sorta di pseudo-diagnosi che attribuisce ai pazienti razzializzati una presunta tendenza a enfatizzare o simulare la propria sintomatologia. Nonostante queste costatazioni, la documentazione disponibile nel contesto svizzero rimane limitata.

Sebbene la scarsità di dati renda difficile documentare il fenomeno, riteniamo importante promuovere il dibattito, in particolare interrogandoci sulla natura dei meccanismi discriminatori. In che modo possiamo comprendere il razzismo medico, che si manifesta tanto nelle pratiche individuali, influenzate dalle idee e dai pregiudizi del personale sanitario, quanto nei meccanismi più profondamente radicati nel funzionamento istituzionale del sistema sanitario svizzero? Scopo del presente contributo non è risolvere la questione in modo esaustivo, bensì esplorarne le dinamiche e alimentare la riflessione. Attraverso una lettura incrociata della letteratura secondaria, l'obiettivo è delineare alcune piste utili a favorire un accesso alle cure maggiormente rispondente alla crescente diversità della popolazione in Svizzera.

Forme di razzismo medico

Lo studio di Mugglin et al. (2022) offre spunti di riflessione, evidenziando la difficoltà di inquadrare il razzismo medico

in Svizzera quale fenomeno prettamente strutturale. Dal rapporto emerge tuttavia che, tra i soggetti colpiti, chi proviene da Paesi terzi risulta sovrarappresentato rispetto ai cittadini europei. Tale osservazione suggerisce l'impossibilità di dissociare totalmente le discriminazioni da fattori razziali, i quali concorrono a determinare le differenti esperienze dei pazienti.

Bodenmann et al. (2022) sottolineano che l'assenza di statistiche svizzere sull'origine delle persone assistite – spesso giustificata in nome del principio di uguaglianza – può tradursi in una forma di invisibilizzazione delle discriminazioni. La mancanza di dati empirici sulla portata del fenomeno ostacola sia la documentazione delle disuguaglianze sia la messa in atto di misure correttive. L'articolo mostra come l'approccio di *color blindness*[3] possa, paradossalmente, contribuire a riprodurre proprio le disuguaglianze che intenderebbe prevenire, rendendo più difficili la loro identificazione e il loro riconoscimento.

Il razzismo medico può inoltre influire sul modo in cui gli individui interagiscono con il sistema sanitario.

Appare pertanto necessario ampliare il quadro analitico al fine di comprendere le logiche sottese alle discriminazioni strutturali nelle istituzioni sanitarie. A tal fine può essere utile ricorrere al concetto di «violenza simbolica», formulato da Pierre Bourdieu e Jean-Claude Passeron (1970). Questa nozione rinvia a una forma di potere implicito attraverso cui determinate categorie di pensiero, norme e idee si impongono come legittime, contribuendo così a riprodurre rapporti di dominio. Nel contesto medico, tale potere si traduce nella tendenza del personale curante a categorizzare i pazienti – talvolta inconsapevolmente – soprattutto in base a criteri quali il presunto retroterra migratorio, la nazionalità, la lingua e altre specificità culturali supposte. Queste classificazioni, spesso percepite come neutre, possono in realtà veicolare stereotipi e favorire trattamenti differenziati.

Tali meccanismi di categorizzazione possono essere compresi appieno soltanto se collocati in una prospettiva storica. Teorie scientifiche come l'eugenetica o la razziologia hanno legittimato e naturalizzato la gerarchizzazione razziale di presunti gruppi umani. Sebbene questi approcci siano stati ampiamente confutati dalle odierne conoscenze scientifiche, i loro effetti persistono in alcuni modi di vedere. Come sottolinea Hoover (2007), le categorie razziali, pur non avendo alcun fondamento biologico, continuano a trovare applicazione in alcuni contesti medici. Ciò impone una riflessione critica sulle classificazioni adottate nella pratica clinica: anche quando non sono formulate esplicitamente in termini razziali, possono infatti riprodurre stereotipi e condizionare le decisioni terapeutiche.

Il razzismo medico può inoltre influire sul modo in cui gli individui interagiscono con il sistema sanitario. Secondo Warrin (2011), queste esperienze possono indurre alcune persone a rinviare o evitare il ricorso alle cure o, persino, a rinunciarvi del tutto. Il mancato ricorso alle cure non è scevro di conseguenze, poiché può comportare un aggravamento dello stato di salute e accentuare le disuguaglianze.

In uno studio realizzato negli Stati Uniti, Sabin e Greenwald (2012) mettono in luce il fatto che i pregiudizi razziali impliciti in ambito pediatrico possono influire su alcune raccomandazioni cliniche. Nello specifico, i risultati mostrano che, nella gestione del dolore postoperatorio, i pediatri con un pregiudizio implicito più marcato a favore delle persone bianche rispetto a quelle nere tenderebbero a prescrivere meno spesso determinati trattamenti quando il paziente è un bambino afroamericano.

Pertanto, sebbene i sistemi sanitari abbiano compiuto importanti progressi nel corso dell'ultimo secolo, Hall et al. (2015) evidenziano come le disparità razziali ed etniche continuino a incidere profondamente sull'accesso alle cure, sulla loro qualità, come pure sui tassi di morbilità e mortalità.

Gli elementi delineati finora non pretendono, naturalmente, di esaurire un argomento così vasto e complesso come quello del razzismo medico. Tuttavia, costituiscono importanti chiavi di lettura per comprendere meglio le dinamiche che possono intervenire nel contesto svizzero.

Far dialogare i contesti per meglio comprendere il razzismo medico in Svizzera

Proponiamo di mettere a confronto gli studi internazionali e svizzeri citati in precedenza, allo scopo di mettere in luce le sfide che potrebbero orientare il dibattito scientifico e pubblico sul tema del razzismo medico in Svizzera.

Se, da un lato, lo studio condotto da Sabin e Greenwald (2012) negli Stati Uniti evidenzia l'influenza dei pregiudizi impliciti su alcune decisioni cliniche, dall'altro può anche rivelare schemi strutturali ben più ampi e saldamente radicati. In effetti, le ricerche condotte in Svizzera indicano che le discriminazioni osservate si iscrivono sia in contesti di disuguaglianze sociali più vaste (Mugglin et al., 2022) sia all'interno di assetti istituzionali che ne limitano la visibilità (Bodenmann et al., 2022). Questi aspetti ci inducono a ipotizzare una possibile analogia tra i fenomeni documentati all'estero e quelli osservabili in Svizzera.

Tuttavia, mentre numerosi studi, soprattutto americani, si avvalgono di strumenti statistici per identificare le disparità di trattamento, la realtà svizzera risente di una relativa invisibilizzazione empirica del fenomeno. Questa mancanza di dati non implica l'assenza di discriminazioni strutturali, bensì riflette i limiti degli strumenti disponibili per renderle visibili e contribuisce a limitarne il riconoscimento

sul piano istituzionale. A questo proposito, occorre richiamare l'attenzione sulle iniziative promosse da alcune associazioni locali per colmare tali lacune. Ne è un esempio il *Collectif Afro-Swiss*, che nel 2024 ha raccolto una serie di testimonianze su episodi di razzismo, sessismo e misoginia nel settore sanitario (Bayart, 2024). Il fatto che iniziative di questo tipo siano portate avanti da strutture associative dotate di risorse limitate è tuttavia indicativo non soltanto delle carenze della ricerca svizzera su queste tematiche, ma anche della crescente esigenza, espressa in particolare da chi opera sul campo, di disporre di dati che documentino tali fenomeni in modo più sistematico. Un secondo spunto di riflessione concerne il modo in cui le logiche di differenziazione e di indifferenziazione possano concorrere alla (ri)produzione delle disuguaglianze in ambito sanitario. La letteratura internazionale attesta come i trattamenti differenziati possano scaturire da pregiudizi impliciti o idee associate all'origine dei pazienti, influenzando alcune decisioni cliniche (Hall et al., 2015; Sabin & Greenwald, 2012). In tali situazioni, le disuguaglianze sono il risultato di pratiche nelle quali alcune categorie, esplicite o implicite, orientano la presa in carico.

Nel contesto svizzero, queste dinamiche sinseriscono in un quadro normativo peculiare, che è invece fortemente connesso al principio della parità di trattamento. Come suggeriscono Bodenmann et al. (2022), questo quadro tende a promuovere una forma di «indifferenziazione normativa», nella quale trattare tutti i pazienti in modo «identico» può, paradossalmente, contribuire a riprodurre le disuguaglianze. Infatti, il mancato riconoscimento di alcune differenze che potrebbero essere ritenute rilevanti e necessarie, in particolare di natura linguistica, sociale o legate al retroterra migratorio, può limitare l'adeguatezza delle cure e determinare disparità a livello di qualità o accessibilità. Ciò trova riscontro nel fatto che la lotta contro le discriminazioni non figura esplicitamente nella strategia «Sanità2030», adottata dal Consiglio federale nel 2019 (cfr. La strategia di politica sanitaria 2020–2030 del Consiglio federale).

Piuttosto che contrapporsi, le logiche di differenziazione e di indifferenziazione razziale appaiono quindi strettamente intrecciate: se la prima interviene nelle interazioni cliniche, la seconda ne limita il riconoscimento esplicito. Il confronto tra la letteratura internazionale e quella svizzera invita pertanto a spostare il baricentro dell'analisi. Le disuguaglianze non scaturiscono unicamente da disparità di trattamento, ma anche dalla difficoltà del sistema a inglobare determinate differenze. Questa chiave di lettura offre un quadro interpretativo delle forme contemporanee di disuguaglianza nella sanità svizzera, che meriterebbe di essere esplorato in modo più sistematico e approfondito.

Tali elementi chiedono una serie di riflessioni sul contesto svizzero. In primo luogo, documentare meglio le disuguaglianze sembra essere un obiettivo centrale, poiché la loro scarsa visibilità ne limita oggi il riconoscimento e la gestione. Parallelamente, occorre soffermarsi sulle pratiche professionali e sulla formazione, nell'intento di adeguare l'assistenza sanitaria alla diversità dei pazienti, senza per questo confinarli in categorie riduttive.

Benché il tema centrale del presente contributo – ovvero la distinzione tra pregiudizi individuali e logiche strutturali – conservi tutta la sua rilevanza, occorre una disamina più articolata. Le evidenze apportate suggeriscono non tanto una contrapposizione, quanto piuttosto un intreccio tra percorsi personali, pratiche professionali e contesti istituzionali che concorrono alla riproduzione di disuguaglianze, alimentate – tra gli altri fattori – anche dal razzismo.

UPYA è una piattaforma di riflessione dedicata alla ricerca, all'analisi e all'elaborazione di politiche pubbliche eque.

Titolare di un diploma in scienze politiche dell'Università di Losanna e di un diploma in studi africani dell'Università di Ginevra, Jean-David Pantet Tshibamba è ricercatore presso il think tank *UPYA.*

Jdp.tshibamba@upya-institute.org

Ricercatore in scienze umane e sociali, Jonathan Mbondo Mutamba è assistente dottorando alla Scuola universitaria di lavoro sociale di Ginevra e ricercatore presso il think tank *UPYA.*

J.mbondo@upya-institute.org

[3] Tradotto dall'inglese in «daltonismo razziale» o «cecità verso il colore». Ideologia che consiste nel dichiarare di prescindere dalla razza o dall'origine per sostenere di trattare ogni individuo in modo «identico».

BIBLIOGRAFIA A PAGINA 57



Quand le racisme s'inscrit dans le corps

Physiothérapeute de formation, Patricia Kafwamba Oguey est thérapeute somatique et psychocorporelle. Dans sa pratique, elle accompagne notamment des personnes confrontées aux effets psychiques et physiques du racisme et des discriminations. L'approche somatique considère que les traumatismes ne s'expriment pas uniquement par la parole, mais aussi à travers le corps, les sensations ou certaines tensions physiques. « Le langage du mental, c'est la parole. Le langage du corps, ce sont les sensations, les émotions et le mouvement », explique-t-elle. Lorsqu'une personne raconte une expérience douloureuse, la thérapeute porte ainsi son attention autant au récit qu'à ce qui se manifeste physiquement : respiration bloquée, tension dans la nuque, agitation ou difficulté à ressentir certaines parties de soi.

« Ce que la personne va me raconter est une porte d'entrée à l'expérience qu'elle fait dans son corps, précise-t-elle. Mon travail consiste ensuite à accompagner ces manifestations à travers différents exercices de respiration, de mouvement ou d'ancrage. »

Propos recueillis par Huruy Bathsheba

Qu'est-ce qui vous a amenée à travailler sur les effets du racisme et des discriminations sur la santé psychique et physique ?

Patricia Oguey-Kafwamba : C'est un processus que j'ai commencé il y a une quinzaine d'années. Tout est parti d'une demande d'une de mes patientes, une femme racisée, qui m'a dit que le travail qu'on faisait ensemble au niveau psychocorporel l'aidait énormément. Elle m'a demandé d'organiser un atelier pour d'autres femmes racisées, ce que j'ai fait. À l'époque, je travaillais déjà comme thérapeute psychocorporelle, mais je n'avais pas encore d'approche spécifique autour du racisme ou des discriminations. Beaucoup des participantes à ces ateliers étaient des femmes universitaires qui avaient énormément de connaissances sur ces questions, mais qui étaient très déconnectées de leurs sensations et de leurs émotions. C'est à travers ces ateliers que j'ai commencé à observer plus concrètement les effets du racisme dans la manière dont certaines personnes vivaient leur rapport au corps.

En parallèle, ces ateliers m'ont aussi amenée à prendre conscience, comme femme noire, de l'impact du racisme sur ma propre vie. J'ai alors commencé à faire des liens entre des lectures afroféministes, ce que j'observais chez moi et ce que je voyais chez d'autres femmes que j'accompagnais. À un moment, j'ai senti que j'avais besoin d'aller plus loin professionnellement. J'ai donc suivi une formation sur les traumatismes, puis continué à apprendre grâce à des thérapeutes, notamment afro-américains et afro-américaines, qui travaillaient déjà sur les liens entre racisme et trauma. Ça a profondément nourri mon approche et ma compréhension des effets des discriminations sur la santé.

Quelles formes de souffrance ou d'interrogation reviennent le plus souvent chez les personnes que vous accompagnez ?

Il y a énormément de questions liées à l'identité et à la manière dont on existe dans la société. Beaucoup de personnes racisées ont du mal à se sentir légitimes dans une société blanche ou à s'autoriser à prendre pleinement leur place. Cela peut paraître très psychologique au départ, mais ces questions se manifestent aussi physiquement, dans la manière de s'asseoir, de se tenir ou d'occuper l'espace.

J'accompagne également des personnes adoptées qui grandissent avec une double expérience : celle de l'adoption et celle du racisme, y compris parfois au sein de leur propre famille. Mais la plupart arrivent dans un état de découragement ou d'épuisement, sans forcément faire le lien entre cet état et les discriminations ou les expériences de racisme vécues dans le cadre professionnel.

Qu'est-ce qui peut expliquer l'état d'épuisement que vous observez parfois chez vos patientes et patients ?

J'observe chez beaucoup de personnes racisées une énorme exigence envers soi-même. Une forme de devoir d'excellence qui conduit à ignorer toute forme de fatigue. Ce besoin permanent de devoir faire ses preuves plus que les autres est aussi une conséquence du racisme structurel.

Le racisme structurel a donc un impact sur la santé mentale et physique ?

Je dirais que c'est surtout l'adaptation au racisme structurel qui a un impact sur la santé. Plusieurs études le montrent : dans la recherche de logement ou d'emploi, les personnes racisées redoublent d'efforts pour espérer accéder aux mêmes opportunités que les personnes blanches.

Il y a aussi toutes les conséquences liées à l'hypervigilance : devoir faire attention à ce que l'on dit, à la manière dont on se tient, dont on s'habille ou dont on se coiffe, pour éviter d'être ramené à certains stéréotypes racistes. Tous ces efforts supplémentaires finissent par produire un stress chronique qui a des effets réels sur la santé mentale et physique.

Vous dites justement que ce stress devient chronique. Qu'est-ce que cela change par rapport à un traumatisme lié à un événement précis ?

Dans le cas d'un événement raciste précis, on peut travailler sur cet événement et faire redescendre le stress qu'il a provoqué. Je me rappelle un patient qui a consulté après des violences policières. Nous avons pu travailler spécifiquement sur ce traumatisme et sur le stress post-traumatique qui subsistait. Mais avec le racisme structurel, le problème, c'est qu'il n'y a pas vraiment d'« après ». Le racisme continue d'exister au quotidien, même après l'événement à l'origine de la consultation initiale.

Dans mon exemple, ce patient reste racisé. Lorsqu'il sort de mon cabinet, il demeure exposé à d'autres formes de racisme, à d'autres discriminations ou à d'autres situations de vigilance permanente. Il peut donc voir son stress réactivé à tout moment. C'est ainsi que le racisme peut produire un stress chronique chez les personnes qui le subissent.

> *Le stress chronique lié au racisme structurel a des effets physiologiques importants, y compris au niveau épigénétique et sur l'espérance de vie.*

Les effets du stress chronique lié au racisme sont-ils suffisamment reconnus ?

Le racisme est encore souvent perçu comme un événement ponctuel, et non comme une réalité quotidienne qui a des effets très concrets sur la santé. Or il existe aujourd'hui beaucoup d'études, notamment anglo-saxonnes, qui montrent que le stress chronique lié au racisme structurel a des effets physiologiques importants, y compris au niveau épigénétique et sur l'espérance de vie.

Ces effets du racisme se répercutent-ils aussi dans les soins et la prise en charge médicale ?

Oui, bien sûr. Les biais racistes existent aussi dans les soins et influencent la manière dont certaines personnes sont écoutées, prises au sérieux ou prises en charge médicalement. Reconnaître l'existence de ces biais reste encore extrêmement difficile, notamment dans les milieux médicaux. Quand j'interviens sur ces questions, beaucoup de réactions, notamment chez les personnes blanches, sont défensives. C'est pour cela que je rappelle systématiquement que toute personne ayant grandi dans une société occidentale a intégré des biais racistes, y compris les personnes racisées. Heureusement, on commence à en parler davantage, même si on est encore à l'amorce de cette prise de conscience. On parle par exemple de plus en plus du « syndrome méditerranéen », qui touche notamment des patientes d'Afrique du Nord et du continent africain. Il y a cette idée qu'elles exagéreraient leurs douleurs ou seraient « hystériques », ce qui conduit parfois à une absence de prise en charge ou à des retards de soins. Certaines en sont mortes.

Dans ma pratique, beaucoup de femmes racisées viennent aussi me voir après des expériences de maltraitance médicale. Elles parlent de leurs symptômes sans être écoutées ni prises au sérieux. Et parfois, tout change lorsqu'un mari blanc les accompagne en consultation. Tout à coup, elles obtiennent les examens qu'elles demandaient depuis longtemps.

Vous animez des ateliers collectifs. En quoi le partage d'expériences liées au racisme peut-il transformer le processus de soin ?

Le racisme est un vécu collectif. Lorsqu'un groupe est constamment associé à certains stéréotypes, toutes les personnes perçues comme appartenant à ce groupe finissent par être affectées d'une manière ou d'une autre. Par exemple, sachant que les jeunes hommes noirs sont associés au trafic de drogue, beaucoup d'entre eux grandissent avec l'appréhension des contrôles au faciès dans l'espace public.

C'est pourquoi le travail individuel ne suffit pas toujours à apaiser certaines blessures liées au racisme. Dans les

ateliers collectifs, les participantes et participants partagent des expériences, des peurs ou des émotions similaires. Cela contribue à diminuer l'isolement ou le sentiment d'illégitimité.

Que faudrait-il, selon vous, pour que les effets du racisme et des discriminations sur la santé soient réellement pris en compte collectivement ?

Il faudrait déjà reconnaître que le racisme produit des effets réels sur la santé mentale et physique, et que ce n'est pas uniquement un problème personnel que les personnes racisées ont à gérer. à ce niveau-là, une responsabilité incombe aussi aux personnes blanches et aux institutions.

Le racisme repose sur une forme de déshumanisation qui a permis de créer des hiérarchies entre les êtres humains. Une société moins raciste serait donc forcément plus humaine, et probablement une société en meilleure santé. Sans réelle volonté politique et institutionnelle, je ne sais pas jusqu'où la prise en compte des effets du racisme peut réellement évoluer à grande échelle. En revanche, à petite échelle, dans les ateliers collectifs que j'anime, je vois malgré tout émerger d'autres manières d'être ensemble.

Qu'est-ce qui devient possible dans ces ateliers ?

Dans les bulles qui se créent avec les groupes, il y a plus de place pour l'écoute, le soutien, la souffrance, la colère et, finalement, pour l'humanité. Voir émerger, petite bulle après petite bulle, des espaces de sécurité où les personnes peuvent être elles-mêmes, se sentir reconnues et écoutées – voilà qui me donne de l'espoir.

Née à Lausanne en 1968, Patricia Kafwamba Oguey est physiothérapeute de formation. Après avoir travaillé en Suisse ainsi que dans plusieurs villes européennes, notamment Berlin, Paris et Vienne, elle s'est spécialisée dans les approches psychocorporelles et l'accompagnement des traumatismes. Elle exerce aujourd'hui à Genève et anime des activités de groupe dans diverses villes helvétiques.

Rassismus hinterlässt Spuren im Körper

Patricia Kafwamba Oguey ist ausgebildete Physiotherapeutin und arbeitet als Physiotherapeutin und Körperpsychotherapeutin. In ihrer Praxis begleitet sie Menschen, die mit den psychischen und physischen Folgen von Rassismus und Diskriminierung konfrontiert sind. Der somatische Ansatz geht davon aus, dass sich Traumata nicht nur in Worten, sondern auch im Körper, in den Empfindungen oder in bestimmten körperlichen Verspannungen ausdrücken. «Die Sprache des Verstandes ist das Wort. Die Sprache des Körpers sind Empfindungen, Gefühle und Bewegungen», erklärt sie. Wenn jemand über eine schmerzhafte Erfahrung berichtet, achtet die Therapeutin daher sowohl auf das Gesagte als auch auf Reaktionen des Körpers: blockierte Atmung, Verspannungen im Nacken, Unruhe oder Schwierigkeiten, bestimmte Körperpartien wahrzunehmen.

Laut Patricia Kafwamba ist die Erzählung der Person nur ein Zugang zu ihrem Körperempfinden. Die Aufgabe der Therapeutin bestehe dann darin, die Signale des Körpers mit Atem-, Bewegungs- oder Stabilitätsübungen zu begleiten.

Das Gespräch führte Huruy Bathsheba

Was hat Sie dazu bewogen, sich mit den Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierung auf die psychische und körperliche Gesundheit zu beschäftigen?

Patricia Oguey-Kafwamba: Diesen Weg habe ich vor etwa fünfzehn Jahren eingeschlagen. Alles begann mit der Anfrage einer meiner rassifizierten Patientinnen, die mir sagte, dass ihr unsere gemeinsame körperpsychotherapeutischer Arbeit eine enorme Hilfe sei. Sie bat mich, einen Workshop für andere rassifizierte Frauen zu organisieren, was ich dann auch tat. Damals arbeitete ich bereits als Körperpsychotherapeutin, jedoch noch ohne spezifischen Ansatz hinsichtlich Rassismus oder Diskriminierung. Viele der Frauen, die an diesen Workshops teilgenommen haben, waren Akademikerinnen, die sehr viel über diese Themen wussten, aber ihre eigenen Körperempfindungen und Gefühle kaum wahrnahmen. In diesen Workshops begann ich, die Auswirkungen von Rassismus auf das Verhältnis mancher Menschen zu ihrem eigenen Körper genauer zu beobachten.

Gleichzeitig wurde mir dabei bewusst, dass Rassismus auch mein eigenes Leben als Schwarze Frau beeinflusst. Ich erkannte Verbindungen zwischen der afrofeministischen Literatur und dem, was ich bei mir selbst und bei anderen Frauen in der Therapie beobachtete. Irgendwann hatte ich das Gefühl, dass ich beruflich einen Schritt weitergehen musste. Ich liess mich im Bereich Traumata ausbilden und vertiefte das Thema weiter bei afroamerikanischen Therapeutinnen und Therapeuten, die sich bereits mit den Zusammenhängen zwischen Rassismus und Trauma befasst hatten. Das hat meinen Therapieansatz und mein Verständnis für die Folgen von Diskriminierung auf die Gesundheit massgeblich geprägt.

Worunter leiden die Personen, die Sie begleiten, am häufigsten? Welche Fragen beschäftigen sie?

Da gibt es unzählige Fragen, die mit der eigenen Identität oder mit dem eigenen Platz in der Gesellschaft zu tun haben. Vielen rassifizierten Menschen fällt es schwer, sich in einer weissen Gesellschaft

legitimiert zu fühlen, selbstbewusst ihren Raum einzunehmen. Das mag zunächst sehr psychologisch klingen, doch dieses Gefühl zeigt sich auch körperlich – in der Art, wie man sich setzt, bei der Körperhaltung oder wie man sich im Raum bewegt. Ich begleite auch Menschen, die adoptiert wurden und mit einer doppelten Realität aufwachsen: Dass sie adoptiert wurden und rassifiziert sind, kann manchmal sogar innerhalb der eigenen Familie zu schwierigen Situationen führen.

Die meisten sind aber einfach entmutigt oder erschöpft, ohne unbedingt einen Zusammenhang zwischen diesem Zustand und den Diskriminierungen oder rassistischen Erfahrungen herzustellen, die sie im beruflichen Umfeld erlebt haben.

Was könnte der Grund für die Erschöpfung Ihrer Patientinnen und Patienten sein?

Ich stelle fest, dass viele rassifizierte Menschen sehr hohe Ansprüche an sich selbst stellen. Eine Art Pflicht zu herausragenden Leistungen, die keine Müdigkeit zulässt. Dieses ständige Bedürfnis, sich mehr als andere beweisen zu müssen, ist auch eine Folge des strukturellen Rassismus.

Struktureller Rassismus hat also auch einen Einfluss auf die mentale Gesundheit?

Ich würde sagen, dass vor allem die Anpassung an den strukturellen Rassismus Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Verschiedene Studien belegen, dass sich rassifizierte Personen bei der Wohnungs- oder Arbeitssuche doppelt so viel Mühe geben, um auf die gleichen Chancen wie weisse Personen hoffen zu können.

Hinzu kommen all die Folgen, die mit der Übervorsicht einhergehen: Man muss darauf achten, was man sagt, welche (Körper-)Haltung man einnimmt, wie man sich kleidet oder wie man die Haare trägt, um nicht auf bestimmte rassistische Stereotype festgelegt zu werden. All diese zusätzlichen Anstrengungen führen letztendlich zu chronischem Stress, der konkrete Auswirkungen auf die mentale und körperliche Gesundheit hat.

Sie meinen also, dass dieser Stress chronisch wird. Was ist der Unterschied zu einem Trauma, das mit einem bestimmten Ereignis zusammenhängt?

Bei einem konkreten rassistischen Vorfall kann man daran arbeiten, den durch das Ereignis entstandenen Stress abzubauen. Ich erinnere mich an einen Patienten, der nach einem Polizeieinsatz zu mir in die Therapie kam. Wir konnten gezielt an diesem Trauma und dem damit verbundenen posttraumatischen Stress arbeiten. Das Problem beim strukturellen Rassismus ist jedoch, dass es so etwas wie ein «Danach» nicht gibt. Rassismus ist im Alltag nach wie vor präsent, auch nach dem Ereignis, das Anlass für die Therapie war.

> *Chronischer Stress im Zusammenhang mit strukturellem Rassismus erhebliche physiologische Auswirkungen hat, auf epigenetischer Ebene und auch in Bezug auf die Lebenserwartung.*

Der Patient bleibt rassifiziert. Wenn er meine Praxis verlässt, ist er weiterhin anderen Formen von Rassismus, Diskriminierungen oder anderen Situationen, die ständige Wachsamkeit erfordern, ausgesetzt. Momente von Stress kann es jederzeit wieder geben und mit der Zeit kannRassismus bei den Betroffenen zu chronischem Stress führen.

Sind die genauen Auswirkungen von chronischem Stress aufgrund von Rassismus allgemein bekannt?

Rassismus wird oft noch als einzelner Vorfall wahrgenommen und nicht als alltägliche Realität, die konkrete Auswirkungen auf die Gesundheit hat.

Es gibt mittlerweile jedoch zahlreiche Studien, insbesondere aus dem angelsächsischen Raum, die belegen, dass chronischer Stress im Zusammenhang mit strukturellem Rassismus erhebliche physiologische Auswirkungen hat, auf epigenetischer Ebene und auch in Bezug auf die Lebenserwartung.

Sind diese Auswirkungen des Rassismus auch in der medizinischen Versorgung und Betreuung spürbar?

Ja, natürlich. Rassistische Vorurteile und Verzerrungen gibt es auch im Gesundheitswesen und sie beeinflussen, inwieweit Menschen Gehör geschenkt wird, sie ernst genommen und medizinisch versorgt werden. Es ist nach wie vor äusserst schwierig, solche Bias zu erkennen, insbesondere im medizinischen Umfeld. Wenn ich mich zu diesen Fragen äussere, reagieren viele – insbesondere weisse Menschen – defensiv. Deshalb weise ich immer wieder darauf hin, dass jede Person, die in einer westlichen Gesellschaft aufgewachsen ist, rassistische Verzerrungen verinnerlicht hat – auch rassifizierte Menschen selbst. Glücklicherweise wird das Thema heute vermehrt diskutiert, auch wenn wir noch ganz am Anfang dieses Bewusstwerdungsprozesses stehen. So wird beispielsweise immer häufiger vom «Mittelmeersyndrom» im Zusammenhang mit Patientinnen aus Nordafrika und dem afrikanischen Kontinent gesprochen. Es herrscht die Vorstellung, dass sie ihre Schmerzen übertreiben oder «hysterisch» seien, was bisweilen dazu führt, dass sie gar nicht behandelt werden oder die Behandlung verzögert wird. Einige Frauen sind daran gestorben.

In meine Praxis kommen auch viele rassifizierte Frauen, die medizinisch falsch behandelt wurden. Sie berichten, dass ihre Symptome nicht beachtet oder nicht

ernst genommen werden. Und manchmal ändert sich alles, wenn ein weisser Ehemann sie zum Arzttermin begleitet. Plötzlich erhalten sie die Untersuchungen, um die sie schon lange gebeten hatten.

Sie leiten auch Workshops. Inwiefern kann der Austausch von Erfahrungen mit Rassismus den Behandlungsverlauf verändern?

Rassismus ist eine kollektive Erfahrung. Wird eine Gruppe ständig mit bestimmten Stereotypen in Verbindung gebracht, sind letztlich alle Personen, die als Mitglieder dieser Gruppe wahrgenommen werden, auf die eine oder andere Weise davon betroffen. Da junge Schwarze Männer beispielsweise oft mit Drogenhandel in Verbindung gebracht werden, wachsen viele von ihnen mit der Angst vor Racial Profiling im öffentlichen Raum auf.

Deshalb reicht die Arbeit am eigenen Ich nicht immer aus, um bestimmte durch Rassismus verursachte Verletzungen zu heilen. In den Workshops tauschen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über ähnliche Erfahrungen, Ängste und Gefühle aus. Dies trägt dazu bei, die Isolation oder das Gefühl der Ausgrenzung zu verringern.

Was wäre Ihrer Meinung nach erforderlich, damit sich die Gesellschaft der Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierung auf die Gesundheit wirklich bewusst würde?

Anerkennen, dass Rassismus konkrete Auswirkungen auf die mentale und körperliche Gesundheit hat und dass es sich nicht nur um ein rein persönliches Problem handelt, das rassifizierte Menschen bewältigen müssen. In dieser Hinsicht sind auch weisse Menschen und die Institutionen in der Pflicht.

Rassismus beruht auf einer Form der Entmenschlichung, die zu Hierarchien zwischen Menschen führt. Eine weniger rassistische Gesellschaft wäre menschlicher und sicher auch gesünder. Ich weiss nicht, inwieweit grosse Fortschritte bei der Berücksichtigung der Auswirkungen von Rassismus ohne echten politischen und institutionellen Willen möglich sind. Im kleineren Rahmen hingegen, in meinen Workshops, sehe ich dennoch, wie sich andere Formen des Miteinanders entwickeln.

Was wird in diesen Workshops möglich?

In den Bubbles, die sich in den Gruppen bilden, gibt es mehr Raum fürs Zuhören und Unterstützen, für Leid, Wut und damit für Menschlichkeit. Zu sehen, wie sich in jeder weiteren Gruppe kleine Schutzräume bilden, in denen Menschen ganz sie selbst sein können, sich anerkannt und gehört fühlen – das gibt mir Hoffnung.

Patricia Kafwamba Oguey wurde 1968 in Lausanne geboren. Die ausgebildete Physiotherapeutin hat in der Schweiz und in verschiedenen europäischen Städten, darunter Berlin, Paris und Wien, gearbeitet und sich auf körperpsychotherapeutische Ansätze und Traumabegleitung spezialisiert. Sie ist heute in Genf tätig und leitet Workshops in verschiedenen Schweizer Städten.



Quando il razzismo si imprime nel corpo

Fisioterapista di formazione, Patricia Kafwamba Oguey è terapeuta somatica e psicocorporea. Nella sua attività professionale accompagna in particolare chi si trova a fare i conti con le conseguenze fisiche e psicologiche del razzismo e delle discriminazioni. L'approccio somatico parte dal presupposto che il trauma non si esprima soltanto attraverso la parola, ma si manifesti anche nel corpo sotto forma di sensazioni o determinate tensioni fisiche. Patricia Kafwamba Oguey spiega che il linguaggio della mente è la parola; quello del corpo, invece, è fatto di sensazioni, emozioni e movimento. Quando una persona ripercorre un'esperienza dolorosa, la terapeuta non si limita ad ascoltarne il racconto, ma presta attenzione anche a ciò che accade a livello fisico: respirazione bloccata, tensione cervicale, stato di agitazione o difficoltà a percepire alcune parti del proprio corpo.

Il racconto della persona è una porta d'accesso a ciò che sta vivendo nel corpo, precisa Patricia Kafwamba Oguey, che aggiunge: «il mio lavoro consiste nell'ascoltare le risposte del suo corpo e nell'aiutarla a gestirle attraverso diversi esercizi di respirazione, movimento o radicamento».

Intervista a cura di Huruy Bathsheba

Che cosa L'ha spinta a occuparsi degli effetti del razzismo e delle discriminazioni sulla salute psicofisica?

Patricia Oguey-Kafwamba: È un percorso che ho intrapreso una quindicina di anni fa. Tutto è partito dalla richiesta di una mia paziente, una donna che aveva vissuto esperienze di razzismo e che trovava di grande aiuto il lavoro psicocorporeo che stavamo svolgendo insieme. Mi ha quindi chiesto di organizzare un laboratorio psicocorporeo rivolto ad altre donne razzializzate, ed è ciò che ho fatto. All'epoca lavoravo già come terapeuta psicocorporea, ma non avevo ancora un approccio specifico per le persone esposte al razzismo o alle discriminazioni. Molte delle partecipanti ai laboratori erano donne attive in ambito universitario, con una profonda conoscenza di queste tematiche, ma fortemente disconnesse dalle proprie sensazioni ed emozioni. È stato proprio attraverso questi laboratori che ho iniziato a vedere gli effetti concreti del razzismo sul rapporto che alcune persone hanno con il loro corpo.

Allo stesso tempo, questi laboratori mi hanno portata a prendere coscienza, come donna nera, dell'impatto del razzismo sulla mia stessa vita. Ho così iniziato a fare collegamenti tra le letture afrofemministe e ciò che osservavo in me stessa e nelle donne che seguivo. A un certo punto, ho sentito il bisogno di allargare le mie prospettive professionali. Ho quindi seguito una formazione sui traumi e ho poi continuato a perfezionarmi grazie al confronto con altre terapiste e altri terapisti, in particolare afroamericane e afroamericani, che da tempo studiavano il legame tra razzismo e trauma. Tutto ciò ha arricchito profondamente il mio approccio e ampliato il mio sguardo sull'impatto delle discriminazioni sulla salute.

Quali sono le forme di sofferenza e di smarrimento che ritrova più spesso nelle persone che segue?

Ci sono moltissime questioni legate all'identità e al modo in cui ci si colloca nella società. Tante persone razzializzate fanno fatica a sentirsi legittimate in una società bianca e a rivendicare il posto che spetta loro. A prima vista può sembrare una questione puramente psicologica, ma questi aspetti si riflettono anche sul corpo: nella postura, nel modo di sedersi o di occupare lo spazio. Accompagno anche persone adottate, che crescono vivendo una doppia esperienza: quella dell'adozione e quella del razzismo, a volte persino all'interno della propria famiglia.

Tuttavia, la maggior parte delle persone che seguo arriva da me in uno stato di sconforto o di sfinimento, senza aver necessariamente collegato questa condizione alle discriminazioni o al razzismo vissuti, ad esempio, in un contesto professionale.

Da che cosa deriva lo stato di sfinimento che riscontra in alcune persone che assiste?

Noto che molte persone razzializzate hanno aspettative altissime nei confronti di sé stesse: una sorta di dovere di essere perfette, che le porta a ignorare qualsiasi segnale di stanchezza. Questo bisogno continuo di dimostrare il proprio valore più degli altri è una conseguenza del razzismo strutturale.

Si può quindi affermare che il razzismo strutturale ha un impatto sulla salute mentale e fisica?

Direi piuttosto che a incidere sulla salute è l'adattamento al razzismo strutturale. Molti studi lo confermano: che si tratti di cercare casa o un lavoro, le persone razzializzate devono raddoppiare gli sforzi anche solo per sperare di avere le stesse opportunità delle persone bianche.

Ci sono poi tutte le conseguenze legate all'ipervigilanza: dover prestare attenzione a ciò che si dice, a come ci si comporta, al modo di vestirsi o di pettinarsi, per evitare di essere ricondotti a determinati stereotipi razzisti. Tutti questi sforzi supplementari finiscono per causare uno stress cronico che ha effetti concreti sulla salute mentale e fisica.

Come fa giustamente notare, si tratta di uno stress che diventa cronico. Che differenza c'è rispetto a un trauma legato a un episodio specifico?

Quando si tratta di un episodio di razzismo specifico, si può lavorare sul singolo trauma per alleviare lo stress che ne è derivato. Ricordo un paziente che si è rivolto a me dopo aver subito episodi di violenza da parte delle forze dell'ordine. Abbiamo lavorato in modo mirato su quel trauma e sullo stress post-traumatico. Il problema del razzismo strutturale, però, è che non c'è un vero e proprio «dopo». Il razzismo rimane un fattore costante nella vita quotidiana, anche dopo l'episodio specifico che ha spinto la persona a chiedere aiuto.

Lo stress cronico legato al razzismo strutturale lasci strascichi psicologici profondi, anche a livello epigenetico e sull'aspettativa di vita.

Nel caso di cui parlavo, il paziente convive con il razzismo ogni giorno. Non appena lascia il mio studio, torna a essere esposto a nuove forme di razzismo, ad altre discriminazioni o situazioni di perenne allerta. Il suo stato di stress può quindi riattivarsi in qualsiasi momento. È proprio così che il razzismo genera uno stress cronico in chi lo subisce.

Ritiene che ci sia sufficiente consapevolezza degli effetti dello stress cronico legato al razzismo?

Spesso il razzismo è ancora visto come un fatto isolato e non come una realtà quotidiana con effetti molto concreti sulla salute.

Vi sono oramai numerosi studi, soprattutto anglosassoni, che mostrano come lo stress cronico legato al razzismo strutturale lasci strascichi psicologici profondi, anche a livello epigenetico e sull'aspettativa di vita.

Questi effetti del razzismo si ripercuotono anche sulle cure e sull'assistenza medica?

Naturalmente. I pregiudizi razzisti sono presenti anche in ambito sanitario e influenzano il modo in cui alcune persone vengono ascoltate, prese sul serio o assistite. Riconoscere l'esistenza di questi pregiudizi resta estremamente difficile, soprattutto in campo medico. Quando sollevo l'argomento, molte persone, soprattutto bianche, si mettono sulla difensiva. Per questo motivo ribadisco sempre che chiunque sia cresciuto in una società occidentale ha interiorizzato pregiudizi razzisti, e questo vale anche per le persone razzializzate. Per fortuna si inizia a parlarne sempre di più, sebbene siamo solo agli albori di questa presa di coscienza. Si pensi ad esempio alla «sindrome mediterranea», che riguarda in particolare le pazienti originarie del Nord Africa e di altre regioni del continente africano. Si tende a credere che queste persone enfatizzino i loro dolori o siano «isteriche», con il risultato che spesso non ricevono le cure di cui hanno bisogno o vi accedono tardi. In alcuni casi, le conseguenze sono state fatali.

Nel mio studio ricevo molte donne che riferiscono di trattamenti inadeguati in ambito medico: quando descrivono i propri sintomi, ad esempio, non si sentono ascoltate né prese sul serio. Talvolta, però, basta che si presentino a una visita medica accompagnate dal marito bianco ed ecco che, tutto d'un tratto, ottengono gli esami che chiedevano da tempo.

Lei propone dei laboratori di gruppo. In che modo condividere le proprie esperienze di razzismo può fare la differenza nel percorso di cura?

Il razzismo fa parte del vissuto collettivo. Quando un gruppo è costantemente ricondotto ad alcuni stereotipi, chiunque sia percepito come appartenente a questo gruppo finisce per subirne le conseguenze in un modo o nell'altro.

Pensiamo ad esempio ai ragazzi neri, che sono associati al traffico di droga: molti di loro crescono con la paura di essere fermati negli spazi pubblici per controlli basati unicamente sul loro aspetto.

È per questo motivo che il lavoro individuale spesso non basta a lenire alcune ferite legate al razzismo. Nei laboratori di gruppo, le persone che vi partecipano condividono esperienze, paure o emozioni simili. Ciò contribuisce a ridurre l'isolamento o il senso di illegittimità.

Secondo Lei, che cosa serve davvero perché la società prenda sul serio gli effetti del razzismo e delle discriminazioni sulla salute?

Bisognerebbe innanzitutto riconoscere che il razzismo ha un impatto concreto sulla salute mentale e fisica e che non si tratta di un problema individuale limitato a chi lo subisce, ma di una responsabilità collettiva che chiama in causa le istituzioni e la comunità bianca. Il razzismo si fonda su una forma di disumanizzazione che ha permesso di creare gerarchie tra gli esseri umani. Una società meno razzista sarebbe quindi inevitabilmente più umana e, probabilmente, più in salute.

Senza una chiara volontà politica e istituzionale, non so fino a che punto la consapevolezza degli effetti del razzismo possa davvero diffondersi su larga scala. Nel mio piccolo, tuttavia, vedo che i miei laboratori di gruppo danno vita a nuovi modi di stare insieme.

Che cosa si riesce a ottenere con questi laboratori?

Il gruppo forma una sorta di bolla in cui c'è più spazio per ascoltarsi e sostenersi, ma anche per dare voce alla sofferenza e alla rabbia, e, infine, anche per ritrovare la propria dimensione umana. Vedere queste piccole bolle trasformarsi a poco a poco in spazi protetti, dove le persone possono essere sé stesse, sentirsi riconosciute e ascoltate, mi fa ben sperare per il futuro.

Nata a Losanna nel 1968, Patricia Kafwamba Oguey è fisioterapista di formazione. Dopo aver lavorato in Svizzera e in diverse città europee, in particolare Berlino, Parigi e Vienna, si è specializzata in approcci psicocorporei e trattamento dei traumi. Attualmente esercita la professione tra Ginevra e altre città svizzere, dove propone tra l'altro attività di gruppo.

Éprouver la charge raciale : une conversation avec Douce Dibondo

Ce texte restitue des extraits choisis d'une conversation avec l'auteure de l'essai *La charge raciale*, Douce Dibondo. Il montre ce qu'apporte son approche « psycho-politique » du racisme en intégrant les conséquences matérielles et psychiques du racisme, et ce aussi bien pour les personnes noires et racisées que pour les personnes blanches.

Noémi Michel

10 mars 2024, la salle du cinéma indépendant Le Spoutnik à Genève est bondée. Le collectif antiraciste et anticapitaliste Outrage[4] a attiré un public multigénérationnel et multiracial pour écouter Douce Dibondo dans le cadre d'une conversation que je suis invitée à modérer. Durant près de deux heures, nous parlons de son essai *La charge raciale : vertige d'un silence écrasant*. Nous évoquons son processus d'écriture, les nombreux concepts qu'elle tisse ensemble et les implications de ses arguments pour la lutte antiraciste[5].

Écrire la charge raciale

Noémi Michel : J'avais déjà rencontré le terme de « charge raciale » sous la plume de Maboula Soumahoro, à la fin de son livre *Le triangle et l'Hexagone* (2020), sur deux à trois pages. Dans ton livre de plus de 240 pages, tu nous proposes d'aborder ce que tu nommes la « charge raciale » comme le socle d'un monde qui est structuré par la suprématie blanche. La charge raciale, c'est un concept qui illumine plein de choses : il permet de penser la vie matérielle de l'oppression, mais aussi psychique. La charge raciale, c'est la déshumanisation, c'est le fait d'être une non-personne, mais aussi de ne pas pouvoir se dire, de ne pas pouvoir dire dans un monde blanc, quand on est une personne noire et racisée – ta focale est sur l'expérience noire. On ne peut pas se dire, ni dire tout en étant tout le temps l'objet de discours des autres, des désirs morbides et fétichisants des personnes blanches.

> *La charge raciale, c'est la déshumanisation, c'est le fait d'être une non-personne.*

En t'appuyant sur Frantz Fanon et W.E.B. Du Bois, des penseurs noirs, tu écris (Dibondo, 2024, p. 50) :

« On peut ainsi avancer que le poids de la charge raciale se répartit comme suit : la prise de conscience de la racialisation (de la déshumanisation), l'écart indépassable entre les mondes noirs et blancs et enfin l'impossibilité à se dire à cause d'un silence imposé ou auto-infligé. C'est par une conscientisation brute totale, malaisante, un vertige qui arrache à l'insouciance de l'enfance que nous comprenons dans les chairs ce que la noirceur implique. »

Pourquoi t'es-tu arrêtée sur ce concept-là et as-tu choisi le motif de la lourdeur et de la gravité ?

Douce Dibondo : Quand je découvre ce mot, ce n'est pas tant le concept de la charge raciale qui m'électrise, c'est le silence autour. On voit que pour la « charge mentale », il y a eu un écho, un bruit médiatique. On en a parlé pendant des mois et des mois. Et la charge raciale… rien. C'est ce silence-là que j'ai voulu interroger. Malgré le fait qu'on témoigne, qu'on raconte, qu'on dénonce, qu'on marche, pourquoi cette charge – qui englobe énormément de choses de l'histoire depuis plus de 400 ans – nous suit-elle ? Pourquoi alourdit-elle encore notre présent ?

Quand on vit un trauma, que ce soit de manière individuelle ou en tant que groupe, il y a le silence qui protège notre système nerveux. Notre cerveau nous protège de la violence. Une amnésie se crée. J'avais l'impression qu'il y avait quelque chose de cet ordre-là avec la charge raciale, qui est permanente, diffuse, insidieuse, qui est là tout le temps, qu'on reconnaît, qu'on pressent, au-delà même de mettre des mots dessus. Elle renvoie à quelque chose qui ne sort pas. Donc je suis partie de là : du silence. En creusant, je me suis rendu compte qu'il y avait dans la charge raciale la notion du contrat du silence. C'est un contrat du silence qui nous lie au

racisme. Un contrat qu'on n'a pas signé. On subit encore une dette existentielle, à cause de la charge raciale qu'on nous a imposée. On vit dans le fantasme de la blanchité. Et nous, on essaie de montrer quelle est notre réalité. Mais en face, on n'est pas écouté. Il y a un silence, un bruit médiatique. Il y a des gens qui vont parler à notre place ou nous écouter, mais pas entendre ce qu'on a à dire. Il y a une sélection du droit à la parole. Et tout ça participe de la charge raciale. Pour faire comprendre cette charge, je suis passée par une écriture qui est incarnée et qui est accessible à tout le monde.

Michel : La charge raciale est multidimensionnelle. Tu décris ses multiples modes opératoires. Son poids dans le quotidien pour les personnes noires, comment elle se reproduit dans les relations interpersonnelles, y compris amoureuses, les rencontres sexuelles, mais aussi dans les institutions dans le monde du travail, dans le monde de la santé.

Dibondo : C'était important pour moi d'avoir les fondations, donc la première partie est assez fournie en historicité, elle pose les bases. Et après on rentre dans des épisodes du quotidien. Mais il a fallu d'abord ancrer les choses et montrer que ça ne vient pas de nulle part, la charge raciale. On ne porte pas cette charge individuellement. Elle relève d'un mouvement entre le matériel, l'extérieur, et l'intérieur. Pour moi, il fallait qu'il y ait ces deux mouvements-là dans l'écriture.

La vie (in)consciente de la blanchité

Michel : Tu as abordé cette idée de mouvement entre la vie matérielle de la charge raciale et la vie intérieure, à savoir ce qui se passe dans la tête des personnes, dans leur corps, dans leur chair, quand elles sont confrontées à des épisodes qui leur rappellent que leur existence est chargée. Et l'un de tes arguments, que je trouve important à la fois pour les personnes militantes contre le racisme et celles qui s'inscrivent dans la pensée critique antiraciste, c'est de dire : « Je prône une approche psychopolitique » :

« [En] investissant le champ de la psychologie sociale ou de la psychanalyse, nous atteindrons une compréhension complète des enjeux de la blanchité et du poids qu'elle impose aux personnes noires. Reconnaître que le racisme n'est pas qu'une question matérialiste n'enlève rien au fait qu'il fasse système ni qu'il régisse plusieurs pans des vies noires et racisées. Au contraire, c'est comprendre pourquoi, malgré les cris et les révoltes, malgré les tribunes, malgré les dizaines de milliers de personnes noires succombant dans la Méditerranée sans être secourues, malgré les manifestations, malgré la facilité avec laquelle les policière-s tuent des hommes noirs… Rien ne change, quelque chose résiste. » (Dibondo, 2024, p. 79)

Les personnes noires et racisées payent la charge raciale, c'est leur dette existentielle.

S'ensuit tout un développement psychanalytique passionnant pour expliquer la capacité des personnes blanches à faire silence, à détourner les yeux ou à prendre plaisir de la souffrance et de la mort noires. Les personnes noires et racisées payent la charge raciale, c'est leur dette existentielle. C'est une dette qui a été produite dans une sorte de mystification narcissique nichée dans la formation de la conscience moderne blanche qui – malheureusement – gouverne l'ordre du monde aujourd'hui. Tu expliques que la blanchité se fonde sur une pulsion de puissance et de mort entretenue ensuite par des considérations économiques, historiques, politiques et sociales.

Dibondo : Grâce à la psychanalyse, je mets un petit taquet à la sociologie, qui porte l'accent sur l'économie comme source de la domination. Je convoque notamment Carl Gustav Jung[6], qui montre que la civilisation occidentale a été nourrie par une certaine conception de la noirceur, notamment à travers l'alchimie, une pratique qui a traversé les siècles. Jung montre à quel point l'alchimie a complètement retourné la manière de voir la noirceur et la blancheur. Quand les explorateurs arrivent dans les territoires non européens, la noirceur a déjà été programmée comme une chose à démystifier, à assujettir. C'est un filtre qui préexiste dans l'inconscient. Et ensuite, dans la conscience, il fallait bien justifier l'oppression, donc on a convoqué l'économie, la religion… Mais même la religion, Jung le montre, est totalement imprégnée de l'alchimie, du besoin de blancheur, de pureté. Je pars de là. C'est en tout cas une des explications de la blanchité et de sa propension à être dans une ignorance totale, dans un silence immoral depuis des siècles et des siècles. Alors qu'en face, il y a des gens qui parlent.

Michel : Dans la psyché blanche, il y a cette idée que la noirceur est une étape pour devenir transcendant. C'est cela que tu expliques ?

Dibondo : Oui. Les alchimistes se pensaient comme des scientifiques. Le principe, c'était de nettoyer la noirceur, de ne pas rester dans cette noirceur qui équivaut à la mort et de tendre vers la blancheur… Et donc, de cette analyse de la blanchité découle la notion de « psychopolitique ». Je montre que pour lutter, il va falloir aller chercher dans ces forces invisibles, dans l'inconscient, et aller creuser…

Vers une approche psychopolitique de l'antiracisme

Michel : Si on prend au sérieux la dimension psychopolitique de la charge raciale et de la blanchité, on se rend compte que les termes qu'on croyait être à notre service, à savoir le « racisme structurel », le « racisme systémique » et le « racisme institutionnel », peuvent aussi être utilisés comme des paravents pour

permettre aux personnes, individuellement, de se déresponsabiliser : si le racisme est le problème du système, ou de la structure, alors je ne suis pas responsable…

Dibondo : Quand je parle de « jouissance de la souffrance noire », ça ne renvoie pas au fait de voir des images et de se dire : « Ces Noirs-là, ils souffrent, c'est trop bien ! » En fait, il y a une jouissance à ne pas être le corps qui souffre. Et c'est pour ça que, [lorsque l'on ne vit pas dans ce corps], c'est plus facile de détourner les yeux et de se draper dans une déresponsabilisation. Et pourtant, la blanchité jouit de nos corps [noirs] quand il s'agit de se divertir, quand il s'agit de la mode, de la culture, quand on crée des mouvements culturels. Et donc, il y a toujours une ambivalence. Il faut en parler, il faut mettre des mots.

Quand je parle de « jouissance de la souffrance noire », ça ne renvoie pas au fait de voir des images et de se dire : « Ces Noirs-là, ils souffrent, c'est trop bien ! ». En fait, il y a une jouissance à ne pas être le corps qui souffre.

Pourquoi serions-nous dissociés s'il n'y avait pas une personne blanche en nous ? Et [Frantz] Fanon le disait aussi. Tous nos problèmes de dissociation, le fait qu'on se sente incomplet, qu'on soit des êtres fragmentés parce qu'on porte tout le temps des masques, parce qu'on n'est jamais soi face à une majorité qui nous intime l'ordre d'être poli, de polir nos corps, l'injonction à se taire, ça passe aussi par le psychopolitique[7]. C'est important qu'on ouvre la conversation. Et je ne suis pas la première à le faire. La politique des affects a été pensée par plein d'auteures noires et/ou lesbiennes et queer telles qu'Alice Walker, Audre Lorde ou encore bell hooks, et ce, dès les années 1990. Mais en Europe, ça ne prend pas.

Pourquoi est-on obligé de séparer le rationnel de l'émotionnel ? Pourquoi est-on obligé de séparer la logique de l'illogique ou de l'irrationalité ? Alors que l'on vit dans un système raciste qui est irrationnel. On vit dans un fantasme qui ne nous appartient pas. On vit face à un mur de la blanchité qui projette énormément de pulsions, de désirs, de morbidité, etc.

Les professionnels de la santé en psychologie et en psychanalyse – j'en parle aussi dans le livre – vont dire « Oui, c'est votre famille, c'est votre mère, c'est votre père qui vous effracte ou vous dissocie. » Alors que non… Mais conscientiser la charge raciale voudrait dire que toute la profession doit changer. Tous les professionnels blancs doivent se dire : « Je fais partie du problème aussi. Quand je suis en infra-analyse et que je parle de la manière dont je suis avec mes patients, il faut que je remette tout ça en cause ». C'est très engageant.

Michel : Ça résonne beaucoup aussi avec l'actualité d'un génocide, cette capacité à ne pas voir, à ne pas vouloir nommer…

Dibondo : … à ne pas vouloir ressentir.

Militantisme existentiel et Noirité

Michel : La dernière partie de ton livre propose une clé vers la voie de l'émancipation : le « militantisme existentiel noir ». Ce dernier doit s'appuyer sur la Noirité. Est-ce que tu peux en dire un peu plus ?

Dibondo : On a souvent du mal à traduire le terme *Blackness*. On va traduire par noirceur. Mais il y a une aura autour du terme noirceur, qui a été conceptualisé, théorisé par les afropessimistes aux États-Unis[8]. Il renvoie à une polarité très négative de notre expérience : à partir du moment où les personnes noires qui avaient été kidnappées d'Afrique sont sorties de la cale des négriers, la face du monde a changé. Et depuis, nos corps sont perçus comme tuables. Les afropessimistes disent que la noirceur équivaut au néant, à la mort prématurée. Et oui c'est ça aussi la charge raciale, c'est la mort qui rôde. C'est une vision de la réalité qui provient du ventre de la bête, des États-Unis.

Mais moi, je me place dans l'autre polarité de la noirceur. Littéralement, je viens d'une autre matrice, l'Afrique, où ma couleur de peau a été pensée par des mots très poétiques, bien avant la période esclavagiste. Par exemple, *moyindo* en lingala. *Moyi* veut dire le soleil et *ndo* veut dire le foyer. Je suis *moyindo*, je suis Noire, je suis un foyer du soleil. Mon peuple avait déjà compris qu'un objet noir, même en physique, garde la chaleur et intériorise cette chaleur-là. On parle aussi de *muntu*. Le *muntu*, c'est l'être, ça renvoie à la manifestation de l'être. Les afropessimistes disent que la noirceur, le fait d'être une personne noire, c'est ne pas être, c'est le néant. Et dans ma vision, il y a le total opposé. Comment arriver à traduire cette expérience-là que des millions de personnes vivent, notamment en Occident, où les communautés noires ne viennent pas forcément des États-Unis ? Donc avec la Noirité, je trouvais qu'il y avait quelque chose de l'ordre de la qualité, de ce qui n'est pas quantifiable. La « condition noire » nous dit : « Vous êtes conditionnés, vous êtes comme ça ! » Il y a quelque chose de très rigide, de très sociologique. On a besoin de parler de cette condition-là. Mais moi, je ne veux pas être conditionnée. Cela voudrait dire que j'accepterais, par les mots, le fantasme de l'Occident et de la blanchité qu'on m'impose. La Noirité, c'est la polarité lumineuse. C'est la part indestructible, presque inatteignable en nous. Malgré tout, on est là. On est. On n'était pas censé survivre, disait Audre Lorde (2017, p. 201). Et pourtant…

Pour militer et lutter, on a besoin d'existence. On se demande souvent comment devenir, comment se réaliser. Mais nous

déjà, on n'a pas eu l'occasion d'*être*, c'est-à-dire d'être en verticalité avec nous-mêmes. Et la Noirité nous permet ça.

> *La Noirité, c'est la polarité lumineuse. C'est la part indestructible, presque inatteignable en nous. Malgré tout, on est là. On est.*

Question d'une personne du public : Une fois qu'on a conscientisé la charge, qu'on a mis des mots, qu'on a fait la thérapie, qu'on est allé dans des collectifs, on a fait tout ce qu'on pouvait, mais ça ne va pas. Après qu'on a pris toute la charge, comment on décharge ?

Dibondo : Vu que l'on vit dans un environnement raciste, la charge, on la portera toujours. La question est plutôt : qu'est-ce qu'on met en place ?

Tu as parlé de thérapie. Pour moi, il y a aussi le fait d'être en non-mixité dans nos environnements de lutte, mais aussi de manière intime. Prendre conscience, nommer, c'est déjà agir. Je me réveille de leur illusion. Je me pince. Je suis humaine, j'ai une voix. Et cette voix-là, je vais la donner aux miens. Je ne souscris plus au besoin d'argumenter sur le fait que j'ai raison, que je suis humaine, etc. Le silence politique, c'est fondamental. Parce que le silence a un pouvoir. Être silencié, c'est violent, mais choisir le silence comme choisir de partir, l'absence, parfois, c'est puissant.

Et ensuite, par la création, on arrive à aller creuser dans nos propres spiritualités, dans nos manières de voir le monde. On comprend comment, bien avant nous, nos ancêtres ont perçu, expliqué, ressenti le monde.

Quand on parle de révolution, on a toujours cette image-là de quelque chose qui perdure et ensuite, il y a un basculement. Alors que la révolution est tous les jours, à tous les instants. Par exemple, par notre conversation ensemble, on est en train de faire révolution parce qu'on conscientise plein de choses. Donc on est en train de réparer quelque chose en nous. On vient de loin quand même. On vient d'un moment où nos corps étaient exposés dans des zoos humains et c'était normal. Mais les choses se réparent. C'est immense comme réparation, c'est immense comme changement aussi.

Reconnaître la charge raciale, et après ?

Plus de deux ans après cette conversation avec Douce Dibondo, je constate que le « silence immoral » qu'elle évoque a commencé à se briser. En Suisse romande, le travail incessant contre le racisme mené par des collectifs et individus noirs et racisés a permis de briser le tabou verbal qui régnait autour des questions liées à la « race ». À titre d'exemple, dans le cadre de ma pratique de dramaturge experte en politiques de représentation, je ne rencontre plus de résistance lorsque je parle du surplus de travail (psychique et physique) qui affecte les personnes noires et racisées dans les arts vivants. La notion de charge raciale me sert de levier pour proposer des aménagements concrets pour contrecarrer le racisme qui structure le travail collectif de création.

À l'échelle sociétale, la conscientisation de la charge raciale appelle à une prise en main collective urgente. Si l'on reconnaît son existence, alors comment en atténuer les coûts pour les personnes noires et racisées ? Parce qu'elle constitue l'un des moments de discussion et d'action publiques les plus visibles dans notre pays, la semaine contre le racisme pourrait constituer le point de départ de ce que je propose d'appeler une « politique de la décharge raciale ». Dans cette perspective, je formule un rêve pour mars 2027. Dans ce rêve, les fonds alloués à la semaine contre le racisme ont nourri une caisse mutuelle. Cette dernière permet aux personnes qui vivent le racisme dans leur chair de prendre un congé payé d'une semaine. La caisse profite parallèlement à des espaces autonomes de soin, dévoués au partage de récits, au repos et à la recharge. Dans ce rêve, Douce Dibondo est de retour au cinéma du Spoutnik, cette fois-ci pour nous lire sa poésie.

Douce Dibondo est poète, écrivaine, performeuse et essayiste. Diplômée en sociologie, créatrice du podcast Extimité, *militante queer afroféministe, elle est l'auteure de deux recueils de poèmes,* Métacures *(Blast, 2023) et* infra/seum *(Blast, 2024), ainsi que de l'essai* La Charge raciale : vertige d'un silence écrasant *(Fayard, 2024).*

Noémi Michel est docteure en science politique, chercheuse-enseignante indépendante, auteure et travailleuse culturelle. Elle a notamment publié l'essai Consentez-vous à ce que nous prenions soin de vous ? De la charge raciale aux rêves féministes noirs *(Wages for, Wages against, 2023).*

Michel_noemi@hotmail.com

BIBLIOGRAPHIE

Dibondo, Douce. *La charge raciale : vertige d'un silence écrasant*. Fayard, 2024.

Lorde, Audre. *Your Silence Will Not Protect You*. Silver Press, 2017.

Soumahoro, Maboula. *Le triangle et l'hexagone : réflexions sur une identité noire*. La Découverte, 2020.

[4] Au sujet du travail militant d'Outrage, voir https://www.instagram.com/outrage.collectif/

[5] Les extraits reproduits ci-dessous ont été légèrement édités à des fins de lisibilité.

[6] Dibondo s'appuie notamment sur l'ouvrage *Psychologie et Alchimie*.

[7] Dibondo déploie ici une terminologie psychanalytique et s'appuie sur la théorie de l'aliénation élaborée par le psychiatre et penseur martiniquais Frantz Fanon. Selon lui, les personnes noires intériorisent le racisme, développe une forme de haine d'elles-mêmes qui a pour effet de diviser leur psyché et de vivre hors d'elles-mêmes : Dibondo signale cela par les termes d' « effraction » et de « dissociation ».

[8] L'afropessimisme est un courant spécifique de la pensée critique noire. L'une de ses figures les plus connues est Frank B. Wilderson III.

Von der Bürde, rassifiziert zu sein – ein Gespräch mit Douce Dibondo

Dieser Text enthält Auszüge aus einem Gespräch mit Douce Dibondo, der Autorin des Essays *La charge raciale*. Er zeigt auf, wie innovativ ihr psychopolitischer Rassismusansatz ist, der die materiellen und auch die psychischen Folgen von Rassismus berücksichtigt – und zwar sowohl für Schwarze und rassifizierte als auch für weisse Menschen.

Noémi Michel

10. März 2024 in Genf: Der Saal des unabhängigen Kinos «Le Spoutnik» ist bis auf den letzten Platz sehr divers besetzt. Menschen verschiedenster Generationen und Hintergründe sind der Einladung des antirassistischen und antikapitalistischen Kollektivs «Outrage»[9] gefolgt, um die Autorin Douce Dibondo im Rahmen eines Podiums zu hören, das ich moderiere. Fast zwei Stunden lang diskutieren wir über ihren Essay *La charge raciale. Vertige d'un silence* écrasant, in dem sie erklärt, wie das erdrückende Schweigen über Racial Burden Schwarzen Menschen gesundheitlich zusetzt. Wir sprechen über ihren Schreibprozess, die Konzepte, die sie in dem Werk miteinander verknüpft, und die Bedeutung ihrer Argumente für den Kampf gegen Rassismus.[10]

Über Racial Burden schreiben

Noémi Michel: Der Begriff «charge raciale» war mir bereits bei Maboula Soumahoro begegnet, auf zwei, drei Seiten am Schluss ihres Buchs *Le triangle et l'Hexagone* (2020). In deinem über 240 Seiten umfassenden Buch schreibst du, man solle das, was du als «charge raciale», als Racial Burden bezeichnest – die Bürde und Belastung, rassifiziert, das heisst als «anders» markiert zu sein –, als Fundament einer Welt betrachten, die von weisser Vorherrschaft geprägt ist. Racial Burden ist ein Konzept, das Vieles verdeutlicht: Es verweist auf die materiellen Aspekte der Unterdrückung und schärft das Verständnis für ihre psychischen Auswirkungen. Racial Burden bedeutet Entmenschlichung, bedeutet, ein «Nicht-Mensch» zu sein, sich nicht frei äussern zu können, sich in einer weissen Welt nicht ausdrücken zu können, wenn man Schwarz und rassifiziert ist. Dein Fokus in diesem Buch liegt also auf den Erfahrungen von Schwarzen Menschen. Wer ständig selbst Gegenstand von Bemerkungen anderer ist – Gegenstand morbider, fetischisierender Begierden weisser Menschen, kann nicht er oder sie selbst sein, kann sich nicht frei äussern.

> *Racial Burden bedeutet Entmenschlichung, bedeutet, ein «Nicht-Mensch» zu sein.*

Gestützt auf die Schwarzen Philosophen Frantz Fanon und W.E.B. Du Bois schreibst du in deinem Buch (Dibondo, 2024, S. 50, aus dem Französischen übersetzt):

Die Bürde, rassifiziert zu sein, verteilt sich wie folgt: das Bewusstsein für die Rassifizierung (für die Entmenschlichung), die unüberbrückbare Kluft zwischen der Schwarzen und der weissen Welt und schliesslich die Unmöglichkeit, sich mitzuteilen, aufgrund eines (selbst) auferlegten Schweigens. In einer totalen, schonungslosen, beunruhigenden Bewusstwerdung, einem Taumel, der uns aus der Unbeschwertheit der Kindheit reisst, begreifen wir am eigenen Leib, was Blackness bedeutet.

Warum hast du dich gerade für das Konzept der Racial Burden entschieden und damit das Motiv der Bürde, der Schwere gewählt?

Douce Dibondo: Als ich auf das Wort stiess, war es nicht so sehr das Konzept, das mich elektrisierte, als vielmehr das Schweigen, das es umgab. Das Thema Mental Load hat grosse Aufmerksamkeit erregt und wurde von vielen Medien aufgegriffen. Monatelang wurde darüber gesprochen. Und über Racial Burden? Gar nichts. Es ging mir darum, dieses Schwei-

gen zu hinterfragen. Obwohl wir darüber berichten, obwohl wir erzählen, anprangern und auf die Strasse gehen – warum verfolgt uns diese Bürde einer über vier Jahrhunderte alten Geschichte? Warum belastet sie unsere Gegenwart immer noch?

Erlebt man ein Trauma – sei es als Individuum oder als Gruppe –, schützt das Schweigen unser Nervensystem. Unser Gehirn schützt uns vor Gewalt. Es reagiert mit Amnesie. Ich hatte den Eindruck, dass es hier um etwas Ähnliches geht – Racial Burden ist beständig, diffus und schleichend, diese Belastung ist immer da. Man erkennt oder ahnt sie, auch wenn man sie nicht in Worte fassen kann. Sie verweist auf etwas in deinem Innern, das nicht herauskommt. Dort habe ich angesetzt, bei diesem Schweigen. Als ich mich näher damit befasste, wurde mir klar, dass in die Racial Burden auch ein «Vertrag des Schweigens» hineinspielt. Ein Vertrag des Schweigens, der uns an den Rassismus kettet. Ein Vertrag, den wir nicht eingegangen sind. Wegen der Racial Burden, die uns auferlegt wurde, leiden wir immer noch unter einer existenziellen Belastung. Wir leben in einer Fantasievorstellung von Whiteness[11]. Und wir versuchen zu zeigen, wie unsere Realität aussieht. Aber die andere Seite hört uns nicht zu. Es herrscht Schweigen und gleichzeitig reagieren die Medien: Es gibt Leute, die an unserer statt sprechen, die uns scheinbar zuhören, aber nicht wirklich hören, was wir zu sagen haben. Es herrscht ein selektives Rederecht. All das ist Teil der Last, rassifiziert zu sein. Um diese Last fassbar zu machen, habe ich mich für eine Art des Schreibens entschieden, die sie verkörpert und die allgemein verständlich ist.

Michel: Racial Burden weist verschiedene Dimensionen auf. Du beschreibst ihre vielfältigen Wirkungsweisen. Ihre Bedeutung im Alltag Schwarzer Menschen, wie sie sich in zwischenmenschlichen Beziehungen, darunter Liebesbeziehungen und sexuelle Begegnungen, widerspiegelt, aber auch in Institutionen, in der Arbeitswelt und im Gesundheitswesen.

Dibondo: Es war mir wichtig, bei den Grundlagen anzufangen. Daher ist der erste Teil, der den Sockel legt, eher historisch ausgerichtet. Dann gehe ich auf Alltagssituationen ein. Zunächst musste ich die Dinge verorten und zeigen, dass die Bürde, rassifiziert zu sein, nicht aus dem Nichts kommt. Diese Last trägt man nicht allein, sie ist nicht individuell. Sie entsteht aus der Wechselwirkung zwischen dem Materiellen, also dem Aussen, und dem Innen. Für mich mussten diese Verhältnisse in den Text einfliessen.

Das (un)bewusste Leben der Weissen

Michel: Du hast ein Wechselspiel zwischen dem materiellen rassifizierten Leben und dem Innenleben bereits angesprochen – dem, was in den Köpfen der Menschen, in ihrem Körper, auf und unter ihrer Haut vor sich geht, wenn sie mit Situationen konfrontiert sind, die sie daran erinnern, dass ihre Existenz belastet ist. Und du vertrittst einen psychopolitischen Ansatz, der meines Erachtens sowohl für Menschen, die sich aktivistisch gegen Rassismus engagieren, als auch für diejenigen, die sich dem kritischen antirassistischen Denken verschrieben haben, wichtig ist.

Schwarze und rassifizierte Menschen tragen die Last der Rassifizierung – das ist ihre existenzielle Bürde.

Indem wir uns mit Sozialpsychologie und Psychoanalyse befassen, erlangen wir ein umfassendes Verständnis für die Problematik der Whiteness und für die Bürde, die diese rassifizierten Schwarzen Menschen auferlegt. Die Erkenntnis, dass Rassismus nicht nur eine materialistische Frage ist, ändert nichts an der Tatsache, dass er systemisch ist und viele Bereiche des Lebens von Schwarzen und rassifizierten Menschen bestimmt. Vielmehr geht es darum zu verstehen, warum trotz der Aufschreie und Aufstände, trotz der öffentlichen Aufrufe, trotz Zehntausender Schwarzer Menschen, die ohne RetRettung im Mittelmeer ums Leben kommen, trotz der Demonstrationen, trotz der Leichtigkeit, mit der Polizistinnen und Polizisten Schwarze töten, nichts passiert. Es verändert sich nichts. Etwas widersetzt sich. (Dibondo, 2024, S. 79, aus dem Französischen übersetzt).

Daraus folgt eine spannende psychoanalytische Argumentation, in der erklärt wird, wie weisse Menschen fähig sind, zu schweigen, nicht hinzuschauen oder sich gar am Leiden und am Tod Schwarzer Menschen zu erfreuen. Schwarze und rassifizierte Menschen tragen die Last der Rassifizierung – das ist ihre existenzielle Bürde. Es ist eine Bürde, die aus einer Art narzisstischer Mystifizierung hervorgegangen ist, die tief in der Entstehung des modernen weissen Bewusstseins verwurzelt ist, das – leider – die heutige Weltordnung bestimmt. Du erklärst, dass Whiteness auf einem Macht- und Todestrieb beruht, der durch wirtschaftliche, historische, politische und soziale Faktoren aufrechterhalten wurde.

Dibondo: Mit der Psychoanalyse bremse ich die Soziologie ein wenig aus, die sich auf die Wirtschaft als Grundlage der Dominanz fokussiert. Ich beziehe mich insbesondere auf Carl Gustav Jung[12], der aufzeigt, dass die westliche Zivilisation von einer bestimmten Vorstellung von Schwarz geprägt wurde, insbesondere durch die Alchemie, eine Praxis, die sich über die Jahrhunderte hinweg erhalten hat. Jung zeigt, inwiefern die Alchemie die Sichtweise auf Schwarz und Weiss grundlegend verändert hat. Als die Entdeckungsreisenden in die aussereuropäischen Gebiete gelangten, war Schwarz bereits vorprogrammiert als etwas, das entmystifiziert und dominiert werden musste. Im Unterbewusstsein wirkte bereits ein Filter. Und dann musste man auf der bewussten Ebene die Unter-

drückung ja irgendwie rechtfertigen, also hat man die Wirtschaft und die Religion herangezogen … Aber selbst die Religion, wie Jung erläutert, ist völlig von Alchemie durchdrungen, von dem Bedürfnis nach Weissung im Jung'schen Sinn, nach Reinheit. Das ist mein Ausgangspunkt. Jedenfalls ist das eine der Erklärungen der Whiteness und ihrer jahrhundertealten Bereitschaft, in völliger Ignoranz und unmoralischem Schweigen zu verharren. Während andere sprechen.

Michel: In der weissen Psyche bestand die Vorstellung, dass Schwarz, Schwärzung, eine Stufe auf dem Weg zur Transzendenz sei. Sprichst du davon?

Dibondo: Ja. Die Alchemisten sahen sich selbst als Wissenschaftler. Das Prinzip bestand darin, das Schwarze zu reinigen, nicht in dieser Schwärze zu verbleiben, die dem Tod gleicht, sondern nach dem Weissen zu streben. Und so komme ich ausgehend von dieser Analyse der Whiteness zum Begriff «psychopolitisch» und zeige, dass wir, um zu kämpfen, in diesen unsichtbaren Kräften, dem Unbewussten, suchen und tiefer nach Quellen graben müssen.

Der psychopolitische Ansatz des Antirassismus

Michel: Wenn man die psychopolitische Dimension der Racial Burden und der Whiteness ernst nimmt, wird einem klar, dass die Begriffe, die uns als nützlich erschienen – nämlich «struktureller Rassismus», «systemischer Rassismus» und «institutioneller Rassismus» – auch als Deckmantel dienen können, unter dem sich der einzelne Mensch seiner Verantwortung entziehen kann: Ist Rassismus das Problem eines Systems oder einer Struktur, dann bin ich nicht verantwortlich …

Dibondo: Wenn ich von «Lust am Leiden der Schwarzen» spreche, meine ich damit nicht, dass man sich Bilder ansieht und denkt: «Diese Schwarzen leiden. Gut so!» Vielmehr ist es die Befriedigung, nicht selbst in dem leidenden Körper zu stecken. Und genau deshalb ist es einfacher, wegzuschauen und keine Verantwortung zu übernehmen. Unterdessen nutzt die Whiteness unsere Körper aus, wenn es um Unterhaltung geht, um Mode und Kultur, wenn kulturelle Trends entstehen. Es besteht immer eine Ambivalenz. Darüber muss man sprechen, man muss es in Worte fassen.

Wenn ich von «Lust am Leiden der Schwarzen» spreche, meine ich damit nicht, dass man sich Bilder ansieht und denkt: «Diese Schwarzen leiden. Gut so!» Vielmehr ist es die Befriedigung, nicht selbst in dem leidenden Körper zu stecken.

Warum sonst wären wir dissoziiert, stünden neben uns, wenn nicht ein weisser Mensch in uns stecken würde? Auch [Frantz] Fanon hat das gesagt. All unsere Probleme der Dissoziation, das Gefühl, unvollkommen zu sein, dass wir gespaltene Wesen sind, weil wir ständig Masken tragen, weil wir angesichts einer Mehrheit, die von uns verlangt, nett zu sein, unsere Körper nett herzurichten, nie wir selbst sind, das Gebot, zu schweigen – all das spielt sich auch auf der psychopolitischen Ebene ab.[13] Es ist wichtig, dass wir das Gespräch suchen. Und ich bin nicht die Erste, die das tut. Die Politik der Affekte, die beschreibt, wie namentlich Gefühle oder Stimmungen das politische Geschehen gezielt steuern können, wurde bereits seit den 1990er-Jahren von zahlreichen Schwarzen und/oder lesbischen, queeren Autorinnen wie Alice Walker, Audre Lorde oder bell hooks entwickelt. Doch in Europa verfängt sie nicht.

Warum Verstand und Gefühl trennen? Warum Logisches von Unlogischem und Irrationalem? Dabei leben wir doch in einem rassistischen System, das irrational ist, in einer Scheinwelt, die uns nicht gehört. Wir stehen konstant vor einer Whiteness-Wand, die eine enorme Menge Triebe, Begierden, Morbidität usw. projiziert.

Gesundheitsfachleute aus den Bereichen Psychologie und Psychoanalyse – darauf gehe ich auch in meinem Buch ein – werden sagen: «Ja, das kommt von Ihrer Familie – der Mutter, dem Vater –, die Sie innerlich zerreisst oder zur Dissoziation führt.» Dabei stimmt das gar nicht … Würde die Racial Burden bewusst gemacht und wahrgenommen, müssten sich ganze Berufsfelder neu ausrichten. Weisse Fachkräfte müssen erkennen: «Auch ich bin Teil des Problems. Wenn ich in der Intervision darüber spreche, wie ich mit meinen Patientinnen und Patienten umgehe, muss ich das alles hinterfragen.» Das ist sehr anspruchsvoll.

Michel: Das passt auch sehr gut zu den aktuellen Ereignissen rund um den Völkermord – diese Fähigkeit, wegzuschauen, es nicht benennen zu wollen …

Dibondo: … nicht fühlen zu wollen.

Existenzieller Aktivismus und «Noirité»

Michel: Der letzte Teil deines Buchs zeigt einen Weg der Emanzipation auf: den «existenziellen Schwarzen Aktivismus», der sich notwendigerweise auf «Noirité» abstützt. Kannst du das etwas ausführen?

Dibondo: Es ist oft schwierig, den Begriff *Blackness* ins Französische zu übersetzen. Wir übersetzen ihn mit «noirceur». Doch dieser Begriff hat eine besondere «Aura», die von den Afropessimistinnen und -pessimisten in den Vereinigten Staaten konzeptualisiert und theoretisiert wurde[14]. Er verweist auf eine äusserst negative Seite unserer Geschichte: In dem Moment, als die aus Afrika entführten Schwarzen Menschen aus den Laderäumen der Sklavenschiffe an Land



stiegen, veränderte sich das Gesicht der Welt. Seitdem werden unsere Körper als «tötbar» angesehen. Der Afropessimismus besagt, dass Blackness gleichbedeutend sei mit Nicht-Sein, dem Nichts, mit dem vorzeitigen Tod. Und ja, auch das ist Racial Burden: der Tod, der uns auflauert. Es ist eine Sichtweise auf die Realität, die aus dem Innersten des Ungeheuers stammt, aus den Vereinigten Staaten.

Ich hingegen verorte mich am anderen Ende des Spektrums von Blackness. Im wahrsten Sinne des Wortes entstamme ich einer anderen Matrize, ich komme aus Afrika, wo meine Hautfarbe lange vor der Zeit der Sklaverei mit sehr poetischen Worten beschrieben wurde. Zum Beispiel *moyindo* auf Lingala. *Moyi* bedeutet Sonne und *ndo* Herd, Heim. Ich bin *moyindo*, ich bin Schwarz, ich bin ein Zuhause der Sonne. Mein Volk hatte bereits erkannt, dass ein schwarzer Gegenstand – selbst in der Physik – Wärme speichert und in sich aufnimmt. Wir sprechen auch von *muntu*. *Muntu* bezeichnet das Wesen; das Wort verweist auf die Manifestation des Seins. Afropessimisten sagen, dass Schwarzsein Nicht-Sein bedeutet, kein Mensch zu sein, ein Nichts. Für mich ist es genau das Gegenteil. Wie lässt sich diese Erfahrung, die Millionen von Menschen insbesondere im Westen machen – wo die Schwarzen Gemeinschaften nicht unbedingt aus den Vereinigten Staaten stammen –, in Worte fassen und vermitteln? Was die «Noirité» angeht, hatte ich also den Eindruck, dass es dabei um etwas geht, das mit Qualität zu tun hat, um etwas, das nicht quantifizierbar ist. Die «Condition noire», die Verfassung der Schwarzen Existenz, sagt uns: «Ihr seid konditioniert. Weil ihr dazu bestimmt seid, seid ihr halt so.» Das hat etwas sehr Starres, sehr Soziologisches. Über diese Konditionierung müssen wir sprechen. Aber ich will nicht konditioniert sein. Denn das hiesse, dass ich – durch meine Rede – die mir aufgezwungenen Fantasievorstellungen des Westens und der Whiteness akzeptieren würde. Die «Noirité» ist die strahlende Polarität. Sie ist der unzerstörbare, ja fast unerreichbare Teil in uns. Trotz allem sind wir da. Wir sind. Denn eigentlich hätten wir nicht überleben sollen, schreibt Audre Lorde (2017, S. 201). Und doch …

Wer sich aktiv engagiert und kämpfen will, muss existieren. Oft fragt man sich: Wie kann ich mich weiterentwickeln, mich selbst verwirklichen? Wir hatten noch nicht einmal Gelegenheit, *zu sein*, also im Lot mit uns selbst zu sein. Die «Noirité» ermöglicht uns genau das.

Die «Noirité» ist die strahlende Polarität. Sie ist der unzerstörbare, ja fast unerreichbare Teil in uns. Trotz allem sind wir da. Wir sind.

Frage aus dem Publikum: Wenn man sich der Last bewusst geworden ist, sie in Worte gefasst hat, in Therapie war und sich einem Kollektiv angeschlossen hat, also alles gemacht hat, was man machen kann – und trotzdem Mühe hat. Wenn ich die volle Last übernommen habe, wie entlaste ich mich?

Dibondo: Da wir in einem rassistischen Umfeld leben, werden wir diese Bürde nicht mehr los. Die Frage lautet vielmehr: Was tun wir dagegen?

Du hast von Therapie gesprochen. Für mich es ist wichtig, sich manchmal bewusst dafür zu entscheiden, sich in Aktivistengruppen und im privaten Kreis ausschliesslich mit Schwarzen und rassifizierten Menschen zu treffen. Sich dessen bewusst werden, es benennen – das ist bereits ein erster Schritt. Ich erwa-

Racial Load erkennen – und dann?

Heute, gut zwei Jahre nach diesem Gespräch, stelle ich fest, dass das von Douce Dibondo ausgemachte/angesprochene/evozierte «unmoralische Schweigen» erste Risse bekommt. In der Westschweiz ist es dank des unermüdlichen Engagements Schwarzer und rassifizierter Kollektive und Einzelpersonen gelungen, das verbale Tabu rund um das Thema «Rasse» zu durchbrechen. So stosse ich etwa bei meiner Tätigkeit als Dramaturgin und Expertin für Repräsentationspolitik nicht mehr auf Widerstand, wenn ich über die zusätzliche (psychische und physische) Arbeitsbelastung spreche, die Schwarzen und rassifizierten Menschen in den darstellenden Künsten auferlegt ist. Ich setze den Begriff «Racial Load» als Hebel an, um konkrete Massnahmen gegen Rassismus vorzuschlagen, die unsere kollektive kreative Arbeit strukturieren.

Auf gesellschaftlicher Ebene weist die Bewusstwerdung von Racial Load auf die Dringlichkeit hin, sich ihr gemeinsam anzunehmen. Wenn wir ihre Existenz anerkennen, wie können wir dann die Folgen für Schwarze und rassifizierte Menschen mildern? Da die Aktionswoche gegen Rassismus eine der sichtbarsten Veranstaltungen ist, die Raum für öffentliche Diskussionen und Initiativen in unserem Land bietet, könnte sie den Ausgangspunkt für das bilden, was ich als «Politik der rassistischen Entlastung» bezeichnen möchte. Aus dieser Perspektive heraus entwerfe ich einen Traum für März 2027. In diesem Traum fliessen die für die Aktionswoche gegen Rassismus bereitgestellten Mittel in eine gemeinsame Kasse. Die Gelder ermöglichen es Menschen, die Rassismus am eigenen Leib erfahren, eine Woche bezahlten Urlaub zu nehmen. Die Kasse kommt auch autonomen Räumen der Fürsorge zugute, die dem Austausch von Geschichten, der Erholung und dem Auftanken dienen. In diesem Traum ist Douce Dibondo zurück im Spoutnik, im Théâtre de l'Usine in Genf, diesmal, um uns ihre Gedichte vorzulesen.

che aus ihrer Illusion. Ich kneife mich. Ich bin ein Mensch, ich lebe und habe eine Stimme. Und diese Stimme werde ich meinen Leuten geben. Ich halte es nicht mehr für nötig, mich zu rechtfertigen, dass ich ein Mensch bin usw. Politisches Schweigen ist von grundlegender Bedeutung. Denn Schweigen ist Macht. Zum Schweigen gebracht zu werden, ist brutal. Sich selbst für das Schweigen zu entscheiden – so wie man sich dafür entscheidet, zu gehen, abwesend zu sein –, das kann sehr wirkungsvoll sein.

Und dann gelingt es uns, aus unserer eigenen Spiritualität und unseren Sichtweisen auf die Welt zu schöpfen. Wir begreifen, wie unsere Vorfahren – lange vor uns – die Welt wahrgenommen, erklärt und erlebt haben.

Spricht man von Revolution, hat man immer dieses Bild von einem lange andauernden Zustand vor Augen, der dann plötzlich kippt. Dabei findet die Revolution jeden Tag statt, jeden Augenblick. Zum Beispiel bewirken wir allein schon durch unser Gespräch eine Revolution, weil wir uns im Austausch vieler Dinge bewusst werden. Wir sind also gerade dabei, etwas in uns selbst zu heilen. Wir haben einen langen Weg hinter uns. Es gab eine Zeit, da wurden unsere Körper in Menschenzoos zur Schau gestellt und das galt als normal. Aber Heilung ist möglich, Dinge lassen sich wiedergutmachen. Das ist eine gewaltige Wiedergutmachung, und es ist auch eine gewaltige Veränderung.

Douce Dibondo ist Lyrikerin, Schriftstellerin, Performerin und Essayistin. Sie hat einen Abschluss in Soziologie, ist Gründerin des Podcasts Extimité *und queere afrofeministische Aktivistin. Ausserdem ist sie Autorin der beiden Gedichtbände* Métacures *(Blast, 2023) und* infra/seum *(Blast, 2024) sowie des Essays* La charge raciale. Vertige d'un silence écrasant *(Fayard, 2024).*

*Noémi Michel ist promovierte Politikwissenschaftlerin, freiberufliche Forscherin und Dozentin, Autorin und Kulturarbeiterin. Sie publizierte unter anderem den Essay «*Do you consent to our care?» From Racial Bruden to Black Feminist Dreams *(Wages for, Wages against, 2023).*

Michel_noemi@hotmail.com

[9] Zur politischen Arbeit von Outrage siehe https://www.instagram.com/outrage.collectif/

[10] Die im Folgenden wiedergegebenen Passagen wurden zur besseren Lesbarkeit in der schriftlichen Fassung leicht überarbeitet.

[11] Da es im Deutschen (noch) keine entsprechenden Begriffe gibt, wird ab hier systematisch «Whiteness» für «blanchité» und «Blackness» für «noirceur» verwendet. In beiden Fällen sind soziale Konstrukte gemeint. Der von Dibondo geprägte Begriff der «noirité» wird auf Französisch belassen, da sowohl auf Deutsch wie auch auf Englisch passende Übersetzungen fehlen

[12] Dibondo stützt sich insbesondere auf Jungs Werk *Psychologie und Alchemie*, in dem Jung u.a. die Begriffe «Schwärzung» bzw. «Weissung» verwendet.

[13] Dibondo benutzt hier eine Terminologie aus der Psychoanalyse und stützt sich auf die Theorie der Entfremdung des martinikanischen Psychiaters und Denkers Frantz Fanon. Ihm zufolge verinnerlichen Schwarze Menschen den Rassismus und entwickeln eine Form von Selbsthass, die dazu führt, dass ihre Psyche gespalten wird und sie ausserhalb ihrer selbst leben: Dibondo verwendet dafür die Begriffe «effraction» und «dissociation».

[14] Afropessimismus ist eine spezifische Strömung des kritischen Schwarzen Denkens. Einer seiner bekanntesten Vertreter ist Frank B. Wilderson III.

Vivere con il carico razziale: una conversazione con Douce Dibondo

Questo testo ripropone alcuni passaggi tratti da una conversazione con Douce Dibondo, autrice del saggio *La charge raciale*. Le righe che seguono illustrano lo spirito innovatore del suo approccio «psicopolitico» al razzismo, che integra le ripercussioni materiali e psicologiche di questo fenomeno sia sulle persone nere e razzializzate sia sulle persone bianche.

Noémi Michel

10 marzo 2024, la sala del cinema indipendente *Le Spoutnik* a Ginevra è gremita. L'evento organizzato dal collettivo antirazzista e anticapitalista *Outrage*[15] ha attirato un pubblico multigenerazionale e multirazziale venuto ad ascoltare l'autrice Douce Dibondo. In una conversazione moderata dalla sottoscritta, che durerà quasi due ore, parliamo del suo saggio *La charge raciale: vertige d'un silence écrasant*, soffermandoci sul suo processo di scrittura, sui numerosi concetti che intreccia e sul significato del suo pensiero per la lotta antirazzista[16].

Scrivere del carico razziale

Noémi Michel
Mi ero già imbattuta nel concetto di «carico razziale», menzionato in due, forse tre pagine nella parte finale del libro di Maboula Soumahoro *Le triangle et l'Hexagone* (2020). Nel tuo volume, che supera le 240 pagine, proponi invece di considerare quello che chiami «carico razziale» come l'elemento fondante di un mondo strutturato attorno alla supremazia bianca. Si tratta di un concetto particolarmente illuminante, perché permette di riflettere sulla dimensione sia materiale sia psicologica dell'oppressione. Il carico razziale è disumanizzazione: l'essere una «non-persona», ma anche non potersi esprimere, non poter far sentire la propria voce in un mondo bianco quando si è una persona nera e razzializzata – essere focalizzati sull'esperienza nera. È impossibile esprimersi, spiegarsi, quando si è costantemente oggetto dei discorsi altrui, dei desideri morbosi e feticizzanti delle persone bianche.

> *Il carico razziale è disumanizzazione: l'essere una «non-persona»,*

Rifacendoti a Frantz Fanon e W.E.B. Du Bois, due intellettuali neri, scrivi (Dibondo, 2024, pag. 50; traduzione dalla lingua originale francese):

Possiamo quindi affermare che il peso del carico razziale è ripartito come segue: la presa di coscienza della razzializzazione (della disumanizzazione), il divario incolmabile tra il mondo nero e il mondo bianco e, infine, l'impossibilità di esprimersi a causa di un silenzio imposto o autoinflitto. È attraverso una consapevolizzazione brutale, totale, disturbante, una vertigine che ci strappa all'incoscienza dell'infanzia che comprendiamo nella nostra stessa carne ciò che comporta la nerezza.

Perché hai voluto soffermarti proprio su questo concetto e hai scelto il tema della pesantezza e della gravità?

Douce Dibondo: Quando mi sono imbattuta per la prima volta in questo termine, non è stato tanto il concetto di «carico razziale» a scuotermi, quanto il silenzio che lo circondava. Abbiamo visto che il concetto di «carico mentale» ha suscitato un'eco, un'attenzione mediatica e che se ne è parlato per mesi. Sul carico razziale, invece, neanche una parola. Ho voluto interrogare proprio questo silenzio. Nonostante le testimonianze, i racconti, le denunce e le mobilitazioni, perché questo carico – che racchiude un'infinità di elementi di oltre quattro secoli di storia – continua a perseguitarci? Perché continua a gravare sul nostro presente?

Quando si vive un trauma, sia come individui sia come gruppo, c'è un silenzio che protegge il nostro sistema nervoso. Il nostro cervello produce un'amnesia per proteggerci dalla violenza. Avevo l'impressione che con il carico razziale – una realtà permanente, diffusa e insidiosa, sempre presente, che riconosciamo e percepiamo addirittura prima di riuscire a darle un nome – accadesse qualcosa di simile. Il carico razziale rimanda a qual-

cosa che rimane dentro. Per questo ho scelto di partire proprio da lì, dal silenzio. Scavando, mi sono resa conto che il carico razziale racchiude la nozione di «contratto del silenzio». È un «contratto del silenzio» che ci lega al razzismo, un contratto che non abbiamo firmato. Continuiamo a subire un debito esistenziale a causa di un carico razziale che ci è stato imposto. Viviamo nell'immaginario della bianchitudine. Cerchiamo di mostrare la nostra realtà, ma, dall'altra parte, nessuno ci ascolta. C'è un silenzio accompagnato da un'eco mediatica. Ci sono persone che parlano al posto nostro o che magari ci ascoltano, ma senza capire davvero quello che abbiamo da dire. C'è una selezione di chi ha diritto alla parola. E tutto questo concorre al carico razziale. Per renderlo comprensibile, ho scelto una scrittura incarnata e accessibile a tutte le persone.

Michel: Il carico razziale è pluridimensionale. Nel tuo libro descrivi i molteplici modi in cui opera. Il suo peso nella vita quotidiana delle persone nere, come si riproduce nelle relazioni interpersonali, comprese quelle affettive e sessuali, ma anche nelle istituzioni, nel mondo del lavoro e in quello della salute.

Dibondo: Per me era importante partire dai fondamenti. La prima parte del libro pone quindi le basi presentando molti riferimenti storici. In seguito, si passa alle esperienze di vita quotidiana. Ma prima di tutto era necessario fissare determinati elementi e mostrare che il carico razziale non nasce dal nulla e non è un peso individuale. È il risultato di un movimento tra la dimensione materiale, ossia quella esteriore, e la dimensione interiore. Sentivo la necessità di esprimerle entrambe con la scrittura.

La dimensione (in)consapevole della bianchitudine

Michel: Hai menzionato questa idea di movimento tra la dimensione materiale e la dimensione interiore del carico razziale, vale a dire ciò che accade nella mente, nel corpo, nella carne delle persone quando si trovano di fronte a situazioni che ricordano loro che la loro esistenza è gravata da questo peso. Uno degli aspetti che ritengo rilevanti, tanto per chi milita contro il razzismo quanto per chi si riconosce nel pensiero critico antirazzista, è quello di affermare: «Io sono a favore di un approccio psicopolitico».

Le persone nere e razzializzate pagano il prezzo del carico razziale, è il loro debito esistenziale.

Se ci addentriamo nel campo della psicologia sociale o della psicoanalisi otterremo una comprensione completa delle dinamiche della bianchitudine e del peso che questa impone alle persone nere. Riconoscere che il razzismo non è soltanto una questione materialista non toglie nulla al fatto che costituisca un sistema né che governi molteplici aspetti della vita delle persone nere e razzializzate. Al contrario, significa comprendere perché, nonostante le grida e le rivolte, nonostante i dibattiti, nonostante le decine di migliaia di persone nere che muoiono nel Mediterraneo senza ricevere soccorso, nonostante le manifestazioni, nonostante la facilità con cui la polizia uccide uomini neri… nulla cambia, qualcosa resiste. (Dibondo, 2024, pag. 79, traduzione dalla lingua originale francese)

Segue un'interessante riflessione psicoanalitica per spiegare la capacità delle persone bianche di tacere, distogliere lo sguardo o provare godimento davanti alla sofferenza e alla morte delle persone nere. Le persone nere e razzializzate pagano il prezzo del carico razziale, è il loro debito esistenziale. Un debito prodotto in una specie di mistificazione narcisistica annidata nella costruzione della coscienza moderna bianca, che – purtroppo – governa oggi l'ordine mondiale. Nel libro spieghi che la bianchitudine si fonda su una pulsione di potere e morte, alimentata in seguito da considerazioni economiche, storiche, politiche e sociali.

Dibondo: Grazie alla psicoanalisi assesto un piccolo colpo alla sociologia, che individua l'economia come fonte di dominio. Faccio soprattutto riferimento a Carl Gustav Jung[17], il quale mostra che la civiltà occidentale si è nutrita di una specifica concezione della nerezza, in particolare attraverso l'alchimia. Jung illustra a che punto questa pratica che ha attraversato i secoli abbia radicalmente trasformato la maniera di vedere la nerezza e la bianchezza. Quando gli esploratori giungono nei territori extraeuropei, la nerezza è già stata interpretata come qualcosa da demistificare, da sottomettere. Si tratta di un filtro già presente nell'inconscio. In seguito, a livello conscio, è stato necessario trovare una legittimazione all'oppressione ed è qui che sono entrate in gioco l'economia, la religione ecc. Ma anche la religione, come mostra Jung, è totalmente impregnata di simboli alchemici, del bisogno di bianchezza e purezza. È questo il mio punto di partenza. Si tratta, in ogni caso, di una delle spiegazioni della bianchitudine e della relativa propensione a rimanere, per secoli, in uno stato di ignoranza totale, di silenzio immorale, mentre di fronte ci sono persone che parlano.

Michel: Nella psiche bianca c'è l'idea che la nerezza rappresenti una tappa per diventare trascendenti. È questo che spieghi?

Dibondo: Sì. Gli alchimisti si consideravano scienziati. Lo scopo della loro ricerca era purificare la nerezza, evitare di rimanere in questo stato associato alla morte, per tendere verso la bianchezza. Da questa analisi della bianchitudine deriva il concetto di «psicopolitica». Mostro che, per lottare, dobbiamo attingere a queste forze invisibili, all'inconscio, dobbiamo andare a scavare…

Verso un approccio psicopolitico dell'antirazzismo

Michel: Se prendiamo sul serio la dimensione psicopolitica del carico razziale e della bianchitudine, ci rendiamo conto che concetti che pensavamo fossero al nostro

servizio, come «razzismo strutturale», «razzismo sistemico» e «razzismo istituzionale», possono essere utilizzati anche come paravento per permettere alle persone di deresponsabilizzarsi a livello individuale: se il razzismo è un problema del sistema o della struttura, significa che io non ne sono responsabile…

Dibondo: Quando parlo di «godimento davanti alla sofferenza nera» non mi riferisco al fatto di guardare un'immagine e pensare: «Quei neri stanno soffrendo, che bello!». In realtà, il godimento risiede nel non essere il corpo che soffre. Ed è per questo, quando non si vive in questo corpo, che risulta più facile distogliere lo sguardo e rifugiarsi nel senso di deresponsabilizzazione. Eppure, la bianchitudine gode dei nostri corpi neri quando si tratta di divertimento, moda, cultura, quando siamo noi a dare vita a movimenti culturali. Vi è dunque sempre un'ambivalenza: occorre parlarne, darle un nome.

Quando parlo di «godimento davanti alla sofferenza nera» non mi riferisco al fatto di guardare un'immagine e pensare: «Quei neri stanno soffrendo, che bello!». In realtà, il godimento risiede nel non essere il corpo che soffre.

Perché saremmo dissociati se non ci fosse una persona bianca in noi? Anche [Frantz] Fanon lo sosteneva. Tutti i nostri problemi di dissociazione, quella sensazione di incompletezza, il sentirci frammentati perché indossiamo costantemente una maschera, perché non siamo mai pienamente noi stessi di fronte a una maggioranza che ci impone di essere educati, di levigare i nostri corpi, di tacere – tutto questo passa anche attraverso la psicopolitica[18]. È importante avviare questa discussione. E non sono io la prima a farlo. Della politica degli affetti hanno già parlato, a partire dagli anni 1990, numerose autrici nere e/o lesbiche e queer come Alice Walker, Audre Lorde o bell hooks. Ma in Europa, fatica a prendere piede.

Perché siamo costretti a separare la sfera razionale da quella emotiva? A distinguere cosa è logico da cosa è illogico o irrazionale, quando viviamo in un sistema razzista che è irrazionale? Viviamo in un immaginario che non ci appartiene. Viviamo davanti a un muro della bianchitudine, che proietta tantissime pulsioni, desideri, fantasie morbose ecc.

I professionisti della salute mentale, come gli psicologi e gli psicanalisti – ne parlo anche nel libro – vi diranno che è la vostra famiglia, vostra madre o vostro padre ad aver operato un'effrazione psicologica nei vostri confronti, a portarvi alla dissociazione. Ma non è così. Diventare consapevoli del carico razziale significherebbe però riconoscere che l'intera professione deve cambiare. Tutti i professionisti bianchi dovrebbero ammettere: «Anch'io faccio parte del problema. Quando io stesso faccio terapia parlo di come mi relaziono con i miei pazienti, devo rimettere tutto in discussione». È qualcosa di estremamente impegnativo.

Michel: Tutto questo si ricollega anche con l'attualità di un genocidio: questa capacità di non vedere, di non voler chiamare le cose con il loro nome…

Dibondo: …e di non voler sentire.

Militantismo esistenziale e «Nerità»

Michel: Nell'ultima parte del tuo libro proponi una via verso l'emancipazione: il «militantismo esistenziale nero». Questo percorso dove fondarsi sulla Nerità. Puoi spiegarci meglio di che cosa si tratta?

Dibondo: Molto spesso abbiamo difficoltà a tradurre il termine *Blackness*. Di solito lo si rende con «nerezza». Ma intorno a questo termine vi è un'aura concettualizzata e teorizzata dagli Afropessimisti[19] negli Stati Uniti che rimanda a una polarità fortemente negativa della nostra esperienza: dal momento in cui le persone nere rapite in Africa sono uscite dalle stive dei negrieri, il volto del mondo è cambiato. Da allora, i nostri corpi sono percepiti come ammazzabili. Gli Afropessimisti sostengono che la nerezza equivalga al nulla, alla morte prematura. Ebbene sì, il carico razziale è anche questo, la costante presenza della morte. È una lettura della realtà che proviene direttamente dal ventre della bestia, gli Stati Uniti.

La «Nerità» è la polarità luminosa. È la parte indistruttibile, quasi irraggiungibile, che abbiamo in noi. Nonostante tutto, eccoci qui. Esistiamo.

Io, però, mi colloco alla polarità opposta. Letteralmente, provengo da una matrice diversa, l'Africa, dove il colore della mia pelle è stato espresso attraverso parole molto poetiche, molto prima dello schiavismo. Per esempio *moyindo*, in lingala. *Moyi* significa «sole» e *ndo* significa «focolare». Io sono *moyindo*, sono Nera, sono il focolare del sole. Il mio popolo aveva già compreso che un oggetto nero, anche in fisica, trattiene il calore e lo interiorizza. Si parla anche di *muntu*. Il *muntu* è l'essere, la manifestazione stessa dell'essere. Gli Afropessimisti affermano che la nerezza, l'essere neri, corrisponda al non essere, al nulla. Nella mia visione, invece, è l'esatto opposto. Come tradurre questa esperienza vissuta da milioni di persone, soprattutto in Occidente, dove le comunità nere non provengono necessariamente dagli Stati Uniti? Mi sembrava che «Nerità» racchiudesse una dimensione qualitativa, qualcosa di non quantificabile. La «condizione nera» ci dice: «Siete condizionati, siete così». Vi è qualcosa di molto rigido, molto sociologico. Abbiamo bisogno di parlare di questa condizione. Ma io non voglio essere condizionata. Significherebbe accettare, attraverso le parole, l'immaginario dell'Occidente e della

bianchitudine che mi viene imposta. La «Nerità» è la polarità luminosa. È la parte indistruttibile, quasi irraggiungibile, che abbiamo in noi. Nonostante tutto, eccoci qui. Esistiamo. Come scriveva Audre Lorde, non avremmo dovuto sopravvivere (2017, pag. 201). E invece…

Per militare e lottare abbiamo bisogno di esistere. Spesso ci si chiede come diventare qualcuno, come realizzarci. Ma noi non abbiamo avuto nemmeno l'opportunità di «essere», ossia di essere noi stessi. La «Nerità» ce lo permette.

Domanda di una persona del pubblico: Ma se, una volta che abbiamo preso coscienza di questo carico, che gli abbiamo dato un nome, che abbiamo seguito una terapia, che abbiamo partecipato ai collettivi e fatto tutto ciò che era possibile, il malessere persiste? Dopo aver assorbito tutto questo carico, come possiamo liberarcene?

Dibondo: Visto che viviamo in un ambiente razzista, quel carico lo porteremo sempre con noi. La vera domanda è: che cosa possiamo mettere in atto?

Hai citato la terapia. Per me conta anche il fatto di trovarsi in spazi non misti, sia nei contesti di lotta sia nella dimensione intima. Diventare consapevoli, dare un nome alle cose significa già agire. Mi sveglio dall'illusione che hanno costruito. Mi dò un pizzicotto. Sono umana, ho una voce. E quella voce scelgo di usarla per la mia comunità. Non sento più il bisogno di dimostrare che ho ragione, che sono umana ecc. Il silenzio politico è fondamentale. Perché il silenzio ha un potere. Essere ridotti al silenzio è una forma di violenza, ma scegliere il silenzio, così come scegliere di andarsene, di non esserci, talvolta, può rivelarsi un gesto potente.

In seguito, attraverso la creazione, riusciamo a scavare nelle nostre spiritualità, nei nostri modi di vedere il mondo. Capiamo come, ben prima di noi, i nostri antenati abbiano percepito, interpretato e vissuto il mondo.

Riconoscere il carico razziale, e poi?

A più di due anni da questa conversazione con Douce Dibondo, osservo che il «silenzio immorale» da lei menzionato sta iniziando a spezzarsi. Nella Svizzera francese, l'incessante lavoro di lotta al razzismo condotto da collettivi e persone nere e razzializzate ha permesso di infrangere il tabù che impediva di parlare delle questioni relative alla «razza». A titolo di esempio, nel quadro della mia attività di drammaturga specializzata in politiche della rappresentazione, non incontro più resistenze quando parlo del carico di lavoro aggiuntivo (sia mentale che fisico) che grava sulle persone nere e razzializzate nel campo delle arti performative. Il concetto di «carico razziale» è un mezzo di cui mi servo per proporre soluzioni concrete volte a contrastare il razzismo insito nel lavoro di creazione collettivo.

A livello sociale, acquisire consapevolezza del carico razziale rende necessaria un'azione collettiva urgente. Se riconosciamo che il carico razziale esiste, come possiamo allora alleggerirne i costi per le persone nere e razzializzate? La Settimana contro il razzismo, in quanto uno dei momenti di discussione e di azione pubblica con la maggiore visibilità del nostro Paese, potrebbe fungere da punto di partenza per quella che definirei una «politica di alleggerimento del carico razziale». Partendo da questa prospettiva, avrei un sogno per il marzo del 2027: che i mezzi destinati alla Settimana contro il razzismo vadano ad alimentare un fondo mutualistico grazie al quale le persone razzializzate possano usufruire di una settima di congedo pagato. Il fondo sosterrebbe in parallelo spazi autonomi di cura, destinati alla condivisione di esperienze, al riposo e al recupero delle energie. In questo sogno Douce Dibondo fa ritorno al cinema *Le Spoutnik*, questa volta per leggerci le sue poesie.

Quando si parla di rivoluzione, la si immagina sempre come una situazione che persiste nel tempo e che poi, a un certo punto, viene totalmente ribaltata. In realtà, la rivoluzione avviene ogni giorno, in ogni istante. Anche la nostra conversazione, in questo momento, è un atto rivoluzionario, perché ci permette di prendere coscienza di molte cose. Stiamo riparando qualcosa dentro di noi. Non dimentichiamo da dove veniamo. Veniamo da un'epoca in cui era considerato normale che i nostri corpi venissero esibiti negli zoo umani. Ma le cose si possono riparare. È una riparazione immensa, così come immenso è il cambiamento.

Douce Dibondo è poetessa, scrittrice, performer e saggista. Laureata in sociologia e attivista queer afrofemminista, è la creatrice del podcast Extimité. *Ha pubblicato due raccolte di poesie*, Métacures *(Blast, 2023) e* infra/seum *(Blast, 2024), e il saggio* La charge raciale. Vertige d'un silence écrasant *(Fayard, 2024).*

Noémi Michel, titolare di un dottorato in scienze politiche, è ricercatrice e docente indipendente, autrice e operatrice culturale. Tra le sue opere figura il saggio Consentez-vous à ce que nous prenions soin de vous? De la charge raciale aux rêves féministes noirs *(Wages for, Wages against, 2023).*

michel.noemi@hotmail.com

[15] Per approfondire l'impegno militante di *Outrage* consultare https://www.instagram.com/outrage.collectif/

[16] Per una migliore leggibilità i passaggi riportati di seguito sono stati leggermente adattati.

[17] Dibondo si riferisce in particolare all'opera *Psicologia e alchimia.*

[18] Dibondo ricorre a una terminologia psicoanalitica e si richiama alla teoria dell'alienazione elaborata dallo psichiatra e pensatore martinicano Frantz Fanon. Secondo quest'ultimo, le persone nere interiorizzano il razzismo, sviluppando una forma di odio verso sé stesse che provoca in loro una scissione psichica e le porta a vivere in una condizione di estraneità da sé stesse. Dibondo esprime questo fenomeno con i concetti di «effrazione» e «dissociazione».

[19] L'Afropessimismo è una specifica corrente del pensiero critico nero. Uno dei suoi massimi esponenti è Frank B. Wilderson III.

Comprendre les traumas transgénérationnels

Comment des expériences traumatiques liées à la colonisation, aux génocides, aux déplacements forcés ou au racisme peuvent-elles peser sur les générations suivantes ? Utilisée en psychothérapie, mais encore discutée scientifiquement, la notion de trauma transgénérationnel cherche à penser ces héritages et leurs possibles effets sur la santé. La docteure Feriel Chaouachi, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, revient sur les différentes formes de transmission, les incertitudes scientifiques qui entourent la notion et la manière dont ces traumatismes sont abordés en thérapie.

Propos recueillis par Huruy Bathsheba

Un traumatisme vécu par une génération peut-il avoir des répercussions sur les suivantes ?

Feriel Chaouachi : Oui. On parle de transmission de vulnérabilités relationnelles, sociales, psychiques, voire physiques, à la suite d'un événement traumatique. Il faut toutefois distinguer le traumatisme intergénérationnel, qui désigne une transmission directe des parents aux enfants, du traumatisme transgénérationnel, qui peut concerner des générations plus éloignées, parfois sans que des mots aient été posés sur l'expérience initiale.

Ces traumatismes peuvent s'inscrire dans des histoires très différentes : traite transatlantique, colonisation, génocides, déplacements forcés, mais aussi violences ou abus vécus au sein d'une famille. Il ne s'agit pas de diagnostics psychiatriques, mais de notions utilisées par certains professionnels en psychothérapie et qui ne font pas consensus.

Comment un traumatisme peut-il se transmettre des parents aux enfants ?

La transmission peut passer par l'éducation, les récits familiaux ou des stratégies de survie transmises dès l'enfance. Dans certaines familles afrodescendantes, cela peut prendre la forme d'injonctions comme « Ne te fais pas remarquer », « Ne fais pas confiance à la police » ou « Travaille deux fois plus pour te faire une place ».

Elle peut aussi être non verbale : un enfant peut intégrer la méfiance ou l'hypervigilance de ses parents sans que leurs expériences de racisme lui soient explicitées. Il faut toutefois éviter tout déterminisme : une histoire familiale marquée par un traumatisme n'implique pas nécessairement sa transmission aux générations suivantes, ni les mêmes manifestations chez chacun.

Ces mécanismes permettent surtout d'expliquer une transmission intergénérationnelle, entre parents et enfants. Qu'est-ce qui permet alors de parler de trauma « transgénérationnel », plusieurs générations plus tard ? L'épigénétique apporte-t-elle des éléments de réponse ?

C'est une question qu'il faut aborder avec prudence. L'épigénétique désigne des mécanismes par lesquels des facteurs environnementaux peuvent modifier l'expression de certains gènes sans modifier la séquence de l'ADN elle-même. Des recherches s'intéressent à la possibilité que certains changements liés à l'exposition à un traumatisme puissent avoir des effets sur les générations suivantes. Mais les études disponibles restent limitées, notamment en raison de la taille des échantillons et de difficultés méthodologiques. On ne peut donc pas aujourd'hui expliquer le traumatisme transgénérationnel par un mécanisme biologique établi.

Dès lors, dans le cas de violences historiques collectives, pourquoi parler de trauma transgénérationnel plutôt que simplement d'une histoire familiale traumatique ?

Dans la perspective décoloniale dans laquelle j'exerce, se limiter à l'histoire familiale risque de faire reposer la responsabilité sur les parents et de ramener le

problème à une échelle individuelle. Or, lorsque le traumatisme est lié au racisme, sa source est aussi structurelle.

Les stratégies de survie transmises au sein des familles ne naissent pas de nulle part : elles peuvent constituer des réponses à des discriminations réellement vécues. Il faut donc tenir compte du contexte historique, géopolitique et social dans lequel ces traumatismes se développent et se transmettent.

Peut-on pour autant parler d'un même phénomène derrière des histoires aussi différentes ?

Je parlerais plutôt de phénomènes apparentés que d'une expérience unique. Il existe des mécanismes communs, comme la violence collective, la déshumanisation, les pertes et les deuils, les séparations, les déplacements forcés, la menace qui pèse sur l'identité ou encore la transmission de l'hypervigilance.

Mais il ne faut pas rendre ces histoires interchangeables. Elles s'inscrivent dans des contextes historiques et géopolitiques différents. Il faut aussi tenir compte de ce qui s'est passé après les violences : certaines ont fait l'objet d'une reconnaissance historique, même partielle, voire de processus de réparation, tandis que d'autres restent niées ou insuffisamment reconnues. Cette différence a son importance.

Le fait qu'une violence ait été reconnue ou, au contraire, qu'elle continue d'être niée change-t-il quelque chose à la prise en charge thérapeutique ?

Dans mon approche, la reconnaissance occupe une place primordiale. Toutes les violences collectives n'ont pas bénéficié de la même reconnaissance historique ni de processus de réparation. Cela crée des différences dans le parcours de réparation auxquelles il faut être attentif en thérapie.

Cette reconnaissance se joue aussi dans l'espace thérapeutique. Le ou la thérapeute a un devoir de témoin : il faut pouvoir nommer les violences et les rapports de domination plutôt que de se réfugier systématiquement derrière une posture de neutralité. Avec des personnes racisées, cela implique notamment de parler de race, non comme d'une réalité biologique, mais comme d'une construction sociale qui produit des effets concrets.

Cela suppose aussi d'avoir conscience de sa propre position sociale, de ses privilèges et de ses biais, et de reconnaître que la personne qui vit une minorisation reste la première experte de son expérience.

Le trauma transgénérationnel n'est pas un trouble psychiatrique en soi, mais il peut être associé à un stress post-traumatique, à des symptômes dépressifs, des troubles du sommeil, de la fatigue chronique ou des symptômes dissociatifs.

Sur le plan clinique, quels symptômes retrouve-t-on chez les personnes concernées ?

Le trauma transgénérationnel n'est pas un trouble psychiatrique en soi, mais il peut être associé à un stress post-traumatique, à des symptômes dépressifs, des troubles du sommeil, de la fatigue chronique ou des symptômes dissociatifs.

La souffrance peut aussi s'exprimer à travers le corps, notamment par des douleurs chroniques, en particulier lorsque l'histoire familiale est marquée par les silences ou le refoulement. La prise en charge peut prendre plusieurs années : mettre en mots et élaborer cette souffrance psychiquement peut contribuer à atténuer certains symptômes physiques.

Comment identifie-t-on alors un trauma transgénérationnel en thérapie ?

Certaines personnes arrivent avec une conscience assez claire d'un événement qui a marqué plusieurs générations et dont le récit s'est transmis. Pour d'autres, le lien apparaît progressivement au cours de la thérapie.

J'utilise notamment le génogramme, un outil qui permet de retracer la généalogie familiale, mais aussi celle des « maux » et des traumatismes. On s'intéresse aux récits, aux secrets de famille, à ce qui a été dit ou tu et à la manière dont certains événements ont été transmis. L'objectif est progressivement de construire un récit, voire une forme de contre-histoire : le traumatisme fait partie de l'histoire familiale, mais il ne doit pas définir la personne.

On parle de trauma transgénérationnel à propos d'événements passés. Comment penser les effets des violences qui se poursuivent comme à Gaza, au Soudan, en Ukraine ou au Congo, par exemple ?

Lorsqu'une violence est toujours en cours, on parlera plutôt de stress traumatique continu. On n'est précisément pas encore dans le « post-traumatique », puisque la menace n'a pas cessé. On peut en revanche déjà parler d'un risque de transmission intergénérationnelle. La génération qui vit actuellement ces violences peut les transmettre directement à ses enfants. Parmi les facteurs en cause figurent l'exposition au stress pendant la grossesse, les traumatismes vécus par les parents, les blessures, les deuils, les séparations, les déplacements forcés, la destruction des logements, des écoles ou des systèmes de soins, l'insécurité alimentaire et la rupture des liens familiaux et communautaires. L'absence de reconnaissance ou de justice et l'exposition prolongée des enfants

à la menace constituent également des facteurs susceptibles d'accroître ce risque. En revanche, on ne peut pas encore démontrer que ces traumatismes se transmettront sur plusieurs générations et donc parler, à ce stade, de transmission transgénérationnelle.

Et pour les personnes qui vivent ces violences à distance, notamment au sein des diasporas, ces événements peuvent-ils réactiver des traumatismes antérieurs ?

Il faut distinguer plusieurs situations. Pour une personne de la diaspora qui a de la famille sur place, il ne s'agit pas d'une simple exposition médiatique. Elle peut attendre des nouvelles de ses proches lors d'une coupure des communications, être confrontée à des décès ou à des disparitions, ou encore ressentir l'impossibilité d'aider ses proches et sa communauté. Il existe une implication personnelle et affective directe. Ces événements peuvent aussi réactiver des souvenirs de guerre, d'exil ou de persécution. Ils peuvent susciter une grande impuissance, une culpabilité d'être en sécurité, une colère intense ou des deuils particulièrement difficiles. Dans certaines situations, on peut également parler de stress traumatique secondaire ou de traumatisme vicariant lorsqu'une personne exposée aux récits ou aux images d'un traumatisme développe elle-même des symptômes traumatiques. Mais la seule exposition à des images violentes ne suffit pas : il faut notamment considérer la proximité avec les victimes, les symptômes et leur retentissement sur la vie quotidienne.

Quels moyens existent aujourd'hui en Suisse pour accompagner les personnes concernées ?

Il existe différentes structures, même si elles ne sont pas nécessairement spécialisées dans le trauma transgénérationnel. Dans le canton de Vaud, on peut notamment citer l'Unité de soins aux migrants d'Unisanté, qui travaille avec des interprètes et des médiateurs socioculturels, ainsi que des structures spécialisées dans l'accompagnement psychique des personnes migrantes. Il existe aussi le service ambulatoire de la Croix-Rouge pour les victimes de torture et de guerre, ou encore des structures de conseil et de soutien pour les victimes de racisme.

Mais l'offre reste très inégale selon les cantons, tant en matière de soins que d'accompagnement psychosocial.

Feriel Chaouachi est médecin psychiatre et psychothérapeute FMH, spécialisée en psychiatrie et psychothérapie d'orientation psychodynamique, elle s'est également formée en sexologie clinique et en sexothérapie intégrative. Son parcours professionnel l'a amenée à développer une expertise dans l'accompagnement des personnes trans et non binaires dans leurs parcours d'affirmation de genre. Sa pratique s'inscrit dans une approche décoloniale, féministe intersectionnelle et inclusive.*

Transgenerationale Traumata verstehen

Inwiefern können traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit Kolonialisierung, Genozid, Zwangsvertreibung und Rassismus die nachfolgenden Generationen belasten? Das in der Psychotherapie angewandte Konzept des transgenerationalen Traumas ist in der Wissenschaft zwar noch umstritten. Doch ist es ein Versuch, das Phänomen und seine möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit zu erfassen. Dr. Feriel Chaouachi, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, spricht über verschiedene Formen transgenerationaler Weitergabe, die Vorbehalte der Wissenschaft gegenüber dem Konzept und mögliche Ansätze in der Therapie.

Das Gespräch führte Huruy Bathsheba

Können die Traumaerfahrungen einer Generation Auswirkungen auf die nachfolgenden Generationen haben?

Ja. Wir sprechen dann von der Weitergabe relationaler, sozialer, psychischer oder sogar körperlicher Vulnerabilität infolge eines traumatischen Erlebnisses. Zu unterscheiden ist das intergenerationale Trauma, bei dem eine Übertragung direkt von den Eltern auf ihre Kinder stattfindet, vom transgenerationalen Trauma, das über mehrere Generationen hinweg wirken kann, ohne dass das zugrunde liegende Erlebnis jemals angesprochen worden wäre.

Diese Traumata können in unterschiedlichsten Erfahrungen wurzeln: Sklavenhandel, Kolonialisierung, Genozid, Zwangsvertreibung, aber auch Gewalt und Missbrauch innerhalb der Familie.

Dabei handelt es sich um keine psychiatrische Diagnose, sondern um Konzepte, die in der Psychotherapie Anwendung finden, über die jedoch kein Konsens besteht.

Wie kann ein Trauma von den Eltern auf die Kinder übertragen werden?

Meist über die Erziehung, die Überlieferung der Familiengeschichte oder die Weitergabe von Überlebensstrategien, die bereits in der Kindheit erfolgt. In manchen Familien mit afrikanischen Wurzeln kann sich dies in Ermahnungen äussern, wie «Fall ja nicht auf!», «Traue niemals der Polizei!» oder «Du musst doppelt so hart arbeiten, um dir deinen Platz zu verdienen!».

Die Übertragung kann auch nonverbal stattfinden: Ein Kind kann das Misstrauen oder die ständige Alarmbereitschaft seiner Eltern übernehmen, ohne dass ihm ihre Rassismuserfahrungen bewusst wären. Determinismus ist hier allerdings fehl am Platz: Wenn eine Familie ein Trauma erlebt hat, bedeutet dies nicht automatisch, dass es vererbt wird oder sich bei allen Mitgliedern gleich äussert.

Mit diesen Mechanismen lässt sich in erster Linie die intergenerationale Weitergabe zwischen Eltern und Kindern erklären. Was macht jedoch das transgenerationale Trauma aus, das nach mehreren Generationen auftritt? Kann die Epigenetik Antworten liefern?

Hier ist Vorsicht geboten. Die Epigenetik beschreibt Mechanismen, bei denen Umweltfaktoren die Expression gewisser Gene, nicht aber die DNA-Sequenz selbst verändern. Die Forschung befasst sich mit der Möglichkeit, dass sich bestimmte traumabedingte Veränderungen auf die nachfolgenden Generationen auswirken. Die Studienlage dazu ist allerdings dürftig, insbesondere aufgrund von Stichproben- und Methodikschwächen. Transgenerationale Traumata lassen sich heute also nicht auf den einen oder anderen biologischen Mechanismus zurückführen.

Wieso spricht man dann bei historischen kollektiven Gewalterfahrungen von transgenerationalen Traumata und nicht von traumatischen Familiengeschichten?

Aus Sicht der Dekolonisation, die ich

fachlich vertrete, läuft man mit einer Beschränkung auf die Familiengeschichte Gefahr, die Verantwortung auf die Eltern – und somit auf die individuelle Ebene – zu schieben. Wenn das Trauma aber mit Rassismus einhergeht, ist sein Ursprung auch struktureller Natur.

Die Überlebensstrategien, die in Familien weitergegeben werden, haben einen guten Grund: Häufig sind sie Reaktionen auf tatsächlich erlebte Diskriminierungen. Der historische, geopolitische und soziale Kontext, in dem diese Traumata auftreten und sich entwickeln, muss also mitberücksichtig werden.

Lassen sich derart unterschiedliche Geschichten aber auf ein Phänomen reduzieren?

Ich würde eher von verwandten Phänomenen sprechen, und nicht von ein und derselben Erfahrung. Es gibt durchaus gemeinsame Mechanismen, wie kollektive Gewalt, Entmenschlichung, Verlust- und Trauererfahrungen, das Auseinanderreissen von Familien, Zwangsvertreibung, die Bedrohung der eigenen Identität und das Vorleben von erhöhter Alarmbereitschaft.

Austauschbar sind diese Geschichten deshalb aber nicht. Sie wurzeln in verschiedenen historischen und geopolitischen Verhältnissen. Zu berücksichtigen ist auch, was auf die Gewalterfahrung folgte: In manchen Fällen kam es zu einer historischen (Teil-)Anerkennung der zugefügten Gewalt oder sogar zu Wiedergutmachung, während in anderen Fällen die Anerkennung nicht ausreichend ist oder die Gewalt ganz geleugnet wird. Dieser Unterschied ist wesentlich.

Macht es in der Therapie einen Unterschied, ob die erfahrene Gewalt anerkannt wurde oder weiterhin geleugnet wird?

Für meinen Ansatz ist die Anerkennung grundlegend. Nicht alle kollektiven Gewalterfahrungen geniessen dieselbe historische Anerkennung oder Wiedergutmachung. Dadurch entstehen unterschiedliche Reparationspfade, auf die in der Therapie zu achten ist.

Die Anerkennung beeinflusst auch den therapeutischen Raum. Therapeutinnen und Therapeuten haben die Aufgabe, die Erfahrung zu bezeugen: Gewalt und Herrschaftsbeziehungen müssen als solche benannt werden, anstatt sich systematisch hinter der Neutralität zu verstecken. Das bedeutet, mit rassifizierten Menschen auch über «Rasse» zu sprechen – und zwar nicht als biologische Merkmale, sondern als soziales Konstrukt, das konkrete Auswirkungen hat.

Dies setzt auch voraus, sich seiner gesellschaftlichen Position, seiner Privilegien und Verzerrungen bewusst zu sein und anzuerkennen, dass die Person, die in die Minderheitenposition gedrängt wird, die eigentliche Expertin ihrer Erfahrung bleibt.

Beim transgenerationalen Trauma handelt es sich um keine eigenständige psychiatrische Störung, es kann aber mit posttraumatischen Belastungserscheinungen, Depressionen, Schlafstörungen, chronischer Erschöpfung und dissoziativen Störungen einhergehen.

Welche klinischen Symptome lassen sich bei den Betroffenen beobachten?

Beim transgenerationalen Trauma handelt es sich um keine eigenständige psychiatrische Störung, es kann aber mit posttraumatischen Belastungserscheinungen, Depressionen, Schlafstörungen, chronischer Erschöpfung und dissoziativen Störungen einhergehen.

Das Leid äussert sich auch körperlich. So sind chronische Schmerzen beispielsweise häufig mit einer von Schweigen und Verdrängung geprägten Familiengeschichte verbunden. Eine Therapie kann mehrere Jahre dauern: Das psychische Leid in Worte zu fassen und zu verarbeiten, kann bestimmte körperliche Symptome lindern.

Wie erkennt man ein transgenerationales Trauma in der Therapie?

Manche kommen mit einem recht eindeutigen Bewusstsein über ein Erlebnis zu uns, das schon mehrere Generationen geprägt hat und dessen Narrativ auch weitergegeben wurde. Bei anderen zeigen sich die Zusammenhänge dagegen erst nach und nach während der Therapie.

Ich verwende gerne das Genogramm, ein Tool zur Darstellung des Familiensystems über mehrere Generationen, das auch «Schwachstellen» und Traumata abbildet. Wir interessieren uns für Überlieferungen, Familiengeheimnisse, für das, was gesagt oder eben gerade nicht gesagt wurde, und die Art und Weise, wie gewisse Erlebnisse weitergegeben wurden. Ziel ist es dabei, nach und nach ein Narrativ bzw. eine Art Alternativerzählung zu konstruieren: Das Trauma ist Teil der Familiengeschichte, soll den Menschen aber nicht ausmachen.

Wir sprechen von transgenerationalen Traumata bei Erlebnissen in der Vergangenheit. Was aber ist mit den Auswirkungen von fortwährender Gewalt, wie wir sie heute in Gaza, im Sudan, in der Ukraine oder im Kongo sehen?

Solange Gewalt verübt wird, sprechen wir eher von einer anhaltenden traumatischen Belastung. Von «posttraumatisch» ist eben noch keine Rede, weil die Bedrohung noch nicht vorbei ist. Dagegen kann man aber durchaus bereits von der Gefahr einer intergenerationalen Weitergabe sprechen. Die Generation, die der Gewalt ausgesetzt

ist, kann sie direkt auf die Kinder übertragen. Zu den begünstigenden Faktoren zählen belastende Erlebnisse während der Schwangerschaft, Traumaerfahrungen der Eltern, Kränkungen, Verluste, Trennungen, Zwangsvertreibungen, die Zerstörung von Wohnraum, Schulen und Gesundheitseinrichtungen, Ernährungsunsicherheit und das Auseinanderbrechen von Familien und Gemeinschaften. Fehlende Anerkennung, Ungerechtigkeit und eine anhaltende Bedrohungserfahrung der Kinder sind ebenfalls Faktoren, die das Risiko erhöhen können. Hingegen ist noch nicht nachgewiesen, dass diese Traumata über mehrere Generationen wirken werden – von transgenerationaler Weitergabe kann man also noch nicht sprechen.

Wie steht es mit Menschen, die diese Gewalt aus der Ferne mitbekommen, beispielsweise in der Diaspora? Können solche Ereignisse vorangehende Traumata wachrufen?

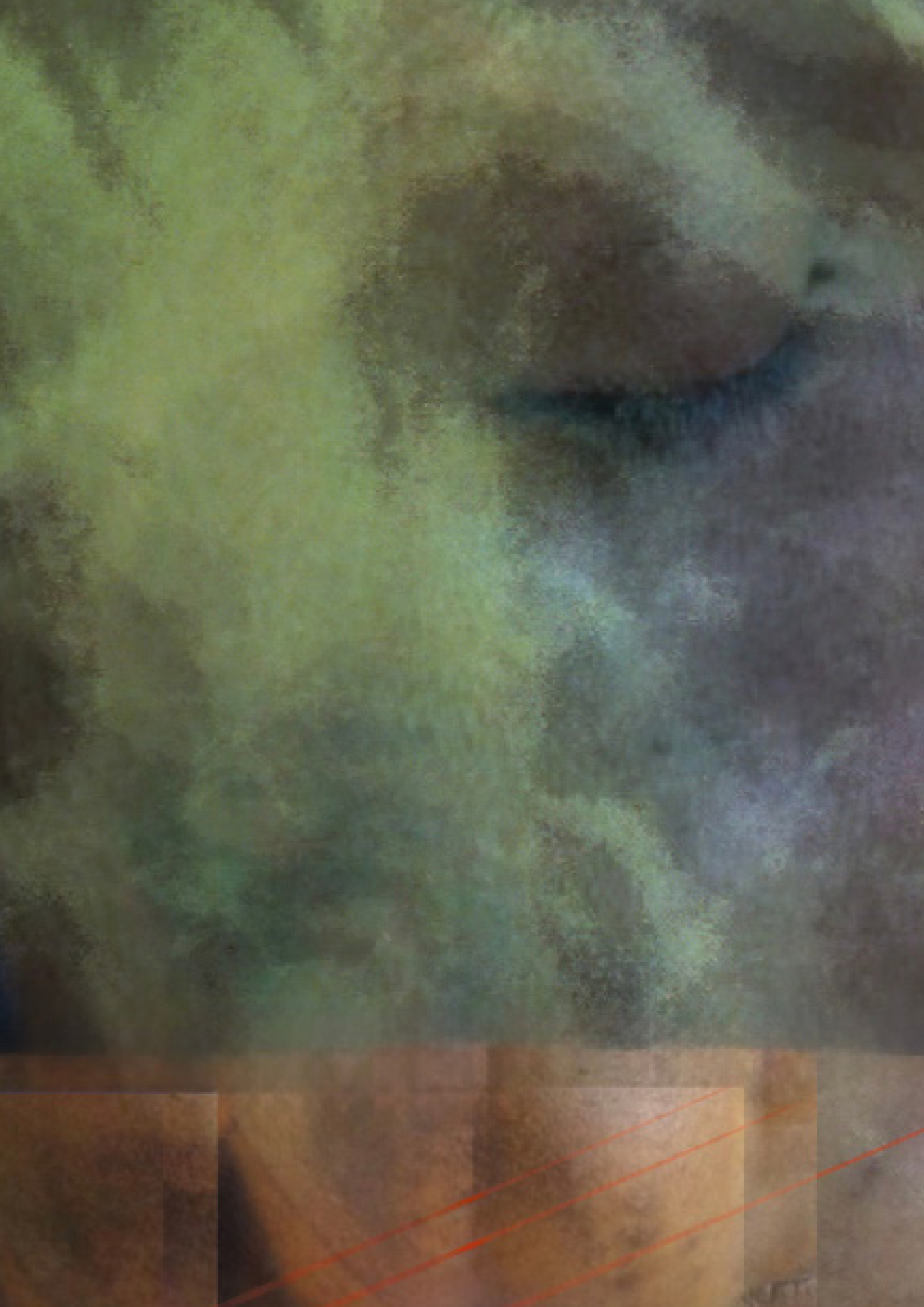
Da gibt es sehr unterschiedliche Situationen. Jemand aus der Diaspora, der Verwandte im Land hat, erlebt die verübte Gewalt nicht wie eine reine Berichterstattung in den Medien. Häufig wird auf ein Lebenszeichen von den Lieben gewartet, falls es zu Kommunikationsunterbrüchen kommt, Tod und Vermisstenmeldungen betreffen sie oft direkt, und auch die Tatsache, der eigenen Familie oder Gemeinschaft nicht helfen zu können, ist für diese Menschen eine unmittelbare Erfahrung – sie sind persönlich und emotional direkt betroffen. Auch können diese Vorfälle Erinnerungen an Krieg, Exil und Verfolgung neu aktivieren. Begleitet wird dies häufig von schweren Ohnmachts- und Schuldgefühlen, weil man selbst ja in Sicherheit ist, sowie von Wut oder belastenden Trauererfahrungen. In manchen Situationen spricht man von sekundärer oder indirekter Traumatisierung, wenn eine Person, die Erzählungen von Gewalterfahrungen oder Bildern ausgesetzt ist, selbst Traumasymptome entwickelt. Das blosse Ansehen von Bildern von Gewalt genügt jedoch nicht: Was zählt, sind auch die Nähe zu den Opfern, die Symptome und deren Auswirkung auf den Alltag.

Welche Möglichkeiten gibt es heute in der Schweiz für die Begleitung von Betroffenen?

Es gibt mehrere Einrichtungen, die allerdings nicht unbedingt auf transgenerationale Traumata spezialisiert sind. Im Kanton Waadt beispielsweise gibt es eine Gesundheitsanlaufstelle für Migrantinnen und Migranten von Unisanté, die mit Dolmetschenden und soziokulturellen Vermittelnden zusammenarbeitet, sowie Fachstellen für die psychische Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund. Zu nennen sind auch das Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer vom Schweizerischen Roten Kreuz sowie verschiedene Angebote zur Beratung und Unterstützung von Rassismusopfern.

Kantonal bestehen jedoch weiterhin grosse Unterschiede im Angebot – sowohl bei den Behandlungen als auch bei der psychosozialen Betreuung.

Feriel Chaouachi ist FMH-Ärztin und auf Psychiatrie und Psychotherapie mit psychodynamischer Ausrichtung spezialisiert. Zudem absolvierte sie eine Weiterbildung in klinischer Sexologie und integrativer Sexualtherapie.
Im Laufe ihres beruflichen Werdegangs spezialisierte sie sich auf die affirmative Begleitung von Trans- und nonbinären Personen.
In diesen Fachbereichen verfolgt sie heute einen dekolonialen, intersektional-feministischen und inklusiven Ansatz.



Comprendere i traumi transgenerazionali

In che modo le esperienze traumatiche legate a colonizzazione, genocidi, sfollamenti forzati o razzismo possono influire sulle generazioni successive? Utilizzato in psicologia, ma ancora dibattuto nel mondo scientifico, il concetto di «trauma transgenerazionale» induce a riflettere su questi retaggi e sui loro possibili effetti sulla salute. La dottoressa Feriel Chaouachi, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, esamina le diverse forme di trasmissione, il modo in cui i traumi vengono affrontati in terapia e le incertezze scientifiche attorno a questo concetto.

Intervista a cura di Huruy Bathsheba

Un trauma vissuto da una generazione può avere ripercussioni sulle generazioni successive?

Sì. A seguito di un evento traumatico si può assistere a una trasmissione di vulnerabilità relazionali, sociali, psichiche o addirittura fisiche. Tuttavia, occorre distinguere tra il trauma intergenerazionale, che indica una trasmissione diretta dai genitori ai figli, e il trauma transgenerazionale, che può riguardare generazioni più distanti tra loro, talvolta senza che l'esperienza iniziale sia stata descritta a parole.

Questi traumi possono scaturire da storie molto diverse: tratta transatlantica, colonizzazione, genocidi, sfollamenti forzati, ma anche violenze o abusi subiti all'interno di una famiglia.

Non si tratta di diagnosi psichiatriche, ma di concetti utilizzati da alcuni professionisti in psicoterapia che non godono di un consenso generale.

In che modo un trauma può essere trasmesso dai genitori ai figli?

La trasmissione può avvenire tramite l'educazione, narrazioni familiari o strategie di sopravvivenza tramandate fin dall'infanzia. In alcune famiglie afrodiscendenti, può assumere la forma di raccomandazioni quali «non farti notare», «non ti fidare della polizia» o «impegnati il doppio degli altri se vuoi farti strada».

Ma può essere anche non verbale: un bambino può interiorizzare la diffidenza o l'ipervigilanza dei propri genitori senza che questi ultimi gli abbiano palesato le loro esperienze di razzismo. Tuttavia, occorre evitare un approccio deterministà: una storia familiare segnata da un trauma non implica necessariamente che questo verrà trasmesso alle generazioni successive, e le manifestazioni variano da persona a persona.

Questi meccanismi consentono soprattutto di spiegare una trasmissione intergenerazionale, tra genitori e figli. Come si spiega il trauma «transgenerazionale», che riguarda generazioni distanti? L'epigenetica fornisce elementi di risposta?

È una questione che va affrontata con cautela. L'epigenetica descrive i meccanismi attraverso cui i fattori ambientali possono influenzare l'espressione di alcuni geni senza alterare la sequenza del DNA. Alcune ricerche in questo campo vertono sulla possibilità che determinati cambiamenti legati all'esposizione a un trauma abbiano effetti sulle generazioni successive. Ma gli studi disponibili sono limitati, in particolare a causa della dimensione del campione e delle sfide metodologiche. A tutt'oggi, non è pertanto possibile spiegare il trauma transgenerazionale attraverso un meccanismo biologico accertato.

Allora, nel caso di violenze collettive storiche, perché parlare di trauma transgenerazionale anziché semplicemente di una storia familiare traumatica?

Nella prospettiva decoloniale che guida il mio lavoro, limitarsi alla storia familiare rischia di addossare la responsabilità ai genitori e di ricondurre il problema a una dimensione individuale. Tuttavia, quando il trauma è legato al razzismo, la sua origine è anche strutturale.

Le strategie di sopravvivenza tramandate all'interno delle famiglie non nascono dal nulla: possono costituire risposte a discriminazioni realmente vissute. Occorre quindi tenere conto del contesto storico, geopolitico e sociale nel quale si sviluppano e si trasmettono questi traumi.

Si può comunque parlare di un fenomeno unico alla base di storie così diverse?

Parlerei di fenomeni correlati, piuttosto che di un'esperienza unica. Vi sono meccanismi comuni, come la violenza collettiva, la disumanizzazione, le perdite e i lutti, le separazioni, gli sfollamenti forzati, l'identità minacciata e la trasmissione dell'ipervigilanza.

Ma non bisogna confondere una storia con un'altra. Ciascuna storia rientra in un contesto storico e geopolitico diverso. Occorre inoltre tenere conto di ciò che è accaduto dopo gli episodi di violenza: alcuni sono stati oggetto di un riconoscimento storico, anche se parziale, o addirittura di processi di riparazione, mentre altri continuano a essere negati o riconosciuti in modo insufficiente. Non è una differenza di poco conto.

Il fatto che una violenza sia stata riconosciuta o che, al contrario, continui ad essere negata cambia qualcosa per la presa in carico terapeutica?

Nel mio approccio, il riconoscimento occupa una posizione centrale. Non tutte le violenze collettive hanno beneficiato dello stesso livello di riconoscimento storico o di un processo di riparazione. Questo genera differenze nel percorso di ricostruzione alle quali occorre prestare attenzione in terapia.

Il riconoscimento ha un impatto anche nello spazio terapeutico. Il o la terapeuta assume il ruolo di testimone: è essenziale dare un nome alle violenze e ai rapporti di dominio, anziché rifugiarsi sistematicamente dietro una posizione neutrale. Con persone razzializzate, ad esempio, bisogna affrontare il tema della razza, non come realtà biologica, bensì come costrutto sociale che produce effetti concreti.

Questo comporta anche la consapevolezza della propria posizione sociale, dei propri privilegi e dei propri pregiudizi, e il riconoscimento che la persona appartenente a una minoranza è la massima esperta della propria esperienza.

Il trauma transgenerazionale non è di per sé un disturbo psichico, ma può essere associato a stress post-traumatico, sintomi depressivi, disturbi del sonno, fatica cronica o sintomi dissociativi.

Sul piano clinico, quali sono i sintomi tipici delle persone interessate?

Il trauma transgenerazionale non è di per sé un disturbo psichico, ma può essere associato a stress post-traumatico, sintomi depressivi, disturbi del sonno, fatica cronica o sintomi dissociativi.

La sofferenza può anche manifestarsi nel corpo, soprattutto attraverso dolori cronici, in particolare se la storia familiare è caratterizzata da silenzi o dal rigetto. La presa in carico può durare diversi anni: esprimere a parole ed elaborare psicologicamente questa sofferenza può contribuire ad attenuare alcuni sintomi fisici.

Come si identifica, quindi, un trauma transgenerazionale durante la terapia?

Alcune persone arrivano già abbastanza coscienti di un evento che ha segnato diverse generazioni e la cui narrazione è stata tramandata. Per altre, il collegamento emerge progressivamente nel corso della terapia.

Ad esempio, io utilizzo il genogramma, uno strumento che consente di ricostruire la genealogia familiare, ma anche quella degli eventi negativi e dei traumi. Si esaminano le narrazioni, i segreti di famiglia, quanto è stato detto e quanto taciuto e il modo in cui alcuni eventi sono stati tramandati. L'obiettivo è costruire gradualmente una narrazione, o addirittura una sorta di contro-storia: il trauma fa parte della storia familiare, ma non deve definire la persona.

Si parla di trauma transgenerazionale in riferimento a eventi del passato. Come possiamo interpretare, invece, gli effetti delle violenze che proseguono oggi, ad esempio a Gaza, in Sudan, in Ucraina o in Congo?

Se la violenza è ancora in corso, si parla piuttosto di stress traumatico continuo. Infatti, non siamo ancora nella fase «post-traumatica», poiché la minaccia non è terminata. Possiamo invece già parlare di un rischio di trasmissione intergenerazionale. La generazione che sta vivendo queste violenze può trasmetterle direttamente ai propri figli. Tra i fattori in gioco figurano l'esposizione allo stress durante la gravidanza, i traumi vissuti dai genitori, le ferite, i lutti, le separazioni, gli sfollamenti forzati, la distruzione di abitazioni, scuole e strutture sanitarie, l'insicurezza alimentare e la rottura dei legami familiari e sociali. Anche l'assenza di riconoscimento o di giustizia e l'esposizione prolungata dei bambini alla minaccia possono aumentare tale rischio. Invece, a questo stadio, non è ancora possibile dimostrare che i traumi saranno trasmessi a diverse generazioni e quindi parlare di trasmissione transgenerazionale.

Per le persone che vivono le violenze a distanza, soprattutto per chi fa parte di una diaspora, questi eventi possono riattivare traumi passati?

Occorre distinguere tra diverse situazioni. Per una persona della diaspora che ha familiari sul posto, non si tratta semplicemente di un'esposizione mediatica. Può trovarsi ad attendere notizie dai propri cari quando le comunicazioni sono inter-

rotte, dover affrontare casi di decesso o scomparsa, oppure provare un senso di impotenza perché non può aiutare i propri cari e la propria comunità. Vi è quindi un'implicazione personale e affettiva diretta. Questi eventi possono altresì riattivare ricordi di guerra, esilio o persecuzione. Possono suscitare un senso di impotenza, un senso di colpa per essere al sicuro, una forte collera o sentimenti di perdita particolarmente difficili. In determinate situazioni, si può anche parlare di stress traumatico secondario o di trauma vicario se la persona esposta alle narrazioni o alle immagini di un trauma sviluppa a sua volta sintomi da trauma. Ma l'esposizione a immagini violente, da sola, non è sufficiente: occorre considerare in particolare la vicinanza alle vittime, i sintomi e le loro ripercussioni sulla vita quotidiana.

Di quali mezzi disponiamo oggi in Svizzera per accompagnare le persone interessate?

Abbiamo a disposizione diverse strutture, sebbene non siano necessariamente specializzate nel trauma transgenerazionale. Nel Cantone di Vaud, possiamo ad esempio citare l'Unità di cure ai migranti di Unisanté, che lavora con interpreti e mediatori socioculturali, nonché strutture specializzate nell'accompagnamento psichico delle persone migranti. Vi sono anche l'Ambulatorio per vittime della tortura e della guerra della Croce Rossa Svizzera e strutture di consulenza e sostegno per le vittime di razzismo.

Ma l'offerta varia molto da un Cantone all'altro, sia per quanto riguarda le cure che per l'accompagnamento psicosociale.

Feriel Chaouachi è medico FMH specializzata in psichiatria e psicoterapia di orientamento psicodinamico. Ha inoltre seguito un percorso formativo in sessuologia clinica e sessuoterapia integrativa. Nel corso della sua carriera, si è specializzata nell'accompagnamento delle persone transessuali e non binarie nel loro percorso di affermazione di genere, discipline che oggi pratica in una prospettiva decoloniale, femminista intersezionale e inclusiva.

Depression und Biografie: Krankheitserfahrungen migrierter Frauen

Im Vergleich mit Schweizerinnen und Schweizer leiden Migrantinnen und Migranten häufiger an psychischen Erkrankungen – Frauen sind stärker betroffen als Männer. Die Autorin hat die biografische Bedeutung von Depressionen bei Frauen aus Lateinamerika im Kontext von Migration erforscht und sichtbar gemacht.

Amina Trevisan

Die Prävalenz der Depression in der Migrationsbevölkerung ist höher als in der Schweizer Referenzgruppe. Dies verdeutlicht das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) in der Schweiz, welches das Bundesamt für Gesundheit 2011 veröffentlichte. Migrantinnen sind zudem häufiger als Migranten von einer Depression betroffen. Darüber hinaus leiden mehr Migrantinnen als Schweizerinnen an einer Depression. Obwohl migrierte Frauen in der Schweiz in vielen Studien einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand als Migranten und als die Schweizer Bevölkerung aufweisen, existierten bislang keine sozialwissenschaftlichen Forschungen, die Krankheitserfahrungen von an Depression erkrankten Migrantinnen im Kontext ihrer Migrationserfahrung und Biografie aus der Perspektive der betroffenen Akteurinnen untersuchen. Mit meiner empirischen Forschung beabsichtigte ich, eine Forschungslücke zu schliessen.

Im Mittelpunkt meines Forschungsinteresses standen die biografische Bedeutung von Depression im Kontext von Migrationserfahrung, strukturelle Ursachen der Leidenserfahrung und die subjektiven Krankheitserfahrungen im Leben von Migrantinnen aus Lateinamerika. Mich interessierten dabei ihre eigentheoretische Auseinandersetzung mit den Ursachen und Bedingungen, die in ihrem Leben eine Depression auslösten. Wichtig war deshalb, ihre Lebenssituation, Krankheitserfahrungen sowie Behandlungs- und Heilungswege im Kontext der Migration sichtbar zu machen.

Biografisch angelegte Untersuchung

Die zentrale Fragestellung der Untersuchung lautete: Welche biografische Bedeutung hat das Krankheitserleben im Kontext der Migrationserfahrung und der Gesamtbiografie von an Depression erkrankten Frauen aus Lateinamerika? Konkreter: In welchen lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Kontext ist die individuelle Krankheitserfahrung von an Depression erkrankten Migrantinnen aus Lateinamerika einzuordnen? Was bedeutet für die lateinamerikanischen Frauen psychisch krank sein im Kontext der Migrationserfahrung? Wie gehen lateinamerikanische Migrantinnen mit einer Depression um? Welche Heilungs- und Behandlungswege werden gewählt?

Das Hauptziel dieser Forschung war, durch eine biografisch angelegte Untersuchung neue und vertiefte Kenntnisse bezüglich Migration, Depression und Gender einer Bevölkerungsgruppe zu gewinnen, die bis dato in der Schweiz wenig erforscht wurde.

Individueller und gesellschaftlicher Kontext

Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit ist, dass die Krankheitserfahrungen einer Depression in fünf biografischen Themenfeldern dargelegt wurden: Rassismus und rassistisch motivierte Diskriminierung, beruflicher Ausschluss, Armut und finanzielle Sorgen, fehlende soziale Unterstützung, Geschlechterungleichheiten und Machtverhältnisse innerhalb binationaler Ehen. Diese Faktoren haben sich als zentrale Analysedimensionen für die gesellschaftlichen Bedingungen von Depressionserkrankung herauskristallisiert.

Eine weitere wichtige Erkenntnis dieser Arbeit ist, dass die Depressionserkrankung bei Migrantinnen nicht nur in einem individuellen, sondern auch in einem gesellschaftlichen Kontext zu verorten ist. Die Migration ist nicht per se Auslöser einer Depression, sondern es sind negative Erfahrungen im Kontext der Migration, gesellschaftliche Bedingungen und belastende Lebenssituationen im Auf-

nahmeland, die für Frauen aus Lateinamerika krankheitsauslösend sind. Darüber hinaus tragen Ungleichbehandlung und andauernde Ungerechtigkeitserfahrungen sowie das Gefühl des sich Nichtangenommen-Fühlens wesentlich dazu bei, dass Migrantinnen in chronische Belastungssituationen geraten.

Die Analyse des Datenmaterials zeigte sehr deutlich, dass sich eine Depression als multifaktorielles biografisches Geschehen entwickelt, an dessen Entstehen viele Bedingungen und Auslöser beteiligt sind. Aus den Daten der vorliegenden Arbeit ging des Weiteren hervor, dass bei den meisten Frauen die Depression dann auftrat, wenn verschiedene gesellschaftliche, migrations- und schichtspezifische Faktoren gemeinsam vorlagen. Deutlich wurde auch, dass die Komplexität der Depressionserkrankung während der Migration in den Kontext gesellschaftlicher, beruflicher, politischer und familiärer Zusammenhänge eingebettet ist.

Biografische Bedeutung von Rassismus

Nachfolgend soll einer dieser fünf unterschiedlichen Themenbereiche vorgestellt werden, in denen die lateinamerikanischen Frauen ihre Krankheitserfahrungen einer Depression eingebettet haben: Rassismus und rassistisch konnotierte Diskriminierung.

Rassismus ist eine biografische Erfahrung, die fallübergreifend von allen 17 befragten Migrantinnen thematisiert wurde. Gemeinsam ist allen lateinamerikanischen Frauen des Samples, dass die Erfahrungen von Rassismus und rassistisch konnotierter Diskriminierung in ihrem Leben und für ihre psychische Gesundheit eine zentrale Rolle einnehmen. Abwertung, Benachteiligung und Ausgrenzung aufgrund ihrer ethnischen Herkunft und Hautfarbe sind emotional belastende biografische Erfahrungen, die die Frauen in ihrem alltäglichen Leben in der Schweiz regelmässig begleiten.

Aus den biografischen Erzählungen geht hervor, dass die migrierten Frauen deutlich zu spüren bekommen, wie wenig sie von einem Grossteil der Aufnahmegesellschaft erwünscht sind. Lateinamerikanische Migrantinnen äussern in ihren migrationsspezifischen Narrationen deutlich ihre Gefühle, die sie als rassistisch Diskriminierte und Abgewertete empfinden. Dominante Erfahrungen mit Rassismus in den Migrationsbiografien werden als prägend empfunden, korrelieren oft mit dem Gefühl, im Aufnahmeland als «Mensch zweiter Klasse» betrachtet zu werden. Dieses Gefühl ist eine grosse Kränkung und die Erfahrung herkunftsbezogener Ablehnung durch die Aufnahmegesellschaft und das soziale Umfeld wirkt dabei hemmend auf die Entwicklung, sich als gleichwertig zu empfinden gegenüber Schweizerinnen und Schweizern. Rassismus – so sehe ich es – gehört zu den schmerzhaftesten Formen menschlicher Herabsetzung.

Lateinamerikanische Migrantinnen erfahren Alltagsrassismus in all seinen unterschiedlichen Ausprägungen.

Die Auswertung der biografischen Interviews macht deutlich, dass Migrantinnen, die sich rassistisch behandelt und diskriminiert fühlen, seelisch leiden. Seltene Akzeptanzerfahrungen im Alltags- und Berufsleben verstärken ihr Leiden. Das Leiden kann zu einem sich verschlechternden psychischen Zustand führen. Eine Folge kann eine Depressionserkrankung sein.

Lateinamerikanische Migrantinnen erfahren Alltagsrassismus in all seinen unterschiedlichen Ausprägungen. Rassismus im Alltag durchzieht alle Lebensbereiche der befragten Migrantinnen. Sie beschreiben persönliche Erfahrungen von Rassismus im öffentlichen wie auch im privaten Raum, im beruflichen Alltag, am Ausbildungsplatz, beim Gang zur Behörde, in staatlichen Institutionen, im öffentlichen Nahverkehr, auf dem Spielplatz, im Wald, beim Einkaufen, in Cafés, auf der Strasse, bei der Arbeits- und Wohnungssuche, in der angeheirateten Familie durch die Schwiegereltern, im Bekannten- und Freundeskreis des Schweizer Ehemannes und durch den Ehemann selber. Die Biografinnen machen aufgrund ihres zugeschriebenen Status als «Ausländerinnen» Ausgrenzungs- und Differenzerfahrungen weit mehr als nur in einer Situation, teilweise in mehreren der genannten Bereiche gleichzeitig. In den Interviews schildern Migrantinnen aus Lateinamerika, dass ihr Leben sowohl durch den Rassismus von Einzelpersonen als auch durch institutionellen Rassismus geprägt ist. Rassismus kann somit als eine Erfahrung psychischer Gewalt auf individueller und struktureller Ebene rekonstruiert werden.

Aus der Auswertung des Datenmaterials geht hervor, dass nicht ein einzelner Vorfall, sondern das wiederkehrende Erleben, das Andauern und die Abfolge rassistischer Ereignisse Effekte auf die psychische Gesundheit der befragten Migrantinnen haben. Die Biografien der Frauen sind von vielfältigen verbalen, nonverbalen bis hin zu gewalttätigen Rassismuserfahrungen geprägt. Die Erlebnisse von subtilen oder offenen Rassismen und Diskriminierungen werden in den Lebensgeschichten als ein schmerzlich emotionales biografisches Thema präsentiert. Sie verursachen Leid. Das Leiden der Migrantinnen besteht in den untersuchten Fällen vor allem in der Erfahrung der Entwertung und Herabsetzung des eigenen Menschseins. Das zugeschriebene «Anderssein» wird hierbei mit Minderwertigsein gleichgesetzt. Die abwertende Haltung durch Mehrheitsangehörige wird als eine bedeutsame schmerzhafte Erfahrung beschrieben. Aus dem vorliegenden Interviewmaterial lässt sich konstatieren, dass sich lateinamerikanische Migrantinnen aufgrund ihrer Herkunft, ihrer Hautfarbe und in einigen Fällen auch aufgrund ihres Geschlechts abgelehnt, erniedrigt, ausgeschlossen, verachtet, im

Stich gelassen, blossgestellt fühlen. Der Schmerz von Demütigung und Ungerechtigkeit, der mit Rassismuserfahrungen einhergeht, ist schwer zu ertragen. Die Sehnsucht nach Annahme, Anerkennung, Wertschätzung und Gerechtigkeit bleibt oft unerfüllt.

Die emotionalen Reaktionen auf Rassismus sind vielfältig. Aus den Erzählungen geht hervor, dass die Gefühle der migrierten Frauen von Enttäuschung, Wut, Empörung, Fassungslosigkeit, Sich-ausgeliefert-Fühlen, Sprachlosigkeit, Verzweiflung, Ohnmacht, Bitterkeit, Überforderung, Hilflosigkeit, Scham, Schuld, Selbstkritik, Resignation, Rückzug, Angst bis hin zu Traurigkeit und Niedergeschlagenheit reichen. Wenige Frauen erfahren Unterstützung etwa von der Familie, aus dem Freundeskreis oder durch Beratungsstellen. Die eigenen Ehemänner werden im Umgang mit rassistischen Vorfällen eher selten als Beispiele für eine positive Unterstützung dargestellt. Die meisten Migrantinnen sind auf sich selbst gestellt, um die alltäglichen Rassismuserfahrungen zu verarbeiten, was zusätzlich als psychisch destabilisierend erfahren wird.

In den untersuchten Lebensgeschichten konnte fast durchgängig festgestellt werden, dass rassistische Erfahrungen lateinamerikanische Frauen dazu bringen, an sich zu zweifeln. Sie werden unsicher. Das herabwürdigende Verhalten von Mitgliedern der Mehrheitsgesellschaft bedroht ihr Selbstbild, bedingt durch verinnerlichte negative Zuschreibungen. Werden rassistische Beschimpfungen, Beleidigungen und Erniedrigungen im alltäglichen Leben durch wichtige Bezugspersonen wie etwa den Ehemann und/oder die Schwiegereltern, aber auch durch Vorgesetzte und Dozierende ausgeübt, vermindern diese Erfahrungen die Selbstwertschätzung der Biografinnen besonders stark. Das Internalisieren von Gefühlen der Minderwertigkeit sowie die Erfahrung gesellschaftlicher, familiärer und beruflicher Ablehnung aufgrund der natio-ethno-kulturellen Zugehörigkeit zu einer Minderheitsgruppe beeinflussen die psychische Gesundheit negativ. Die durch Rassismus vermittelte Botschaft «du bist nicht gut genug, so wie du bist» führt zu einer negativen Einschätzung ihrer selbst. Sich selbst zu entwerten resultiert demnach aus dem Verinnerlichen abwertender Botschaften aus dem sozialen Umfeld, was schliesslich eine Selbstablehnung zur Folge haben kann.

Besonders schmerzhaft werden rassistische Vorfälle erlebt, wenn die Kinder der Biografinnen anwesend bzw. mitbetroffen sind. Rassismuserfahrungen haben zudem negative Effekte auf zwischenmenschliche Beziehungen und individuelle Lebensentwürfe. Betroffene Migrantinnen ziehen sich sozial zurück, brechen Kontakte zu Familienmitgliedern oder Freundinnen und Freunden ab und vermeiden Situationen, in denen sie Rassismus ausgesetzt sein könnten.

Folgen für die psychische Gesundheit

Auf der Grundlage der rekonstruierten Lebensgeschichten sowie der Analyse aller narrativen biografischen Interviews lässt sich ein starker Zusammenhang zwischen Rassismus und psychischer Gesundheit aufzeigen. Wenn auch die Erfahrung einer psychischen Erkrankung im Kontext von Rassismus und ethnisch motivierter Diskriminierung von vielen Migrantinnen thematisiert wird, lassen sich rassistische und diskriminierende Vorfälle aber dennoch nicht eindeutig als die einzige Ursache für eine Depression identifizieren. Vielmehr ist das Zusammenwirken mehrerer Faktoren für die Erkrankung an einer Depression verantwortlich. Besonders wichtig ist es, wiederholten Rassismus als bedeutsamen krankheitsverursachenden Faktor nicht zu unterschätzen. Rassismus existiert im alltäglichen Leben der befragten Migrantinnen und hat Folgen für die psychische Gesundheit – direkt oder indirekt. Aufgrund der untersuchten Biografien kann resümierend festgehalten werden: Rassismus kränkt. Rassismus verletzt. Rassismus verursacht Leiden. Rassismus macht psychisch krank – letztlich.

Rassismus kränkt.
Rassismus verletzt.
Rassismus verursacht Leiden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Meine Forschung zeigte, dass das Erleben subjektiv wahrgenommenen Rassismus' nicht nur eine schmerzhafte persönliche Erfahrung bedeutet, sondern auch das Leiden an der Gesellschaft dokumentiert. Dazu kommen sexualisierte und exotisierte Fremdzuschreibungen. Rassismus wird nicht nur auf der Gesellschaftsebene, sondern auch auf der Beziehungsebene erlebt. Das Gefühl, als Mensch diskreditiert, abgelehnt und verschmäht zu werden, prägt die Selbstwahrnehmung negativ. Eine relevante Erkenntnis dieser Studie ist also, dass die Auseinandersetzung mit den emotionalen Aspekten von Rassismuserfahrungen aus der Sicht der Betroffenen essenziell ist, um ihre migrationsspezifischen Erfahrungen im Kontext einer Depressionserkrankung zu verstehen. Rassismus – so postuliere ich – darf als Risikofaktor für die psychische Gesundheit nicht ausgeblendet oder unterschätzt werden.

Fazit: Leid anerkennen und würdigen

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass sich die biografische Bedeutung der Depression aus den Erfahrungen und Bedingungen der Migration, aus einem Zusammentreffen von belastenden Lebensereignissen sowie aus dem gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Kontext des Aufnahmelandes konstituiert. Ein wichtiger Aspekt dieser Arbeit ist, dass die befragten Migrantinnen ihre Depressionserfahrungen dokumentierten, um Verständnis und Anerkennung für ihr Leiden zu erhalten. Wir müssen das seelische und soziale Leid von Migrantinnen und Migranten in ihrem vielfältigen Ausmass verstehen, anerkennen und würdigen lernen.

Wir müssen mehr Liebe und Empathie wagen – als Individuum und als Gesellschaft – gegenüber Migrantinnen und Migranten.

Amina Trevisan ist Soziologin, Medizinethnologin und Grossrätin SP Basel-Stadt. Sie ist Gründerin und Geschäftsleiterin von Prosalute, einer Nonprofit-Organisation, die sich für gesundheitliche Chancengleichheit einsetzt. Sie konzipiert und leitet Projekte in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Zudem ist die Gründerin und Geschäftsleiterin von PsyAdora – einer Praxis für Psychotherapie für vulnerable Menschen. Ihre Doktorarbeit Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz *erschien 2020 beim transcript Verlag. Das Buch ist als Open-Access-Publikation PDF kostenlos verfügbar.*

Mail: amina.trevisan@prosalute.ch

BIBLIOGRAFIE

Bundesamt für Gesundheit (2011): Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) in der Schweiz. Schlussbericht 2011. Bern.

Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, 13(3), 283–293

Rosenthal, Gabriele (2011): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung, 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa Verlag
Dausien, Bettina (1996): Biographie und Geschlecht. Zur biographischen Konstruktion sozialer Wirklichkeit in Frauenlebensgeschichten. Bremen: Donat

Dépression et biographie : l'expérience de femmes issues de la migration en Suisse

En Suisse, les troubles psychiques touchent davantage les populations issues de la migration que le reste de la population, et plus particulièrement les femmes. Dans ses travaux de recherche, l'auteure s'est intéressée à la manière dont la dépression s'inscrit dans les parcours biographiques de femmes originaires d'Amérique latine.

Amina Trevisan

La prévalence de la dépression est plus élevée au sein de la population migrante que de la population de référence de nationalité suisse. C'est ce que révèle le deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse, publié en 2011 par l'Office fédéral de la santé publique. Les femmes sont particulièrement touchées, avec des taux supérieurs à ceux observés chez les hommes issus de la migration et chez les femmes suisses. Si de nombreuses études mettent en évidence la moins bonne santé mentale de ce groupe de population, l'expérience vécue de la dépression reste encore peu documentée. Aucune recherche en sciences sociales n'avait jusqu'à présent examiné, du point de vue des premières concernées, la manière dont cette maladie s'articule avec leur trajectoire biographique de femme migrante. Cette lacune est à l'origine de la recherche empirique que j'ai entrepris de mener.

Mes travaux ont principalement porté sur le sens que revêt la dépression pour ces femmes. Ils analysent les déterminants structurels de la souffrance et les expériences subjectives de la maladie au sein d'un groupe de femmes originaires d'Amérique latine. J'ai accordé une attention particulière aux réflexions menées par les participantes elles-mêmes concernant les causes et les circonstances qui ont favorisé l'apparition de la maladie. Dans cette perspective, il était important d'appréhender leur situation personnelle, leur vécu de la maladie et leur parcours thérapeutique à la lumière de leur expérience migratoire.

Comprendre la dépression à partir des trajectoires biographiques

Ma recherche s'est construite autour de la question suivante : comment la dépression s'inscrit-elle dans l'expérience migratoire et, plus largement, dans le parcours de vie de femmes originaires d'Amérique latine ? Autrement dit, dans quels contextes biographiques et sociaux s'ancre leur expérience de la maladie ? Comment interprètent-elles leurs troubles psychiques à la lumière de leur histoire migratoire ? Comment y font-elles face ? Quels moyens thérapeutiques et quelles voies de guérison privilégient-elles ?

Fondée sur une analyse des trajectoires biographiques, cette recherche visait à approfondir les connaissances sur les liens entre migration, dépression et genre au sein d'une population jusqu'ici peu étudiée en Suisse.

Un contexte individuel et social

L'un des principaux constats ressortis de ces travaux est que les expériences de la dépression rapportées par les participantes s'articulent autour de cinq thématiques biographiques : le racisme et la discrimination raciale, l'exclusion professionnelle, la pauvreté et les difficultés financières, le manque de soutien social, ainsi que les inégalités de genre et les rapports de pouvoir au sein des couples binationaux. Ces dimensions se sont révélées déterminantes pour analyser le contexte social dans lequel la dépression a émergé.

Une autre conclusion importante de cette étude est que la dépression chez les femmes migrantes ne peut être appréhendée uniquement à l'échelle individuelle ; elle doit également être replacée dans son contexte social. La migration ne constitue pas en elle-même un facteur déclencheur de la maladie. Celle-ci semble plutôt déterminée par les expériences négatives qui jalonnent cette trajectoire, par les conditions de vie et les difficultés auxquelles ces femmes sont confrontées dans leur pays d'ac-

cueil. Les inégalités de traitement, les injustices répétées et le sentiment de ne pas être pleinement acceptée contribuent notamment à des situations de stress chronique néfastes pour la santé psychique.

L'analyse des données met clairement en évidence le caractère multifactoriel de la dépression dans chaque parcours biographique. Chez la plupart des femmes interrogées, la maladie est apparue dans un contexte marqué par le cumul de difficultés liées à la fois à la migration, à la situation sociale et aux conditions de vie dans le pays d'accueil. Les récits recueillis mettent ainsi en évidence l'enchevêtrement d'éléments professionnels, familiaux, sociaux et politiques qui ont contribué à fragiliser leur santé psychique.

L'impact biographique du racisme

Le racisme et la discrimination raciale constituent l'un des cinq thèmes qui ont émergé des récits des participantes.

Ils constituent une expérience commune à l'ensemble des 17 migrantes interrogées, indépendamment de leurs situations particulières. Toutes décrivent la place importante qu'occupent le racisme et la discrimination raciale dans leur vie ainsi que leurs répercussions sur leur santé mentale. Les comportements rabaissants, les traitements discriminatoires et les formes d'exclusion qu'elles subissent en raison de leur origine ou de la couleur de leur peau représentent des expériences émotionnellement éprouvantes, qui marquent durablement leur parcours de vie et leur quotidien en Suisse.

Les récits recueillis révèlent chez ces femmes d'Amérique latine l'impression très nette de ne pas être acceptées par une large part de la société d'accueil. Lorsqu'elles évoquent leur vie de migrante, elles expriment clairement le sentiment d'être racialisées et rabaissées. Les actes de discrimination raciale qu'elles subissent les marquent durablement et nourrissent souvent le sentiment d'être considérées comme des « personnes de seconde zone » dans leur pays d'accueil. Elles en ressortent profondément blessées. Qu'il émane de la société d'accueil ou de leur entourage, ce rejet fondé sur leur origine les empêche de se sentir l'égale des citoyens suisses. Le racisme apparaît ainsi comme l'une des expériences de dévalorisation les plus douloureuses qu'un être humain puisse vivre.

Les migrantes latino-américaines sont confrontées au racisme ordinaire sous toutes ses formes et dans de nombreux contextes de la vie quotidienne.

L'analyse des entretiens biographiques met en évidence les effets du racisme et de la discrimination sur la santé psychique des migrantes concernées. Le sentiment persistant de ne pas être acceptées, tant dans la sphère professionnelle que dans la vie quotidienne, accentue cette souffrance, qui peut fragiliser leur équilibre psychique et, dans certains cas, conduire à une dépression.

Les migrantes latino-américaines sont confrontées au racisme ordinaire sous toutes ses formes et dans de nombreux contextes de la vie quotidienne. Les participantes relatent des situations vécues sur leur lieu de travail ou de formation, dans la recherche d'emploi ou de logement, dans leurs démarches administratives et leurs interactions avec les institutions publiques, dans les transports publics, les commerces, les cafés, sur les places de jeux, dans la rue ou encore en forêt. Le racisme se manifeste aussi dans leur entourage plus proche, notamment au sein de la belle-famille, dans le cercle social et amical de leur conjoint suisse, quand ce n'est pas au sein même de la relation conjugale. Assignées au statut d'« étrangères », ces femmes font l'expérience répétée de mécanismes d'exclusion et d'altérisation dans de multiples sphères de leur vie. Le racisme apparaît dès lors comme une forme de violence psychologique qui relève aussi bien d'actes individuels que de mécanismes structurels.

L'analyse des données montre que ce ne sont pas tant des épisodes isolés que le caractère récurrent et cumulatif de la discrimination qui affecte la santé mentale des migrantes interrogées. Leurs parcours sont jalonnés d'atteintes variées, allant de manifestations verbales et non verbales à des actes plus violents. Qu'elles soient subtiles ou manifestes, ces situations s'inscrivent dans leurs trames de vie et sont décrites comme une source importante de souffrance. Dans les cas étudiés, la souffrance résulte avant tout des processus de dévalorisation et d'infériorisation auxquels ces femmes sont confrontées. L'altérité qui leur est assignée les renvoie à une position d'infériorité sociale. Les entretiens montrent que les migrantes latino-américaines se sentent rejetées, humiliées, exclues, méprisées, abandonnées ou ridiculisées en raison de leurs origines, de la couleur de leur peau et, dans certains cas, de leur sexe. Ces expériences vont à l'encontre de leur besoin d'acceptation, de reconnaissance, d'estime et de justice et engendrent une souffrance difficile à supporter.

Les femmes interrogées réagissent de diverses manières au racisme enduré. Leurs témoignages font état d'un large éventail de sentiments, parmi lesquels la déception, la colère, l'indignation, la stupéfaction, la vulnérabilité, le désespoir, l'impuissance, l'amertume, le désarroi, la honte, la culpabilité, l'autocritique, la résignation, le repli sur soi, la peur, la tristesse ou encore l'abattement. Peu de femmes évoquent un soutien de la part de leur famille, de leurs amis, de structures de conseil, ou même de leur conjoint. La plupart doivent surmonter seules ces situations au quotidien, ce qui les fragilise davantage sur le plan psychologique.

L'analyse des récits montre très largement que, face au racisme, les femmes latino-américaines en viennent à douter d'elles-mêmes. Les attitudes méprisantes de membres de la société majoritaire leur renvoient une image négative qu'elles finissent par intérioriser, ce qui ébranle leur estime de soi. Cet effet est particulièrement marqué lorsque les injures, offenses ou autres formes de dénigrement émanent de personnes significatives comme leur conjoint, leurs beaux-parents, leur responsable hiérarchique, leurs enseignants ou formateurs. Le sentiment d'infériorité qui en résulte, conjugué aux expériences de rejet vécues dans les différentes sphères de leur vie en raison de leur appartenance à une minorité nationale, ethnique et culturelle, affecte leur santé mentale. Le message implicite véhiculé par le racisme – « Tu n'es pas assez bien telle que tu es » – nourrit une perception dépréciée de soi et peut conduire à une forme de rejet de soi.

La discrimination raciale apparaît comme étant particulièrement douloureuse lorsque les enfants des participantes en sont témoins ou eux-mêmes victimes. Par ailleurs, elle affecte bien plus que la santé mentale : son impact s'étend également à la vie sociale, affective et aux projets de vie. Les migrantes interrogées tendent à se replier sur elles-mêmes et à rompre les liens avec des membres de leur famille ou de leur cercle amical. Elles évitent également les situations dans lesquelles elles risquent d'y être confrontées à nouveau.

Conséquences sur la santé mentale

La reconstitution des parcours de vie fait ressortir le rôle structurant du racisme dans les processus de fragilisation de la santé mentale. Si plusieurs migrantes établissent elles-mêmes un lien entre l'apparition de leurs troubles psychiques et les discriminations subies, l'analyse des récits indique que la dépression résulte plutôt d'une combinaison de facteurs dans laquelle le rôle du racisme vécu de manière répétée ne doit pas être sous-estimé. Parce qu'il s'immisce dans les interactions ordinaires, il érode – directement ou indirectement – les ressources psychiques. Les biographies analysées montrent à quel point le racisme laisse des blessures qui se réactivent et se creusent, jusqu'à rendre malade.

En résumé, cette recherche montre que le racisme ne constitue pas seulement une expérience personnelle éprouvante, mais témoigne également d'un rapport douloureux à la société d'accueil. À cela s'ajoutent des processus de sexualisation et d'exotisation visant les migrantes latino-américaines. Éprouvé aussi bien dans la sphère privée que dans l'espace public, le sentiment d'être discrédité, rejeté ou méprisé en tant qu'être humain modifie la perception de soi. L'un des principaux enseignements de cette étude est que la détresse psychique ne peut être comprise sans prendre en considération la manière dont ces femmes vivent et ressentent les expériences de racisme qui jalonnent leurs parcours migratoires. Le racisme apparaît ainsi non comme un élément périphérique, mais comme un facteur de risque majeur pour la santé mentale.

Le racisme laisse des blessures qui se réactivent et se creusent, jusqu'à rendre malade.

Conclusion : reconnaître et prendre en compte la souffrance

Les résultats de cette recherche montrent que le sens que revêt la dépression dans le parcours de vie des femmes migrantes se construit à partir de leurs expériences liées à la migration, de l'accumulation d'épreuves individuelles et du contexte social, politique et juridique du pays d'accueil. L'un des principaux apports de ce travail réside dans la possibilité donnée aux migrantes de documenter leur expérience de la dépression afin de rendre leur souffrance plus visible et plus intelligible. Les résultats soulignent la nécessité de mieux comprendre, reconnaître et prendre en compte la souffrance psychique et sociale des personnes migrantes dans toute son ampleur. Ils invitent à développer davantage d'empathie, de solidarité et d'amour à leur égard, tant au niveau individuel que collectif.

Amina Trevisan est sociologue, anthropologue de la santé et députée socialiste au Grand Conseil du Canton de Bâle-Ville. Elle est fondatrice et directrice de Prosalute, une organisation à but non lucratif engagée en faveur de l'égalité des chances en matière de santé. Elle conçoit et dirige des projets dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé. Elle a également fondé PsyAdora, un cabinet de psychothérapie destiné aux personnes en situation de vulnérabilité. Sa thèse de doctorat, intitulée Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz *(Dépression et biographie. Expériences de la maladie chez les femmes migrantes en Suisse), a été publiée en 2020 chez transcript Verlag. L'ouvrage est disponible gratuitement au format PDF.*

amina.trevisan@prosalute.ch

BIBLIOGRAPHIE PAGE 103



Depressione e biografia: esperienze di donne migranti in Svizzera

Rispetto alle persone di origine svizzera, le persone migranti soffrono più spesso di malattie psichiche, con una prevalenza maggiore tra le donne. L'autrice ha esaminato e messo in luce la valenza biografica della depressione per un gruppo di donne originarie dell'America latina nel contesto della migrazione.

Amina Trevisan

La prevalenza della depressione è più elevata nella popolazione migrante rispetto al gruppo di riferimento svizzero. È quanto emerge dal secondo monitoraggio della salute della popolazione migrante (GMM II) in Svizzera, pubblicato nel 2011 dall'Ufficio federale della sanità pubblica. Le donne migranti sono interessate più spesso dalla depressione rispetto agli uomini migranti e alle donne svizzere. Sebbene diversi studi mettano in luce condizioni di salute mentale più precarie in questo gruppo della popolazione, finora non erano disponibili ricerche nel campo delle scienze sociali che analizzassero, dal punto di vista delle dirette interessate, la depressione nel contesto dell'esperienza migratoria e della biografia. La mia ricerca empirica intende colmare questa lacuna.

Ho esaminato la valenza biografica della depressione nel contesto del vissuto migratorio, le cause strutturali della sofferenza e le esperienze soggettive di malattia nella vita di un gruppo di donne originarie dell'America latina. Mi interessavano, in particolare, le loro riflessioni personali sulle cause e le circostanze che hanno favorito l'insorgenza della depressione. Era quindi importante analizzare la loro situazione di vita, le esperienze legate alla malattia, nonché i percorsi terapeutici nel contesto della migrazione.

Studio di carattere biografico

La domanda centrale della ricerca era la seguente: qual è la valenza della depressione nel contesto della migrazione e, più in generale, nella biografia di un gruppo di donne originarie dell'America latina? In altre parole, in quale contesto biografico e sociale va collocata l'esperienza individuale della malattia? Che cosa significa per queste donne soffrire di disturbi psichici nel contesto dell'esperienza migratoria? Come affrontano la depressione e quali percorsi terapeutici prediligono?

L'obiettivo principale di questo studio di carattere biografico era acquisire conoscenze nuove e approfondite sui legami tra migrazione, depressione e genere in un gruppo della popolazione fino ad oggi poco analizzato in Svizzera.

Contesto individuale e sociale

Uno dei risultati principali di questo lavoro è che le esperienze di depressione riportate dalle partecipanti ruotano intorno a cinque ambiti tematici di natura biografica: razzismo e discriminazione razziale; esclusione professionale; povertà e preoccupazioni finanziarie; mancanza di sostegno sociale; disuguaglianza di genere e rapporti di potere all'interno dei matrimoni binazionali. Queste dimensioni si sono rivelate determinanti per l'analisi del contesto sociale in cui si manifesta la depressione.

Un'altra importante conclusione è che la depressione, nelle donne migranti, va inquadrata non soltanto in un contesto individuale, ma anche in un contesto sociale. Non è la migrazione di per sé a causare la depressione: a determinare l'insorgenza della malattia sono piuttosto le esperienze negative legate alla migrazione, le condizioni sociali e le situazioni di vita difficili nel Paese di accoglienza che queste donne devono affrontare. Inoltre, le disparità di trattamento, le continue esperienze di ingiustizia e la sensazione di non essere accettate contribuiscono in modo determinante a far sì che le donne migranti si trovino in situazioni di stress cronico.

L'analisi dei dati ha evidenziato molto chiaramente che la depressione si sviluppa come un fenomeno biografico multifattoriale, alla cui insorgenza contribuiscono molteplici condizioni ed elementi scatenanti. Dai dati del presente studio

è emerso che, nella maggior parte delle donne, la depressione si è manifestata in concomitanza di diversi fattori legati alla società, alla migrazione e alla classe sociale. È altresì emerso chiaramente che la complessità della malattia durante la migrazione risente delle dinamiche sociali, professionali, politiche e familiari.

Valenza biografica del razzismo

Di seguito viene presentato uno dei cinque ambiti tematici in cui le partecipanti hanno inquadrato la propria esperienza di depressione: il razzismo e la discriminazione razziale.

Il razzismo è un'esperienza biografica menzionata dall'insieme delle 17 donne migranti intervistate. Un elemento comune a tutte è che le esperienze di razzismo e di discriminazione razziale giocano un ruolo centrale nella loro vita e per la loro salute mentale. La svalutazione, la discriminazione e l'esclusione dovute alla loro origine e al colore della pelle sono esperienze biografiche emotivamente difficili che le accompagnano regolarmente nella vita quotidiana in Svizzera.

Dai racconti biografici emerge che queste donne latinoamericane avvertono palesemente di non essere accettate da un'ampia parte della società di accoglienza. Nelle loro narrazioni relative all'esperienza migratoria, esprimono con chiarezza i sentimenti che provano in quanto persone esposte alla discriminazione razziale. Le esperienze di razzismo che caratterizzano le loro biografie sono percepite come significative e spesso correlate alla sensazione di essere considerate, nel Paese di accoglienza, «persone di seconda classe». Questa sensazione le ferisce profondamente e l'esperienza del rifiuto legato alle proprie origini da parte della società di accoglienza e del contesto sociale ostacola lo sviluppo di un senso di parità rispetto alle donne e agli uomini svizzeri. Il razzismo, dal mio punto di vista, è una delle forme più dolorose di denigrazione dell'essere umano.

L'analisi delle interviste biografiche evidenzia la sofferenza psicologica delle donne migranti esposte a razzismo e discriminazione. La sensazione persistente di non essere accettate nella vita quotidiana e professionale aggrava questa sofferenza, che può portare a un peggioramento dello stato psichico e, in alcuni casi, alla depressione.

Le donne migranti latinoamericane sono esposte al razzismo quotidiano in tutte le sue diverse forme e in tutti gli ambiti della vita.

Le donne migranti latinoamericane sono esposte al razzismo quotidiano in tutte le sue diverse forme e in tutti gli ambiti della vita. Le partecipanti raccontano esperienze personali di razzismo sia nella sfera pubblica che in quella privata, ad esempio sul posto di lavoro o nella formazione, nei contatti con autorità e istituzioni pubbliche, sui mezzi pubblici, al parco giochi o nel bosco, mentre fanno la spesa, nei caffè, per strada, nella ricerca di un lavoro o di un alloggio, oppure nella famiglia acquisita, nella cerchia di conoscenti e amici del marito svizzero e anche da parte dello stesso marito. A causa dello statuto, attribuito loro, di «straniere», queste donne vivono ripetutamente esperienze di emarginazione e alterizzazione in numerosi ambiti della loro vita. Nelle interviste, raccontano che la loro esistenza è segnata sia dal razzismo individuale che da quello istituzionale. Il razzismo può quindi essere interpretato come una forma di violenza psicologica sia a livello individuale che strutturale.

Dall'analisi dei dati emerge che non è un singolo episodio, bensì sono il ripetersi, il persistere e il susseguirsi di episodi di razzismo ad avere ripercussioni sulla salute mentale delle donne migranti intervistate. Le loro biografie sono caratterizzate da esperienze di razzismo di vario tipo, da quelle verbali e non verbali fino a quelle violente. Che siano sottili o palesi, queste fanno parte della loro vita e sono descritte come una fonte di sofferenza. Nei casi esaminati, la sofferenza deriva soprattutto dall'esperienza di svalutazione e denigrazione della propria umanità. In questo contesto, l'alterizzazione le relega in una posizione di inferiorità sociale. L'atteggiamento sprezzante da parte dei membri della società maggioritaria viene descritto come un vissuto fortemente doloroso. Dalle interviste emerge che le donne migranti latinoamericane si sentono rifiutate, umiliate, escluse, disprezzate, abbandonate a loro stesse o messe in ridicolo a causa della loro origine, del colore della loro pelle e, in alcuni casi, anche del loro genere. Il dolore causato dall'umiliazione e dall'ingiustizia, che accompagna le esperienze di razzismo, è difficile da sopportare e lascia spesso inappagato il bisogno di accettazione, riconoscimento, apprezzamento e giustizia.

Le reazioni al razzismo sono molteplici. Dai racconti emerge che le donne migranti provano un ampio spettro di emozioni: delusione, rabbia, indignazione, smarrimento, vulnerabilità, costernazione, disperazione, impotenza, amarezza, sopraffazione, vergogna, senso di colpa, rassegnazione, isolamento, paura, tristezza o sconforto. Sono poche le donne che ricevono sostegno dalla famiglia, dalla cerchia di amici o dai centri di consulenza. I loro mariti vengono raramente citati come esempi positivi di sostegno quando si tratta di affrontare episodi di discriminazione razziale. La maggior parte di esse è costretta ad affrontare da sola le esperienze quotidiane di razzismo, il che le rende ancora più vulnerabili dal punto di vista psicologico.

Nelle storie di vita analizzate è emerso quasi sempre che le esperienze di discriminazione razziale inducono le donne latinoamericane a dubitare di sé stesse. Gli atteggiamenti sprezzanti dei membri della società maggioritaria trasmettono loro un'immagine negativa che finiscono per interiorizzare, il che mina la loro

autostima. Questo effetto è particolarmente pronunciato quando gli insulti, le offese o altre forme di denigrazione di stampo razzista provengono da figure di riferimento come coniugi, suoceri, superiori gerarchici o docenti. L'interiorizzazione del senso di inferiorità, così come l'esperienza di rifiuto sociale, familiare e professionale dovuta all'appartenenza a una minoranza nazionale, etnica e culturale, influiscono negativamente sulla salute mentale. Il messaggio veicolato dal razzismo, «non vai bene così come sei», alimenta una valutazione negativa di sé, il che può portare, in ultima analisi, al rifiuto di sé.

Il razzismo ferisce, fa soffrire e può compromettere la salute mentale.

Gli episodi di razzismo risultano particolarmente dolorosi quando i figli delle partecipanti sono presenti o sono coinvolti. Le esperienze di razzismo hanno effetti negativi anche sulle relazioni interpersonali e sui progetti di vita individuali. Le donne migranti intervistate si isolano socialmente, interrompono i contatti con i familiari o gli amici ed evitano situazioni in cui potrebbero essere esposte al razzismo.

Ripercussioni sulla salute mentale

Sulla base delle storie di vita e dell'analisi delle interviste biografiche, è possibile individuare una forte correlazione tra razzismo e deterioramento della salute mentale. Sebbene molte donne migranti stabiliscano autonomamente un nesso tra l'insorgere dei propri disturbi psichici e l'esposizione alla discriminazione razziale, l'analisi delle testimonianze indica che la depressione deriva piuttosto da una combinazione di fattori, in cui il ruolo del razzismo ricorrente non va sottovalutato. Essendo presente nella quotidianità, ha ripercussioni sulla salute mentale delle donne intervistate, sia direttamente che indirettamente. In breve, dalle biografie esaminate, è emerso che il razzismo ferisce, fa soffrire e può compromettere la salute mentale.

In sintesi, questa ricerca dimostra che il razzismo non rappresenta soltanto un'esperienza personale traumatica, ma è anche espressione di un rapporto difficile con la società di accoglienza. A ciò si aggiungono attribuzioni esterne di natura sessuale ed esotizzante. Il razzismo non si manifesta unicamente a livello sociale, ma anche a livello relazionale. La sensazione di essere screditate, rifiutate e disprezzate come persone influisce negativamente sulla percezione di sé. Uno degli insegnamenti importanti di questo studio è la necessità di affrontare gli aspetti emotivi delle esperienze di razzismo legate alla migrazione per comprendere il contesto in cui queste donne sviluppano una malattia depressiva. Il razzismo – dal mio punto di vista – non deve essere ignorato né sottovalutato come fattore di rischio per la salute mentale.

Conclusione: riconoscere e avvalorare la sofferenza

I risultati di questo studio mostrano che la valenza biografica della depressione deriva dalle esperienze legate alla migrazione, da una concomitanza di eventi stressanti, nonché dal contesto sociale, politico e giuridico del Paese di accoglienza. Un elemento centrale di questo lavoro consiste nell'aver offerto alle donne migranti intervistate l'opportunità di documentare le loro esperienze di depressione al fine di rendere la sofferenza più visibile e comprensibile. Occorre imparare a comprendere, riconoscere e avvalorare la sofferenza psicosociale delle persone migranti in tutta la sua complessità. Occorre inoltre avere il coraggio di mostrare maggiore empatia e solidarietà nei confronti delle persone migranti, sia come individui che come società.

Amina Trevisan è sociologa, etnologa della medicina e deputata socialista del Gran Consiglio di Basilea Città. È fondatrice e direttrice di Prosalute, un'organizzazione senza scopo di lucro che si impegna a favore dell'equità nella salute. Si occupa di ideare e coordinare progetti nei settori della prevenzione e della promozione della salute. Inoltre, è fondatrice e direttrice di PsyAdora, uno studio di psicoterapia dedicato alle persone vulnerabili. La sua tesi di dottorato intitolata Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz *(Depressione e biografia. Esperienze di malattia delle donne migranti in Svizzera) è stata pubblicata nel 2020 dalla casa editrice transcript. Il libro è disponibile gratuitamente in formato PDF.*

amina.trevisan@prosalute.ch

BIBLIOGRAFIA A PAGINA 103

Femmes noires, miroir blanc : un enjeu de santé publique

Héritière d'un passé colonial, l'esthétique de la femme noire subit un basculement de ses critères originels vers des normes eurocentrées. Du blanchiment au défrisage, s'adapter aux standards dominants force les femmes noires à un compromis dangereux entre santé et intégration. Cet article explore les voies d'une réappropriation politique de soi en Suisse.

Angelique Mukendi

Le miroir est rarement un objet neutre, particulièrement pour les femmes noires en Suisse. Derrière l'apparente banalité d'un geste de coiffage ou d'un soin de la peau se cache une réalité sociopolitique complexe, que nous pouvons qualifier de « charge mentale esthétique ». Cette charge renvoie à la pression constante à la conformité avec les normes de beauté blanche. Elle n'est pas le fruit du hasard, mais l'héritage direct d'un système colonial qui a érigé les phénotypes blancs en sommet de la « civilisation » et de la respectabilité. Pendant des siècles, l'esthétique noire, qui englobe la texture des cheveux, les carnations et les attributs physiques propres aux personnes noires, a été systématiquement dénigrée, créant un traumatisme transgénérationnel à cause duquel avoir la peau claire et les cheveux lisses est devenu un raccourci vers le pouvoir et l'acceptation sociale.

Le miroir est rarement un objet neutre, particulièrement pour les femmes noires.

Pourtant, cette problématique n'appartient pas qu'aux livres d'histoire ou à des contextes lointains. En Europe, et également en Suisse, l'héritage colonial des normes de beauté blanches se traduit aujourd'hui par des injonctions esthétiques. Cette pression constante à se conformer aux critères eurocentrés pousse à l'utilisation de produits chimiques dangereux, transformant un enjeu d'identité en un véritable problème de santé publique helvétique.

Alors que la Suisse cultive une image de neutralité et d'inclusivité, la réalité du marché de la beauté noire combinant vente libre de produits toxiques et réseaux clandestins révèle une faille majeure. Cet article montre que l'imposition des normes esthétiques blanches constitue un véritable problème de santé publique en Suisse, entraînant des risques physiques et psychologiques graves pour les femmes noires. S'appuyant sur les conclusions d'un ouvrage qui synthétise plusieurs enquêtes récentes sur le sujet, cet essai explore comment la réappropriation des traits naturels devient pour les femmes afro-suisses un acte de résistance indispensable et interpelle directement nos institutions politiques et sanitaires.

Dépigmentation et défrisage : payer l'artifice de la blanchité

En Suisse, le rapport à leur apparence que cultivent les femmes noires ne se joue pas seulement devant le miroir ; il se négocie à l'intersection de la vie sociale, des politiques de santé publique et d'un héritage colonial qui s'est sédimenté dans les structures sociales helvétiques. Loin d'être un simple choix cosmétique, la modification des traits originels (peau et cheveux) constitue une stratégie de survie sociale au sein d'une société où la « neutralité » esthétique reste calquée sur des standards blancs (Fiankan-Bokoga, 2010).

Le colorisme, cette hiérarchisation valorisant les traits et carnations les plus proches de la blanchité, est une réalité tangible sur le territoire suisse. Les chiffres issus d'une enquête en ligne menée par l'auteure auprès des femmes noires à Genève en 2018 révèlent l'ampleur du phénomène : selon les données collectées, 77,8 % des personnes interrogées connaissent quelqu'un qui pratique l'éclaircissement cutané (Mukendi, 2024, p. 93). Plus frappant encore, une étude de cohorte indique que 58,3 % des répondantes pratiquent elles-mêmes la dépigmentation (Mukendi, 2024, p. 105).

Pour de nombreuses femmes, la peau claire a longtemps rimé avec « beauté » et « propreté » (Mukendi, 2024, p. 97). À Genève, ce sujet sort de la sphère privée pour devenir un enjeu institutionnel. Comme le souligne l'Hospice général de Genève, le blanchiment n'est pas une simple mode, mais un phénomène addic-

tif lié à une pression à l'uniformisation (Fiankan-Bokoga, 2010).

Pour comprendre la profondeur historique d'une telle pression, il faut remonter le temps. Dès les années 1900, la publicité s'emparait déjà de codes de représentation racialisés : une réclame de la Savonnerie nationale de Genève affichait alors un homme noir montrant fièrement ses mains blanchies après les avoir plongées dans un bain de lessive, illustrant précocement ce fantasme de « nettoyage » par le blanchiment (Bilé, 2010, p. 19). Plus récemment, ce lien est resté personnifié par des acteurs comme Beldam, une marque de cosmétique fabriquée en Suisse dont les produits éclaircissants pour le corps et le visage ont été commercialisés en vente libre jusqu'à peu à la Coop, banalisant ainsi l'accès à des substances destinées à modifier la carnation de la peau (Fiankan-Bokoga, 2001).

Si la peau constitue un premier marqueur identitaire, le cheveu, lui, s'érige en véritable champ de bataille politique.

À la suite de l'interdiction des substances toxiques – notamment l'hydroquinone – dans les produits cosmétiques au sein de l'Union européenne dès 2000 (directive 78/768/CEE, remplacée ensuite par le règlement (CE) n° 1223/2009), puis de l'intégration de cette réglementation dans le droit suisse par l'adoption de l'ordonnance sur les cosmétiques en 2006, le marché s'est reporté vers les plateformes numériques et les circuits clandestins. On retrouve des produits comme le « Soft'N White Swiss » – une lotion éclaircissante – sur Amazon ou via des réseaux informels. D'autres pratiques émergent par ailleurs à Genève, comme des injections clandestines de glutathion, promettant un éclaircissement rapide au prix de risques sanitaires majeurs. Face à ce fléau, des initiatives locales comme Melanin Foundation (https://melanin-foundation.org), fondée par Catherine Tetteh à Genève, mènent un combat essentiel pour la prévention et la reconnaissance de la dépigmentation comme un enjeu de santé publique en Suisse.

Si la peau constitue un premier marqueur identitaire, le cheveu, lui, s'érige en véritable champ de bataille politique. Contrairement à la France, où l'Assemblée nationale a récemment adopté un texte de loi historique contre la discrimination capillaire (AFP/Juma, 2024), la Suisse ne dispose d'aucun cadre légal spécifique pour protéger les cheveux texturés. Pourtant, la pression à la conformité reste vive : les esthétiques capillaires qui assument le cheveu crépu, tel que la coupe afro, sont encore trop souvent perçues comme « non professionnelles », « négligées » ou « exotiques » dans le monde du travail (Michelot, 2016).

Le défrisage reste ainsi un standard social profondément ancré : 97 % des personnes interrogées dans l'enquête susmentionnée connaissent des individus qui y ont toujours recours (Mukendi, 2024, p. 103). Malgré la dangerosité reconnue des produits lissants, ces derniers restent omniprésents et en vente libre dans les magasins dits « ethniques » en Suisse. Si la volonté de s'intégrer sans heurts dans les entreprises suisses pousse de nombreuses femmes noires à s'acquitter de cette « taxe de conformité » capillaire, l'accessibilité permanente de ces produits en facilite grandement le recours, tout en maintenant un risque sanitaire majeur. Un retour vers le naturel semble toutefois se dessiner, puisque plus de 80 % des répondantes déclarent ne plus se défriser les cheveux (Mukendi, 2024, p. 102).

Cette lutte pour la réappropriation de soi reste d'une brûlante actualité, comme l'illustre la polémique autour de Coco Gauff : lors de sa campagne pour Miu Miu, l'athlète a été vivement critiquée pour ses cheveux au naturel, jugés « non soignés ». En refusant de s'excuser pour son apparence, Coco Gauff a souligné que même pour une icône mondiale, le cheveu crépu demeure un terrain de résistance face aux standards coloniaux. Ces injonctions continuent d'imposer une charge mentale et sociale invisible pour les personnes non noires, niant l'authenticité noire au profit d'une conformité esthétique arbitraire (Terouinard, 2026).

La toxicité de la quête du blanchiment

L'usage persistant de produits de dépigmentation et de défrisage ne peut être réduit à une simple préférence esthétique ; il est indissociable du racisme systémique et constitue un enjeu de santé publique majeur. Décryptée par Serge Bilé comme un rejet de soi hérité d'un traumatisme historique, cette aliénation esthétique pousse les femmes afrodescendantes à se conformer à une image blanche dominante, s'exposant ainsi à une toxicité chimique aux conséquences biologiques dévastatrices (Bilé, 2010, p. 38).

La quête du teint clair et du cheveu lisse repose sur l'utilisation de composants dont la dangerosité est documentée de longue date par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans les crèmes éclaircissantes, la présence de mercure, d'hydroquinone et de corticoïdes puissants vise à inhiber la production de mélanine au prix d'une destruction de la barrière cutanée (OMS, 2019). En Suisse, ces substances, bien que réglementées, circulent via des canaux informels, perpétuant un cycle d'addiction dermatologique où l'utilisatrice tente de soigner les brûlures causées par le produit avec le produit lui-même.

Cette pratique n'est pas un choix libre, mais le résultat d'une aliénation systémique, une forme de « double peine » où le coût psychologique de l'invisibilisation sociale liée au racisme se double d'un coût physique irréversible.

Le défrisage chimique, souvent initié dès l'enfance, constitue une porte d'entrée massive pour les perturbateurs endocri-

niens. Ces substances interfèrent avec le système hormonal, augmentant de manière alarmante le risque de pathologies gynécologiques. Les données récentes montrent une corrélation directe entre l'usage prolongé de défrisants et le développement précoce de fibromes utérins ainsi que de cancers de l'utérus et des ovaires (Bailey, 2025).

L'impact sanitaire du défrisage est très conséquent : les femmes noires sont plus susceptibles de développer des fibromes à un âge plus jeune et avec des symptômes plus sévères que les femmes d'autres groupes ethniques. Ce constat souligne l'urgence de reconnaître ces pratiques non comme des rituels de beauté anodins, mais comme des vecteurs de maladies chroniques alimentés par des pressions raciales (Bailey, 2025).

Depuis quelques années, l'engagement pour la santé des femmes noires se joue sur le terrain judiciaire, avec des répercussions mondiales. Aux États-Unis, des milliers de plaintes ont été déposées contre des géants de la cosmétique, notamment L'Oréal, concernant leurs gammes de défrisants comme *Dark & Lovely* ou *SoftSheen-Carson* (V. Miller, *L'Oreal Dark & Lovely Lawsuit*, 2025). Ces litiges mettent en lumière une négligence corporative systémique : les plaignantes affirment que ces entreprises savaient, ou auraient dû savoir, que leurs produits contenaient des produits chimiques dangereux (phtalates, parabènes) liés au cancer, sans jamais en avoir averti les consommatrices. Ces procès symbolisent une rupture historique : pour la première fois, la responsabilité des industries cosmétiques dans la dégradation de la santé des populations noires est portée devant les tribunaux.

La toxicité de ces composants n'est que la manifestation biologique d'un racisme esthétique qui continue de nier le droit des femmes noires à la santé et à l'intégrité physique. Par conséquent, il est impératif que les institutions helvétiques et internationales cessent de traiter ces questions comme marginales pour les intégrer au cœur des politiques de lutte contre le racisme et de prévention sanitaire (V. Miller, *Softsheen Carson Hair Relaxer Lawsuits*, 2025).

Espaces de résistance et réappropriation en Suisse

Le mouvement *Nappy* (contraction de *Natural* et *Happy)*, qui prône le retour aux cheveux naturels et la réappropriation identitaire, a trouvé un écho particulier en Suisse, porté par une volonté de rompre avec la dépendance chimique. Comme dit plus haut, l'enquête menée en 2018 montre une tendance au retour vers le naturel (Mukendi, 2024, p. 102). Ce basculement témoigne d'une prise de conscience des dangers sanitaires, mais surtout d'un désir de réhabiliter le cheveu texturé dans l'espace public. Ce retour au naturel n'est cependant pas exempt de défis : il implique un réapprentissage total des soins capillaires, longtemps invisibilisés par les pratiques de lissage forcé.

Face aux injonctions de l'esthétique eurocentrée, une dynamique de résistance s'est solidement ancrée sur le territoire helvétique. Depuis la fin des années 2010, le paysage urbain suisse, particulièrement à Genève et Lausanne, voit fleurir de nouveaux espaces d'accompagnement afro. Les salons de coiffure spécialisés ne sont plus de simples commerces, mais de véritables « safe spaces » où la texture naturelle est valorisée et traitée avec expertise. Ils répondent à une lacune historique de la formation en coiffure en Suisse, qui a longtemps ignoré les spécificités du cheveu texturé. Ces salons s'ancrent dans le mouvement de réappropriation du corps noir, qui, loin d'être un phénomène de mode superficiel, s'affirme comme un acte politique et identitaire visant à décoloniser les standards de beauté au sein de la société suisse (Théraulaz, 2017).

Parallèlement, les réseaux sociaux jouent un rôle de catalyseur. Les tutoriels en ligne permettent aux femmes afrodescendantes de se réapproprier des savoir-faire techniques et de partager des routines de soins adaptées. On peut notamment nommer les créatrices de contenu telles que : @mes_cheveux_afro, @matymahera, @myvriaam ou encore @unezahra sur Instagram. Cette solidarité numérique brise l'isolement et offre une visibilité inédite à des modèles de beauté authentiques.

Conclusion : vers des mesures concrètes

La réappropriation du corps noir exemplifié notamment par le mouvement *Nappy* dépasse la démarche individuelle et purement cosmétique ; c'est un acte politique de résistance contre une aliénation séculaire. Comme nous l'avons expliqué, l'usage de produits toxiques et la modification des textures capillaires sont les symptômes biologiques d'un racisme systémique qui impose une « taxe de conformité » invisible mais dévastatrice aux femmes noires en Suisse.

Face à l'urgence sanitaire révélée par les récentes actions juridiques internationales et les données de l'OMS, il est impératif que le pouvoir exécutif suisse s'appuie sur les travaux de la Commission fédérale contre le racisme, qui reconnaît déjà la discrimination capillaire et le colorisme, pour adopter des mesures concrètes afin de combattre ce racisme structurel. Cette reconnaissance doit s'accompagner de réformes tangibles : un contrôle rigoureux des réseaux de distribution clandestins, une interdiction effective des substances à haut risque (mercure, hydroquinone, perturbateurs endocriniens) et une sensibilisation accrue des professionnels de santé aux pathologies spécifiques liées à ces pratiques, telles que les fibromes utérins et les cancers hormonaux.

Enfin, à l'instar des avancées législatives observées chez nos voisins – en particulier la France –, la Suisse doit garantir un cadre protecteur dans le monde du travail, afin que l'expression esthétique

noire authentique ne soit plus un frein à la réussite professionnelle. Protéger la santé des femmes noires, c'est avant tout déconstruire les standards coloniaux qui continuent de régir nos espaces publics. La santé publique helvétique ne sera véritablement inclusive que lorsqu'elle aura intégré la lutte contre ces discriminations esthétiques au cœur de ses priorités.

Autrice du livre La beauté de la femme noire moderne : les leçons de l'Histoire*, Angélique Mukendi est titulaire d'un bachelor en droit de l'Université de Fribourg avec mention en droit européen. Elle poursuit actuellement un master en droit international et comparé à l'Université de Zurich.*

labeaute.delafemmenoiremoderne@gmail.com

BIBLIOGRAPHIE

AFP/Juma, « L'Assemblée nationale française adopte un texte contre la «discrimination capillaire» », *RTS*, 28 mai 2024, https://www.rts.ch/info/monde/2024/article/l-assemblee-nationale-francaise-adopte-un-texte-contre-la-discrimination-capillaire-28453564.html

Bailey Jared Thomas (et al.), « Use of hair straighteners and chemical relaxers and incidence non-reproductive cancers », *Journal of the National Cancer Institute*, 25 septembre 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12487841/

Bilé Serge, *Blanchissez-moi tous ces nègres*, Pascal Galodé éd., 2010, Toulouse

Fiankan-Bokoga Catherine, « Femmes noires : se blanchir la peau peut donner le cancer », *Tribune de Genève*, 7 février 2001, https://melaninfoundation.org/se-blanchir-la-peau-peut-donner-le-cancer/

Fiankan-Bokoga Catherine, « Genève s'attaque au blanchiment de la peau », *Swissinfo*, 20 mai 2010, https://www.swissinfo.ch/fre/societe/genève-s-attaque-au-blanchiment-de-peau/8907422

OMS, *Du mercure dans les produits éclaircissants pour la peau*, 3 novembre 2019, https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-CED-PHE-EPE-19.13

Michelot Pablo, « La stigmatisation du cheveu crépu », *L'Encre noir*, 8 septembre 2016, https://lencrenoir.com/la-stigmatisation-du-cheveu-crepu/#google_vignette

Mukendi Angélique, *La beauté de la femme noire moderne : les leçons de l'Histoire*, les Éditions du Panthéon, 2024, Paris

Terouinard Zoé, « Coco Gauff défend ses cheveux naturels après la polémique Miu Miu », *Ancré Magazine*, 10 avril 2026, https://ancre-magazine.com/coco-gauff-miumiu-cheveux/

Théraulaz Yseult, « Les tignasses bouclées, frisées et crépues ont désormais leur salon de coiffure », *24heures*, 15 février 2017, https://www.24heures.ch/les-tignasses-bouclees-frisees-et-crepues-ont-desormais-leur-salon-de-coiffure-593468591640

V. Miller Ronald Jr, « L'Oreal Dark & Lovely Lawsuit », *Lawsuit information Center*, 5 février 2025, https://www.lawsuit-information-center.com/ > Barre de recherche > L'Oreal Dark & Lovely Lawsuit
(cité : V. Miller, *L'Oreal Dark & Lovely Lawsuit*, 2025)

V. Miller Ronald Jr, « Softsheen Carson Hair Relaxer Lawsuits », *Lawsuit information Center*, 19 mai 2025, ttps://www.lawsuit-information-center.com/ > Barre de recherche > Softsheen Carson Hair Relaxer Lawsuits
(cité : V. Miller, *Softsheen Carson Hair Relaxer Lawsuits*, 2025)



Schwarze Frau im weissen Spiegel: ein Bild mit Folgen für die öffentliche Gesundheit

Als Folge der kolonialen Vergangenheit hat sich die Ästhetik der Schwarzen Frau von ihren ureigenen Kriterien gelöst und eurozentrischen Normen zugewandt. Ob Bleichen der Haut oder Glätten der Haare: Sich an vorherrschende Normen anzupassen, zwingt Schwarze Frauen zu einem riskanten Spagat zwischen Gesundheit und Integration. Dieser Artikel beleuchtet Wege hin zu einer politischen Wiederaneignung der eigenen Identität.

Angelique Mukendi

Spiegel sind selten neutral, besonders nicht für Schwarze Frauen in der Schweiz. Hinter der scheinbaren Banalität einer Frisur oder einer Gesichtspflege verbirgt sich eine komplexe gesellschaftspolitische Realität, die wir als «Aesthetic Mental Load», als ästhetische mentale Belastung bezeichnen können. Die Last bezieht sich auf den ständigen Zwang, weissen Schönheitsidealen zu entsprechen – was kein Zufall ist, sondern ein direktes Erbe eines Kolonialsystems, das weisse Phänotypen zur Krone der «Zivilisation» und der Achtbarkeit erhoben hat. Während Jahrhunderten wurde die Schwarze Ästhetik, die die Haarstruktur, die Hautfarben und die für Schwarze Menschen typischen körperlichen Merkmale umfasst, systematisch herabgesetzt, was zu einem generationenübergreifenden Trauma geführt hat. Helle Haut und glattes Haar wurden zu Schlüsseln zu Macht und sozialer Akzeptanz.

Doch lässt sich diese Problematik nicht nur in Geschichtsbüchern und weit zurückliegenden Begebenheiten finden. In Europa und auch in der Schweiz zeigt sich das koloniale Erbe der weissen Schönheitsideale heute noch in den ästhetischen Vorgaben. Der ständige Druck, sich an eurozentrierte Kriterien anzupassen, führt zum Einsatz gefährlicher Chemikalien und verwandelt damit eine Identitätsfrage in ein echtes Gesundheitsproblem.

Spiegel sind selten neutral, besonders nicht für Schwarze Frauen in der Schweiz.

Während die Schweiz ein Image der Neutralität und Inklusivität pflegt, tut sich ein Graben auf, blickt man auf den Kosmetikmarkt für Menschen mit dunkler Hautfarbe, der vom freien Verkauf giftiger Produkte zu illegalen Netzwerken viel bietet. Dieser Beitrag zeigt auf, dass die Durchsetzung weisser Schönheitsideale in der Schweiz ein echtes Problem für die öffentliche Gesundheit darstellt und schwerwiegende physische und psychische Risiken für Schwarze Frauen birgt. Auf der Grundlage einer Publikation, die aktuelle Untersuchungen zum Thema zusammenfasst, widmet sich dieser Aufsatz der Frage, inwiefern die Wiederaneignung natürlicher Merkmale für afro-schweizerische Frauen zu einem unabdingbaren Akt des Widerstands wird und unsere politischen Institutionen und Gesundheitseinrichtungen direkt herausfordert.

Bleichen und glätten: vom Preis künstlicher Whiteness

In der Schweiz definiert sich das Verhältnis Schwarzer Frauen zu ihrem Aussehen nicht nur vor dem Spiegel; es wird an der Schnittstelle zwischen gesellschaftlichem Leben, Gesundheitspolitik und einem kolonialen Erbe ausgehandelt, das sich in den sozialen Strukturen des Landes festgesetzt hat. Angeborene Merkmale wie Haut oder Haare zu verändern, ist keineswegs eine rein kosmetische Entscheidung, sondern stellt eine Strategie für das soziale Überleben in einer Gesellschaft dar, in der die ästhetische «Neutralität» sich nach wie vor an weissen Standards orientiert (Fiankan-Bokoga, 2010).

Colorismus – die Hierarchisierung, bei der Menschen mit Merkmalen und Hautfarben, die einer «Weissheit» am nächsten kommen, bevorzugt werden – ist in der Schweiz greifbare Realität. Die Zahlen

aus einer Online-Umfrage, die die Autorin 2018 unter Schwarzen Frauen in Genf durchgeführt hat, verdeutlichen das Ausmass des Phänomens: Den erhobenen Daten zufolge kennen 77,8 Prozent der Befragten jemanden, der Hautaufheller benutzt (Mukendi, 2024, S. 93). Noch auffälliger ist eine Kohortenstudie, die zeigt, dass 58,3 Prozent der Befragten selbst Skinbleaching betreiben (Mukendi, 2024, S. 105).

Für viele Frauen galt ein heller Teint lange als Synonym für «Schönheit» und «Reinheit» (Mukendi, 2024, S. 97). In Genf schaffte es das Thema aus dem privaten Bereich auf die politische Bühne. Wie das Sozialwerk Hospice général de Genève betont, ist das Hautaufhellen keine blosse Modeerscheinung, sondern ein Suchtfaktor, der mit dem Anpassungsdruck zusammenhängt (Fiankan-Bokoga, 2010).

Um die historische Tragweite zu verstehen, müssen wir in der Zeit zurückgehen. Bereits in den 1900er-Jahren bediente sich die Werbung rassistischer Darstellungsmuster: Eine Anzeige der Seifenfabrik «Savonnerie nationale de Genève» warb damals mit einem Schwarzen Mann, der stolz seine aufgehellten Hände präsentierte, nachdem er sie in ein Wasserbad getaucht hatte, und veranschaulichte damit schon früh das Trugbild der «Reinigung» durch Bleichen (Bilé, 2010, S. 19). In jüngerer Zeit wurde dieses Zusammenspiel durch Marken wie Beldam verkörpert, eine in der Schweiz hergestellte Kosmetikmarke, deren aufhellende Produkte für Körper und Gesicht bis vor Kurzem rezeptfrei bei Coop erhältlich waren. So wurde der Zugang zu Substanzen, die den Teint verändern sollen, banalisiert (Fiankan-Bokoga, 2001).

Nach dem Verbot giftiger Stoffe – insbesondere Hydrochinon – in Kosmetikprodukten in der Europäischen Union ab dem Jahr 2000 (Richtlinie 78/768/EWG, die später aufgehoben und mit der Verordnung Nr. 1223/2009 neu verfasst wurde) und der anschliessenden Übernahme der Bestimmung in das Schweizer Recht durch die Verordnung über kosmetische Mittel im Jahr 2006 verlagerte sich der Markt auf Onlineplattformen und auf den Schwarzmarkt. Produkte wie «Soft'N White Swiss» – eine hautaufhellende Lotion – sind bei Amazon und über informelle Kanäle erhältlich. Darüber hinaus werden in Genf weitere Praktiken bekannt, wie heimlich gesetzte Glutathion-Injektionen, die eine schnelle Aufhellung der Haut versprechen, jedoch erhebliche Gesundheitsrisiken bergen. Angesichts dieser Auswüchse leisten lokale Initiativen wie die von Catherine Tetteh in Genf gegründete *Melanin Foundation* (https://melaninfoundation.org) einen wichtigen Beitrag für die Prävention und die Anerkennung der Depigmentierung als gesundheitspolitisches Thema in der Schweiz.

Während die Haut ein erstes Identitätsmerkmal darstellt, wird das Haar zu einem echten politischen Schlachtfeld. Im Gegensatz zu Frankreich, wo die Nationalversammlung kürzlich ein historisches Gesetz gegen Diskriminierung aufgrund der Frisur verabschiedet hat (AFP/Juma, 2024), verfügt die Schweiz über keinerlei spezifischen rechtlichen Rahmen zum Schutz der Textur der Haare. Dennoch ist der Druck zur Konformität nach wie vor gross: Frisuren, die krauses Haar betonen, wie beispielsweise der Afro-Haarschnitt, werden in der Arbeitswelt noch immer allzu oft als «unprofessionell», «ungepflegt» oder «exotisch» wahrgenommen (Michelot, 2016).

Während die Haut ein erstes Identitätsmerkmal darstellt, wird das Haar zu einem echten politischen Schlachtfeld.

Das Glätten der Haare ist ein tief verwurzelter gesellschaftlicher Standard: 97 Prozent der in der oben genannten Umfrage befragten Personen kennen Menschen, die diese Methode noch anwenden (Mukendi, 2024, S. 103). Obwohl bekannt ist, wie gefährlich Haarglättungsprodukte sind, sind sie in der Schweiz nach wie vor allgegenwärtig und in sogenannten Ethnoläden erhältlich. Vom Wunsch getrieben, sich reibungslos in Schweizer Unternehmen zu integrieren, entrichten viele Schwarze Frauen diesen «haarigen Konformitätspreis»; die freie Verfügbarkeit der Produkte erleichtert deren Einsatz erheblich, der weiterhin ein beträchtliches Gesundheitsrisiko birgt. Es scheint sich jedoch eine Rückkehr zur Natürlichkeit abzuzeichnen, da mehr als 80 Prozent der Befragten angeben, ihre Haare nicht mehr zu glätten (Mukendi, 2024, S. 102).

Dieser Kampf um die Wiederaneignung der eigenen Identität ist hochaktuell, wie die Kontroverse um Coco Gauff zeigt: Bei ihrer Werbekampagne für Miu Miu wurde die Sportlerin heftig für ihr natürliches Haar kritisiert, das als «ungepflegt» betitelt wurde. Indem sie sich weigerte, sich für ihr Aussehen zu entschuldigen, machte Coco Gauff deutlich, dass krauses Haar selbst für eine weltweit angesehene Tennisikone noch immer ein Zeichen des Widerstands gegen koloniale Normen ist. Diese Vorgaben stellen weiterhin eine für nicht Schwarze Menschen unsichtbare psychische und soziale Belastung dar und leugnen Schwarze Authentizität zugunsten einer willkürlichen ästhetischen Konformität (Terouinard, 2026).

Toxisches Streben nach Whiteness

Das fortwährende Verwenden von Bleich- und Glättungsmitteln lässt sich nicht auf blosse ästhetische Vorlieben reduzieren; es ist untrennbar mit systemischem Rassismus verbunden und stellt ein bedeutendes Problem für die öffentliche Gesundheit dar. Diese ästhetische Entfremdung, die Serge Bilé als eine aus einem historischen Trauma resultierende Selbstablehnung deutet, veranlasst Frauen afrikanischer Herkunft dazu, sich einem vorherrschenden weissen Ideal anzupassen, wodurch sie sich einer chemischen Toxizität mit verhee-

renden biologischen Folgen aussetzen (Bilé, 2010, S. 38).

Das Streben nach hellem Teint und glattem Haar bedingt den Einsatz von Inhaltsstoffen, deren Gefährlichkeit von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) längst dokumentiert ist. In Hautaufhellungscremes sollen Quecksilber, Hydrochinon und starke Kortikosteroide die Melaninproduktion hemmen, was auf Kosten einer Schädigung der Hautbarriere geht (WHO, 2019). In der Schweiz sind diese Substanzen zwar reguliert, gelangen jedoch über informelle Kanäle in Umlauf und halten so einen Teufelskreis der Abhängigkeit aufrecht, indem die Konsumentin versucht, die durch das Produkt verursachten Verbrennungen mit dem Produkt selbst zu behandeln.

Dieser Praxis liegt keine freie Entscheidung zugrunde, sie ist vielmehr das Ergebnis einer systemischen Entfremdung, einer Form der «doppelten Bestrafung», bei der zur psychologischen Belastung durch die rassistisch bedingte gesellschaftliche Nicht-Sichtbarkeit noch irreversible körperliche Folgen hinzukommen.

Die chemische Haarglättung, die oft schon im Kindesalter beginnt, öffnet endokrinen Disruptoren Tür und Tor. Diese Substanzen greifen in den Hormonhaushalt ein und erhöhen das Risiko für gynäkologische Erkrankungen in alarmierender Weise. Aktuelle Daten zeigen einen direkten Zusammenhang zwischen der langfristigen Anwendung von Haarglättungsmitteln und der frühzeitigen Entstehung von Gebärmuttermyomen sowie von Gebärmutter- und Eierstockkrebs (Bailey, 2025).

Die gesundheitlichen Auswirkungen des Haarglättens sind erheblich: Schwarze Frauen erkranken in jüngerem Alter häufiger an Myomen und weisen dabei schwerwiegendere Symptome auf als Frauen anderer ethnischer Gruppen. Diese Tatsache zeigt, wie dringend es ist, diese Praktiken nicht als harmlose Schönheitsrituale abzutun, sondern anzuerkennen, dass sie chronische Krankheiten auslösen können, die durch rassistischen Druck begünstigt werden (Bailey, 2025).

Seit einigen Jahren wird das Engagement für die Gesundheit Schwarzer Frauen auch auf juristischer Ebene ausgefochten – mit weltweiten Folgen. In den Vereinigten Staaten wurden Tausende von Klagen gegen Kosmetikriesen, darunter L'Oréal, wegen ihrer Haarglättungsprodukte-Serien wie *«Dark & Lovely»* oder *«SoftSheen-Carson»* eingereicht (V. Miller, *L'Oreal Dark & Lovely Lawsuit*, 2025). Diese Rechtsstreitigkeiten deuten auf eine systemische Nachlässigkeit der Unternehmen hin: Die Klägerinnen machen geltend, dass die Unternehmen gewusst hätten oder hätten wissen müssen, dass ihre Produkte krebserregende Chemikalien wie Phthalate und Parabene enthielten, ohne die Konsumentinnen je darauf hinzuweisen. Diese Entwicklungen stehen symbolisch für einen historischen Wandel: Zum ersten Mal wird die Verantwortung der Kosmetikindustrie für die Verschlechterung des Gesundheitszustands der Schwarzen Bevölkerung vor Gericht offengelegt.

Die Toxizität solcher Inhaltsstoffe ist nichts anderes als die biologische Ausprägung eines ästhetischen Rassismus, der Schwarzen Frauen weiterhin das Recht auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit in Abrede stellt. Daher ist es unerlässlich, dass sich die schweizerischen und internationalen Institutionen ihrer annehmen und sie in den Mittelpunkt ihrer Politik zur Bekämpfung von Rassismus und zur Gesundheitsvorsorge stellen (V. Miller, *Softsheen Carson Hair Relaxer Lawsuits*, 2025).

Räume des Widerstands und der Wiederaneignung in der Schweiz

Die *Nappy*-Bewegung (ein Zusammenzug aus *natural* und *happy*), die die Rückkehr zu natürlichem Haar und die Rückbesinnung auf die eigene Identität propagiert, hat in der Schweiz besonderen Anklang gefunden, getragen von dem Wunsch, sich aus der Abhängigkeit von chemischen Produkten zu lösen. Wie bereits erwähnt, zeigt die 2018 durchgeführte Umfrage einen Trend zurück zur Natürlichkeit (Mukendi, 2024, S. 102). Der Wandel zeugt von einem wachsenden Bewusstsein für gesundheitliche Risiken, vor allem aber vom Wunsch, afrotextuiertes Haar im öffentlichen Raum zu rehabilitieren. Dieses Zurück zu *Natural Hair* ist jedoch an Herausforderungen geknüpft, erfordert es doch ein völliges Umdenken in der Haarpflege, die durch die Praxis des künstlichen Glättens lange vernachlässigt wurde.

Gegen die Vorgaben einer eurozentrierten Ästhetik hat sich in der Schweiz eine Widerstandsbewegung etabliert. Seit Ende der 2010er-Jahre entstehen in Schweizer Städten, insbesondere in Genf und Lausanne, immer mehr neue Räume, in denen afrikanische Gemeinschaft gepflegt wird. Spezialisierte Coiffeursalons fungieren als echte «Safe Spaces», in denen die natürliche Haarstruktur geschätzt und fachkundig behandelt wird. Sie schliessen eine historische Lücke in der Coiffeurausbildung in der Schweiz, in der die Besonderheiten von afro-textuiertem Haar lange ausser Acht gelassen wurden. Diese Salons sind Teil des Trends zur Wiederaneignung des Schwarzen Körpers, was keineswegs ein oberflächliches Modephänomen ist, sondern sich als politischer und identitätsstiftender Akt behauptet, der darauf abzielt, die Schönheitsideale in der Schweizer Gesellschaft zu dekolonisieren (Theraulaz, 2017).

Gleichzeitig wirken die sozialen Netzwerke als Katalysator. Die Online-Tutorials ermöglichen es Frauen afrikanischer Herkunft, sich technisches Know-how anzueignen und geeignete Pflegeroutinen auszutauschen. Zu nennen sind hier insbesondere Content-Createrinnen wie @mes_cheveux_afro, @matymahera, @myvriaam oder auch @unezahra auf Instagram. Diese digitale Solidarität durchbricht die Isolation und verschafft

authentischen Schönheitsidealen eine bisher nie dagewesene Sichtbarkeit.

Fazit: konkrete Massnahmen gefragt

Die Wiederaneignung des Schwarzen Körpers, wie sie insbesondere die *Nappy-Bewegung* vorlebt, geht über einen individuellen und rein kosmetischen Ansatz hinaus; sie ist ein politischer Akt des Widerstands gegen eine jahrhundertelange Entfremdung. Wie gezeigt wurde, sind die Verwendung giftiger Produkte und die Veränderung der Haarstruktur biologische Symptome eines systemischen Rassismus, der Schwarzen Frauen in der Schweiz einen nicht sichtbare, aber verheerenden «Konformitätspreis» abverlangt.

Angesichts der gesundheitlichen Dringlichkeit, die sich in jüngsten internationalen Rechtsverfahren und in den Daten der WHO deutlich zeigt, ist es unerlässlich, dass sich der Bundesrat auf die Arbeit der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus stützt, die bereits Diskriminierung aufgrund der Frisur und Colorismus anerkennt, um konkrete Massnahmen zur Bekämpfung dieses strukturellen Rassismus zu ergreifen. Diese Erkenntnis muss mit konkreten Reformen einhergehen: einer strengen Kontrolle illegaler Vertriebsnetze, einem wirksamen Verbot hochriskanter Substanzen (Quecksilber, Hydrochinon, endokrine Disruptoren) sowie einer verstärkten Sensibilisierung des medizinischen Fachpersonals für spezifische Erkrankungen, die mit diesen Praktiken in Zusammenhang stehen, wie beispielsweise Gebärmuttermyome und hormonbedingte Krebserkrankungen.

Schliesslich muss die Schweiz, wie bei gesetzlichen Fortschritten in unseren Nachbarländern und insbesondere in Frankreich, einen schützenden Rahmen in der Arbeitswelt gewährleisten, damit der authentische Schwarze ästhetische Ausdruck kein Hindernis mehr für den beruflichen Erfolg darstellt. Die Gesundheit Schwarzer Frauen zu schützen, bedeutet in erster Linie, die kolonialen Normen zu dekonstruieren, die nach wie vor unseren öffentlichen Raum bestimmen. Das Schweizer Gesundheitswesen wird erst dann wirklich inklusiv sein, wenn es den Kampf gegen die Diskriminierungen aufgrund des Aussehens zu einer seiner obersten Prioritäten macht.

Angélique Mukendi, Autorin des Buchs La beauté de la femme noire moderne: les leçons de l'Histoire*, hat einen Bachelor-Abschluss in Rechtswissenschaften der Universität Freiburg mit Schwerpunkt Europarecht. Derzeit absolviert sie einen Masterstudiengang in internationalem und vergleichendem Recht an der Universität Zürich.*

labeaute.delafemmenoiremoderne@gmail.com

BIBLIOGRAFIE SEITE 114

Donne nere, specchio bianco: una questione di salute pubblica

L'estetica delle donne nere, segnata dal retaggio coloniale, è soggetta a uno slittamento dai suoi criteri originari verso norme eurocentriche. Dallo sbiancamento alla lisciatura, adattarsi agli standard dominanti costringe le donne nere ad accettare un compromesso pericoloso tra salute e integrazione. Questo articolo esplora le possibilità di riappropriazione politica di sé in Svizzera.

Angelique Mukendi

Lo specchio non è quasi mai un oggetto neutro, soprattutto per le donne nere in Svizzera. Dietro all'apparente banalità di un gesto di acconciatura o di cura della pelle si nasconde una realtà sociopolitica complessa, che possiamo definire «carico mentale estetico». Questo carico mentale è riconducibile alla pressione costante a conformarsi a standard di bellezza bianchi. Non è frutto del caso, bensì il retaggio diretto di un sistema coloniale che colloca i fenotipi bianchi al vertice della «civilizzazione» e della rispettabilità. Nel corso dei secoli, l'estetica nera, che comprende la tipologia di capelli, la tonalità della pelle e gli attributi fisici propri delle persone nere, è stata sistematicamente denigrata e ha prodotto un trauma transgenerazionale. La pelle chiara e i capelli lisci sono così diventati una scorciatoia per il potere e l'accettazione sociale.

Lo specchio non è quasi mai un oggetto neutro.

Tuttavia, questa problematica non riguarda soltanto i libri di storia o contesti lontani. In Europa, e anche in Svizzera, il retaggio coloniale degli standard di bellezza bianchi si traduce oggi in imposizioni estetiche. Questa pressione costante a conformarsi ai criteri eurocentrici spinge all'utilizzo di prodotti chimici pericolosi, trasformando una questione d'identità in un vero e proprio problema di salute pubblica nel nostro Paese.

Sebbene la Svizzera coltivi un'immagine di neutralità e inclusività, il mercato della bellezza per le persone nere, tra vendita libera di prodotti tossici e reti clandestine, rivela una grave lacuna. Il presente contributo mostra che l'imposizione di standard estetici bianchi costituisce un vero e proprio problema di salute pubblica in Svizzera, che comporta rischi fisici e psicologici gravi per le donne nere. Basandosi sulle conclusioni di una pubblicazione che sintetizza diverse ricerche recenti sull'argomento, l'autrice illustra come la riappropriazione dei tratti naturali diventi per le donne afro-svizzere un atto di resistenza indispensabile e chiami direttamente in causa le nostre istituzioni politiche e sanitarie.

Depigmentazione e lisciatura: il prezzo dell'illusione della bianchezza

In Svizzera, il rapporto che le donne nere hanno con il proprio aspetto non si limita a quanto avviene davanti allo specchio: si negozia al crocevia tra vita sociale, politiche di sanità pubblica e un retaggio coloniale che si è radicato nelle strutture sociali del Paese. Lungi dall'essere una semplice scelta cosmetica, la modifica dei tratti originali (pelle e capelli) costituisce una strategia di sopravvivenza sociale all'interno di una società in cui la «neutralità» estetica continua a essere modellata su standard bianchi (Fiankan-Bokoga, 2010).

La convinzione che la pelle più scura sia, nella gerarchia dei canoni estetici, inferiore alle tonalità di pelle più chiare (in inglese: *colorism*) è una realtà tangibile sul territorio svizzero. Le cifre emerse da un'indagine online con partecipanti nere, condotta dall'autrice nel 2018 a Ginevra, mettono in luce l'ampiezza del fenomeno: secondo i dati raccolti, il 77,8 per cento delle intervistate conosceva una persona che pratica lo schiarimento cutaneo (Mukendi, 2024, pag. 93). Un risultato ancora più sorprendente emerge da uno studio di coorte, da cui risulta che il 58,3 per cento delle intervistate pratica la depigmentazione in prima persona (Mukendi, 2024, pag. 105).

Per molte donne, la pelle chiara è stata a lungo sinonimo di «bellezza» e «pulizia» (Mukendi, 2024, pag. 97). A Ginevra, questo argomento esce dalla sfera privata e diventa una questione istituzionale. Come sottolinea l'*Hospice général* di Ginevra, lo sbiancamento non è soltanto una moda, ma un fenomeno che crea dipendenza legato alla pressione a uniformarsi (Fiankan-Bokoga, 2010).

Per comprendere meglio le ragioni storiche di tale pressione, bisogna tornare indietro nel tempo. A partire dal XX secolo, la pubblicità iniziò a fare ricorso a codici di rappresentazione razzializzati: ad esempio, una pubblicità della Savonnerie nationale di Ginevra mostrava un uomo nero che esibiva con orgoglio le mani sbiancate dopo averle immerse in una vasca di detersivo, illustrando già all'epoca questa fantasia di «pulizia» attraverso lo sbiancamento (Bilé, 2010, pag. 19). Più recentemente, questo nesso è stato ripreso da aziende come Beldam, una marca di cosmetici fabbricati in Svizzera i cui prodotti schiarenti per il corpo e il viso sono stati commercializzati in vendita libera alla Coop fino a poco tempo fa, il che ha contribuito a banalizzare l'accesso a sostanze destinate a modificare la tonalità della pelle (Fiankan-Bokoga, 2001).

A seguito del divieto di sostanze tossiche nei prodotti cosmetici, in particolare dell'idrochinone, introdotto nel 2000 all'interno dell'Unione europea (direttiva 78/768/CEE, in seguito rimpiazzata dal regolamento [CE] n. 1223/2009) e della successiva integrazione di questa normativa nel diritto svizzero tramite l'adozione dell'ordinanza sui cosmetici nel 2006, il mercato si è spostato verso le piattaforme digitali e i canali clandestini. Su Amazon e tramite reti informali si possono trovare prodotti come il *Soft'N White Swiss*, una lozione schiarente. A Ginevra emergono anche altre pratiche, come le iniezioni clandestine di glutatione, che promettono uno schiarimento rapido al prezzo di gravi rischi per la salute. Per contrastare queste pratiche pericolose, alcune iniziative locali come la *Melanin Foundation* (melaninfoundation.org), fondata a Ginevra da Catherine Tetteh, portano avanti una lotta fondamentale per la prevenzione e il riconoscimento della depigmentazione come una questione di salute pubblica in Svizzera.

Se la pelle costituisce il primo elemento distintivo dell'identità, i capelli diventano un vero e proprio campo di battaglia politico. Contrariamente alla Francia, in cui l'Assemblea nazionale ha recentemente adottato un testo di legge storico contro la discriminazione basata sull'aspetto della capigliatura (AFP/Juma, 2024), la Svizzera non dispone di un quadro legale specifico per proteggere le persone i cui capelli non corrispondono agli standard bianchi. Eppure, la pressione a conformarsi rimane forte: gli stili di acconciatura che valorizzano i capelli crespi, come il taglio afro, sono ancora troppo spesso percepiti come «poco professionali», «trasandati» o «esotici» nel mondo del lavoro (Michelot, 2016).

Se la pelle costituisce il primo elemento distintivo dell'identità, i capelli diventano un vero e proprio campo di battaglia politico.

La lisciatura continua quindi a essere uno standard sociale ben radicato: il 97 per cento delle intervistate nel sondaggio precedentemente citato conosce una persona che vi ricorre sistematicamente (Mukendi, 2024, pag. 103). Malgrado ne sia riconosciuta la pericolosità, i prodotti lisciant continuano a essere onnipresenti e in vendita libera nei cosiddetti negozi «etnici» in Svizzera. Da un lato, il desiderio di integrarsi senza difficoltà nelle aziende svizzere spinge molte donne nere a pagare il prezzo della conformità ai canoni in materia di capelli, dall'altro, la disponibilità perenne dei prodotti ne facilita notevolmente l'uso, pur comportando un grave rischio per la salute. Sembra tuttavia delinearsi un ritorno alla naturalezza, poiché oltre l'80 per cento delle intervistate dichiara di non lisciare più i capelli (Mukendi, 2024, pag. 102).

Questa lotta per la riappropriazione di sé rimane di grande attualità, come dimostra la polemica su Coco Gauff: durante la sua campagna per Miu Miu, la tennista è stata aspramente criticata per i suoi capelli al naturale, giudicati «trasandati». Rifiutando di scusarsi per il suo aspetto, Coco Gauff ha sottolineato che, anche per un'icona mondiale, i capelli crespi rimangono una forma di resistenza agli standard coloniali. Imposizioni di questo tipo continuano a gravare sulle persone nere con un carico mentale e sociale invisibile, negando la loro autenticità a favore di una conformità estetica arbitraria (Terouinard, 2026).

La tossicità della ricerca dello sbiancamento

L'abitudine di utilizzare prodotti di depigmentazione e lisciatura non è riconducibile a una semplice preferenza estetica, bensì è indissolubilmente legata al razzismo sistemico e rappresenta una questione fondamentale di salute pubblica. Interpretata da Serge Bilé come un rifiuto di sé derivante da un trauma storico, questa alienazione estetica spinge le donne afrodiscendenti a conformarsi all'immagine bianca dominante e le porta a esporsi a sostanze chimiche tossiche con conseguenze biologiche devastanti (Bilé, 2010, pag. 38).

La ricerca della carnagione chiara e dei capelli lisci si basa sull'utilizzo di sostanze la cui pericolosità è documentata da tempo dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Nelle creme schiarenti, la presenza di mercurio, idrochinone e potenti corticosteroidi ha lo scopo di inibire la produzione di melanina a danno della barriera cutanea (OMS, 2019). In Svizzera, sebbene siano regolamentate, queste sostanze circolano tramite canali informali, alimentando un circolo vizioso di dipendenza dermatologica in cui l'utilizzatrice cerca di curare con il prodotto in questione le irritazioni causate dal prodotto stesso.

Si tratta di una pratica che non è una libera scelta, bensì il risultato di un'alienazione sistemica, una forma di «doppia pena» in cui le ripercussioni psicologiche dell'invisibilizzazione sociale legata al razzismo sono accompagnate da ripercussioni fisiche irreversibili.

La lisciatura chimica, che spesso comincia già dall'infanzia, costituisce una via

d'accesso privilegiata per i perturbatori endocrini. Queste sostanze interferiscono con il sistema ormonale, aumentando in modo allarmante il rischio di patologie ginecologiche. Dati recenti mostrano una correlazione diretta tra l'utilizzo prolungato di prodotti lisciant e lo sviluppo precoce del fibroma uterino e del cancro dell'utero e delle ovaie (Bailey, 2025).

L'impatto della lisciatura dei capelli sulla salute è notevole: le donne nere sono più soggette allo sviluppo di fibromi in età più giovane e con sintomi più gravi rispetto alle donne di altri gruppi etnici. Questo dato sottolinea l'urgenza di riconoscere che tali pratiche non sono innocui rituali di bellezza, ma veri e propri vettori di malattie croniche alimentati da pressioni razziali (Bailey, 2025).

Da alcuni anni, l'impegno a favore della salute delle donne nere si svolge nei tribunali, con ripercussioni a livello mondiale. Negli Stati Uniti sono state presentate migliaia di denunce contro i colossi del settore cosmetico, in particolare L'Oréal, in merito alle loro linee di prodotti lisciant come *Dark & Lovely o SoftSheen-Carson* (V. Miller, *L'Oreal Dark & Lovely Lawsuit*, 2025). Queste controversie mettono in luce una negligenza aziendale sistemica: le querelanti sostengono che le aziende sapessero, o avrebbero dovuto sapere, che i loro prodotti contenevano sostanze chimiche pericolose (ftalati, parabeni) associate al cancro, ma che non abbiano avvertito le consumatrici. Tali processi simboleggiano una cesura storica: per la prima volta, la responsabilità dell'industria cosmetica nel deterioramento della salute della popolazione nera viene messa a nudo davanti ai tribunali.

La tossicità di simili sostanze è semplicemente la manifestazione biologica di un razzismo estetico che continua a negare alle donne nere il diritto alla salute e all'integrità fisica. Di conseguenza, è essenziale che le istituzioni svizzere e internazionali cessino di trattare tali questioni come marginali e le integrino nelle politiche di lotta contro il razzismo e di prevenzione sanitaria (V. Miller, *Softsheen Carson Hair Relaxer Lawsuits*, 2025).

Spazi di resistenza e riappropriazione in Svizzera

Il movimento *Nappy* (fusione di *natural* e *happy*), che promuove il ritorno ai capelli naturali e la riappropriazione dell'identità, ha trovato una risonanza particolare in Svizzera, sostenuto dal desiderio di porre fine alla dipendenza dai prodotti chimici. Come menzionato in precedenza, l'indagine condotto nel 2018 mostra una tendenza al ritorno alla naturalezza (Mukendi, 2024, pag. 102). Questo cambiamento riflette una maggiore consapevolezza dei rischi per la salute, ma soprattutto il desiderio di rivalutare i capelli tipici delle persone nere nella sfera pubblica. Il ritorno alla naturalezza, tuttavia, non è privo di sfide: comporta infatti un completo ripensamento della cura dei capelli, a lungo negletta a favore delle pratiche di lisciatura forzata.

Di fronte alle imposizioni dell'estetica eurocentrica, in Svizzera si è profondamente radicata una dinamica di resistenza. Dalla fine degli anni 2010, il nostro paesaggio urbano, in particolare a Ginevra e Losanna, sta vedendo nascere nuovi spazi dedicati alla comunità afro. I saloni di bellezza specializzati non sono più semplici attività commerciali, ma veri e propri «spazi sicuri» in cui i capelli naturali vengono valorizzati e trattati con competenza. Colmano una lacuna storica nella formazione nel settore dell'acconciatura in Svizzera, che per molto tempo ha ignorato le specificità dei capelli tipici delle persone nere. Questi saloni si inseriscono nel movimento di riappropriazione del corpo nero, che, lungi dall'essere un fenomeno di moda superficiale, si afferma come un atto politico e identitario volto a decolonizzare gli standard di bellezza all'interno della società svizzera (Théraulaz, 2017).

Parallelamente, i social media svolgono il ruolo di catalizzatori. I tutorial online consentono alle donne afrodiscendenti di riappropriarsi delle competenze tecniche e di condividere routine di cura adeguate. Su Instagram, ad esempio, spiccano le seguenti creatrici di contenuti: @mes_cheveux _afro, @matymahera, @myvriaam e @unezahra. Questa solidarietà digitale spezza l'isolamento e offre una visibilità senza precedenti a modelli di bellezza autentici.

Conclusioni: verso misure concrete

La riappropriazione del corpo nero, esemplificata in particolare dal movimento *Nappy*, va oltre l'approccio individuale e puramente estetico: si tratta di un atto politico di resistenza contro un'alienazione secolare. Come illustrato, l'utilizzo di prodotti tossici e la modifica della natura del capello sono sintomi biologici di un razzismo sistemico che impone alle donne nere in Svizzera di pagare il prezzo della conformità – invisibile, ma dalle gravi conseguenze per le dirette interessate.

Di fronte all'emergenza sanitaria evidenziata dai recenti procedimenti legali internazionali e dai dati dell'OMS, è fondamentale che il potere esecutivo svizzero si avvalga del lavoro della Commissione federale contro il razzismo, che già riconosce la discriminazione basata sui capelli e il cosiddetto *colorism*, per adottare misure concrete volte a combattere questo razzismo strutturale. Il riconoscimento deve essere accompagnato da riforme tangibili: un controllo rigoroso delle reti di distribuzione clandestine, un divieto effettivo delle sostanze ad alto rischio (mercurio, idrochinone, perturbatori endocrini) e un rafforzamento della sensibilizzazione delle professioniste e dei professionisti della salute alle patologie specifiche legate a queste pratiche, come il fibroma uterino e i tumori ormono-dipendenti.

Infine, sulla scia dei progressi legislativi osservati nei Paesi vicini, in particolare in Francia, la Svizzera deve garantire un quadro di protezione nel mondo del lavoro, affinché l'espressione estetica nera

autentica non costituisca più un ostacolo al successo professionale. Proteggere la salute delle donne nere significa innanzitutto smantellare gli standard coloniali che continuano a governare i nostri spazi pubblici. La salute pubblica svizzera non sarà davvero inclusiva fino a che non porrà al centro delle sue priorità la lotta contro le discriminazioni estetiche.

Autrice del libro La beauté de la femme noire moderne: les leçons de l'Histoire*, Angélique Mukendi è titolare di un bachelor di diritto all'Università di Friburgo con specializzazione in diritto europeo. Attualmente frequenta un master di diritto internazionale comparato all'Università di Zurigo.*

labeaute.delafemmenoiremoderne@gmail.com

BIBLIOGRAFIA A PAGINA 114

CareWatch, un observatoire de l'équité des soins

Conçue à Genève avec des associations de personnes concernées, la plateforme en ligne CareWatch permet de signaler les discriminations vécues dans les parcours de soins, de les mesurer et d'entreprendre des démarches. Présentation d'un outil en développement qui rend visible ce que les instruments statistiques actuels peinent à saisir.

David-Zacharie Issom

Les discriminations raciales dans le système de santé sont documentées de longue date par la recherche internationale. Elles constituent un déterminant de santé à part entière, dont les effets sur la morbidité et la mortalité sont quantifiés depuis plusieurs décennies (Bailey et al., 2017 ; Krieger, 2020 ; Pattillo et al., 2023). La Suisse n'échappe pas au phénomène. Selon l'enquête *Vivre ensemble en Suisse* de l'Office fédéral de la statistique, 54 % des actes racistes recensés en 2022 se sont produits dans le monde du travail, 15 % dans l'administration et environ 10 % dans le domaine de la santé (Ngassop et al., 2024). Ces actes recouvrent des inégalités de traitement, des propos hostiles, des refus de prestations et des microagressions, c'est-à-dire des remarques d'apparence anodine qui véhiculent un message dévalorisant. En 2022 toujours, un rapport de l'Organisation des Nations Unies relevait le caractère structurel du racisme en Suisse, système de soins inclus.

Mesurer un phénomène largement invisible

Cependant, la mesure de ces discriminations demeure lacunaire, et c'est précisément là que réside l'enjeu. Le Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme a enregistré 46 signalements dans le domaine de la santé au cours de l'année sous revue (Réseau de centres de conseil, 2024), un chiffre biaisé qui reflète uniquement les personnes ayant sollicité une consultation dans un centre.

En effet, les personnes les plus exposées intériorisent souvent une moindre légitimité à se plaindre. Ce phénomène repose sur les mécanismes bien décrits du racisme intériorisé. Celui-ci conduit notamment une partie des personnes visées à accepter les représentations négatives qui les concernent. Cela peut s'expliquer par le fait que la menace du stéréotype fait craindre à celle ou celui qui exprime une douleur de confirmer le préjugé de l'exagération, cristallisé dans le prétendu « syndrome méditerranéen » (Ngassop et al., 2024). S'y ajoutent bien sûr les expériences antérieures de plaintes restées sans suite, la dépendance directe envers les équipes qui soignent et la peur des représailles, aujourd'hui bien documentée. Par exemple, une enquête conduite en 2026 par le pôle diversité, équité et inclusion des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) auprès de ses publics confirme cette réalité. Elle établit un taux de discrimination ressentie de 44,4 %, une absence de suivi dans 63 % des situations rapportées et cinq cas documentés de représailles à la suite d'un signalement.

Ces situations dégradent la qualité des soins pour l'ensemble de la population, par plusieurs voies distinctes.

La première concerne la relation des patientes et des patients au système de santé. La crainte d'un mauvais traitement, souvent à cause de mauvaises expériences passées, aura tendance à retarder le recours aux soins, transformer des situations bénignes en complications qui auraient pu être évitées et reporter les coûts sur l'ensemble des personnes assurées.

La deuxième touche la pratique clinique elle-même. En effet, les biais dans l'évaluation de la douleur (Hoffman et al., 2016) et les algorithmes qui ajustent certains examens selon une appartenance raciale supposée peuvent affecter directement l'établissement du diagnostic. Les formules d'estimation de la fonction rénale, qui produisent des erreurs médicales objectives (Ngassop et al., 2024), en sont un exemple. De même, il est à présent reconnu que certains appareils médicaux, tels que les saturomètres (ou oxymètres de pouls), surestiment souvent la saturation en oxygène chez

chez les patients à pigmentation foncée. Cette surestimation masque l'hypoxémie (taux d'oxygène dangereusement bas dans le sang), pouvant causer des retards de prise en charge et des erreurs de diagnostic (Yang P. et al. 2026).

La troisième voie touche le personnel. Les discriminations subies par les soignantes et les soignants eux-mêmes alimentent l'épuisement professionnel. Or une méta-analyse portant sur 85 études et plus de 288 000 membres du personnel infirmier associe cet épuisement à davantage d'erreurs médicamenteuses, mais aussi d'infections nosocomiales et de chutes chez l'ensemble des personnes hospitalisées (Li et al., 2024). Détecter et traiter les discriminations relève ainsi de la sécurité des soins autant que de la protection des droits fondamentaux.

Une plateforme née de l'expérience des personnes concernées

C'est dans ce contexte que le Convivens Lab de la Haute école de gestion de Genève (HES-SO), un laboratoire consacré aux technologies de l'information pour des systèmes de santé équitables, développe actuellement la plateforme CareWatch. Ce projet prolonge un engagement de longue date auprès des personnes vivant avec la drépanocytose, la maladie génétique la plus répandue au monde, qui touche majoritairement des personnes racisées. Leurs témoignages, recueillis pendant des années au sein des associations de patientes et de patients, décrivent des douleurs minimisées aux urgences, des maltraitances, des soupçons infondés d'addiction aux opioïdes, de l'errance thérapeutique et des parcours de soins entravés, conduisant parfois à des décès. La littérature internationale confirme ces récits. Aux États-Unis, les douleurs, pourtant particulièrement aiguës, des personnes atteintes sont systématiquement sous-traitées (Power-Hays et McGann, 2020). Au Royaume-Uni, l'enquête parlementaire *No One's Listening*, menée après le décès en 2019 d'Evan Smith, un patient de 21 ans atteint de drépanocyles appels à l'aide avaient été ignorés à l'hôpital, documente des décès évitables et des défaillances généralisées dans la prise en charge (Sickle Cell Society, 2021).

Le vécu rapporté dépasse largement les seules manifestations douloureuses de la maladie. Il comprend des erreurs médicales passées sous silence, des symptômes ignorés ou traités de manière erronée, des psychiatrisations infondées, des placements à des fins d'assistance injustifiés, des hospitalisations sous contrainte prévues par le code civil, des complications évitables, des années de vie en bonne santé perdues, des opportunités professionnelles réduites et un isolement social imposé à la fois par la maladie et par la stigmatisation qui l'accompagne. Ces expériences, récurrentes et concordantes, demeuraient invisibles dans les statistiques sanitaires. CareWatch est née de la volonté de rendre visible et documentée une réalité largement absente des données de santé.

Toute personne, patiente ou soignante, peut décrire de manière confidentielle et sécurisée une situation de discrimination vécue ou observée.

La plateforme est développée en étroite collaboration avec les personnes directement concernées. L'Association des professionnels de santé racisés (APSR), l'Association suisse drépano (ASSD), des patientes et patients partenaires, des syndicats, des juristes, ainsi que des équipes des HUG et d'Unisanté à Lausanne participent à sa conception. Le projet s'inscrit d'ailleurs dans un écosystème suisse déjà actif nommé *Swiss Health Network for Equity*. Le Département vulnérabilités et médecine sociale d'Unisanté, dirigé par le professeur Patrick Bodenmann, en fait partie. Ce dernier a fait du racisme dans les soins un axe d'enseignement et de recherche (Bodenmann et al., 2022 ; Ngassop et al., 2024). Le Centre hospitalier universitaire vaudois et Unisanté ont adopté des chartes contre la discrimination avec des canaux internes de signalement, et les HUG disposent d'un pôle diversité, équité et inclusion. CareWatch complète ces démarches institutionnelles par un dispositif indépendant et intercantonal de mesure des discriminations.

Trois fonctions : signaler, mesurer, agir

La première fonction de CareWatch est le signalement. Toute personne, patiente ou soignante, peut décrire de manière confidentielle et sécurisée une situation de discrimination vécue ou observée. Chaque signalement est relié à un motif de discrimination reconnu par le droit suisse – la plateforme en distingue dix-huit – puis horodaté et certifié. Une fois enregistré, il peut être complété, jamais modifié ni supprimé. Cette immuabilité protège l'intégrité de la trace et limite les risques de pressions hiérarchiques, puisque le dispositif est indépendant des établissements de santé.

La deuxième fonction est la mesure. Des questionnaires remplis par des patientes et des patients recueillent leur perception de l'équité des soins reçus. Les données sont agrégées, anonymisées et restituées sous forme d'indicateurs par établissement et par canton, consultables sur un tableau de bord public. Cette surveillance systématique des inégalités de traitement s'inspire de la pharmacovigilance et de l'hémovigilance, qui surveillent les effets indésirables des médicaments et des produits sanguins. Le projet la désigne par le terme d'« équivigilance ».

La troisième fonction est l'action. La plateforme oriente les personnes vers les dispositifs existants : centres de conseil, consultations juridiques et associations de soutien. Elle propose des guides relatifs aux droits des patients et des courriers types adaptés au canton concerné. Un comité d'éthique et de vigilance indé-

pendant, composé de spécialistes de la santé, du droit et des sciences sociales ainsi que de personnes concernées, analyse les tendances et adresse des recommandations aux directions d'établissement.

Les données de CareWatch sont hébergées en Suisse, conformément à la loi fédérale sur la protection des données, et le code est publié en source ouverte, ce qui permet à toute institution de l'auditer ou de le réutiliser.

Une personne qui signale seule une discrimination se trouve dans une asymétrie profonde face à une institution, et sa parole est fréquemment réduite à un malentendu, une problématique interpersonnelle ou encore un incident isolé.

Du cas isolé au fait institutionnel

L'apport central de CareWatch pour le milieu hospitalier tient à un changement d'échelle. Une personne qui signale seule une discrimination se trouve dans une asymétrie profonde face à une institution, et sa parole est fréquemment réduite à un malentendu, une problématique interpersonnelle ou encore un incident isolé. La convergence de plusieurs signalements concordants sur un même service, sur une période certifiée, produit un fait institutionnel objectivable. Là où les procédures internes voient des cas individuels, l'observatoire fait apparaître des motifs récurrents, des services surexposés et des périodes critiques. La détection devient statistique, la discussion avec les directions devient factuelle, et la prise en charge peut être suivie dans le temps, du signalement à la mesure corrective, puis à l'évolution des indicateurs.

L'expérience britannique éclaire ce mécanisme. Après le scandale de l'hôpital de Mid Staffordshire, où des centaines de décès évitables étaient passés inaperçus malgré les dispositifs de surveillance de la qualité (Francis, 2013), le service national de santé a instauré en 2015 le *Workforce Race Equality Standard*, un ensemble de neuf indicateurs relatifs à l'égalité raciale, obligatoires et rendus publics pour chaque établissement. Les rapports annuels successifs montrent que le suivi indépendant et public de ces indicateurs induit des changements de pratique mesurables. CareWatch transpose cette logique au contexte suisse, en y ajoutant la participation directe des personnes concernées et un accompagnement individualisé.

Déploiement actuel et premiers résultats

La plateforme est en cours de développement. Un prototype fonctionnel, qui préfigure la future version de production, est accessible sur carewat.ch. Il couvre les sept cantons romands et référence 25 établissements hospitaliers. Un second module analyse 174 lois suisses au regard d'indicateurs de santé publique et d'équité, afin d'aider à repérer les carences réglementaires que les signalements mettent en évidence. Le développement à grande échelle de la plateforme est engagé avec des partenaires académiques et industriels. Genève constitue le canton fondateur du dispositif, et des échanges sont en cours avec les HUG ainsi qu'avec les autorités sanitaires cantonales en vue de premiers mandats d'application : l'un centré sur la protection du personnel soignant, l'autre sur le suivi des iniquités vécues par les patientes et les patients et la prise de mesures correctives.

Une demande d'aide financière a été déposée en février 2026 auprès de la Commission fédérale pour la qualité, l'organe qui finance les projets d'amélioration de la qualité des soins au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Dans sa réponse, la Commission a reconnu la nécessité d'agir contre la discrimination raciale dans les soins. Elle a aussi souligné l'importance de l'expertise du consortium et de la représentation des populations concernées dans le projet. Le dispositif a été restructuré autour de quatre volets complémentaires : un observatoire scientifique, un service de navigation dans le système de santé, un volet dédié au personnel soignant et un volet consacré aux iniquités vécues par la patientèle. Une nouvelle demande devrait être déposée début 2027 pour un module d'enquête épidémiologique renforcé. À l'horizon de 24 mois d'exploitation, le projet vise la validation de 150 signalements, la publication de rapports annuels destinés aux autorités cantonales et l'intégration des indicateurs d'équité dans les rapports de qualité de trois établissements.

Perspectives

À long terme, CareWatch a une vocation nationale. Le cadre légal de la qualité des soins offre une base institutionnelle adaptée pour étendre le dispositif à l'ensemble des cantons, et la publication du code en source ouverte permet à d'autres régions, voire à d'autres pays, de le reprendre librement. Une extension européenne est à l'étude avec des partenaires académiques et industriels. L'objectif final dépasse la plateforme elle-même. Il consiste à faire de l'équité un indicateur de qualité ordinaire, mesuré et publié au même titre que les infections nosocomiales ou les réadmissions, à l'image du standard britannique. L'égalité de traitement dans les soins deviendra alors mesurable, et ce qui est mesuré pourra être amélioré.

Docteur en santé globale de l'Université de Genève, David-Zacharie Issom est professeur assistant à la Haute école de gestion de Genève (HES-SO), où il dirige le Convivens Lab, un laboratoire consacré aux technologies de l'information pour des systèmes de santé équitables. Patient-chercheur, il est également vice-président de la Fédération européenne de la drépanocytose et de l'Association Suisse Drépano.

david-zacharie.issom@hesge.ch

BIBLIOGRAPHIE

Bailey Zinzi D. et al., « Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions », In : *The Lancet*, vol. 389, n° 10077, 2017

Bodenmann Patrick, Jackson Yves, Vu Francis, Wolff Hans (dir.), *Vulnérabilités, diversités et équité en santé*, 2e édition, Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg, 2022

Francis Robert, *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*, The Stationery Office, Londres, 2013

Hoffman Kelly M. et al., « Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites », In : *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 113, n° 16, 2016

Krieger Nancy, « Measures of racism, sexism, heterosexism, and gender binarism for health equity research », In : *Annual Review of Public Health*, vol. 41, 2020

Li Lambert Zixin et al., « Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis », In : *JAMA Network Open*, vol. 7, n° 11, 2024

McHugh Matthew D. et al., « Lower mortality in magnet hospitals », In : *Medical Care*, vol. 51, n° 5, 2013

Meyer Ilan H., « Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence », *Psychological Bulletin*, vol. 129, n° 5, 2003

Ngassop Jean Baptiste et al., « Racisme dans les soins (partie 1) : un enjeu d'équité en santé », In : *Revue médicale suisse*, vol. 20, 2024

Pattillo Mark et al., « Racism against racialized migrants in healthcare in Europe: a scoping review », In : *International Journal for Equity in Health*, vol. 22, 2023

Power-Hays Alexandra, McGann Patrick T., « When actions speak louder than words – Racism and sickle cell disease », In : *The New England Journal of Medicine*, vol. 383, n° 20, 2020

Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, *Incidents racistes recensés par les centres de conseil*, humanrights.ch et Commission fédérale contre le racisme, Berne, 2024

Sickle Cell Society et All-Party Parliamentary Group on Sickle Cell and Thalassaemia, *No One's Listening*, Londres, 2021

Yang P. et al., « The Association of Skin Pigmentation With Pulse Oximetry Bias in Adult Patients in the ICU », In : *CHEST Critical Care*, vol. 4, 2026



CareWatch – Monitoringstelle für gerechte Gesundheitsversorgung

Auf der gemeinsam mit Betroffenenverbänden in Genf entwickelten Onlineplattform CareWatch können Diskriminierungen im Gesundheitswesen gemeldet werden, was sie messbar macht und es erlaubt, mit geeigneten Massnahmen Abhilfe zu schaffen. In diesem Beitrag wird das Tool, das sich noch in der Entwicklung befindet, vorgestellt. Es wird sichtbar machen, was mit den bestehenden statistischen Instrumenten nur schwer zu erfassen ist.

Dr. David-Zacharie Issom

Fälle rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen sind seit Langem durch internationale Forschungsergebnisse belegt. Sie stellen eine eigenständige Gesundheitsdeterminante dar, deren Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität seit mehreren Jahrzehnten quantifiziert werden (Bailey et al., 2017; Krieger, 2020; Pattillo et al., 2023). Die Schweiz bildet hier keine Ausnahme. Laut der Erhebung *Zusammenleben in der Schweiz* des Bundesamts für Statistik ereigneten sich 54 Prozent der im Jahr 2022 erfassten rassistischen Vorfälle in der Arbeitswelt, 15 Prozent in der Verwaltung und etwa 10 Prozent im Gesundheitswesen (Ngassop et al., 2024). Darunter fallen Ungleichbehandlung, feindselige Äusserungen, die Verweigerung von Leistungen sowie Mikroaggressionen, d. h. scheinbar harmlose Bemerkungen, die eine abwertende Botschaft vermitteln. Ebenfalls im Jahr 2022 wies ein Bericht der Vereinten Nationen auf den strukturellen Charakter des Rassismus in der Schweiz hin, auch im Gesundheitswesen.

Wie misst man ein weitgehend unsichtbares Phänomen?

Allerdings ist die Datenlage diesbezüglich lückenhaft, und genau darin besteht die Herausforderung. Das Beratungsnetz für Rassismusopfer verzeichnete im Berichtsjahr 46 Meldungen aus dem Gesundheitsbereich (Beratungsnetz für Rassismusopfer, 2024) – eine verzerrte Zahl, da sie lediglich die Personen einschliesst, die eine Konsultation in einer Beratungsstelle in Anspruch genommen haben.

Tatsächlich fühlen sich gerade die am stärksten Betroffenen oft weniger berechtigt, sich zu beschweren. Das ist auf die gut beschriebenen Mechanismen des internalisierten Rassismus zurückzuführen. Internalisierter Rassismus führt insbesondere dazu, dass ein Teil der Betroffenen negative Darstellungen ihrer Person akzeptieren. Aus Angst, Stereotype zu bedienen, kann eine Person befürchten, bei der Beschreibung der Schmerzen zu übertreiben – ein Vorurteil, das mit «Mittelmeersyndrom» bezeichnet wird (Ngassop et al., 2024). Hinzu kommen natürlich frühere Erfahrungen mit Beschwerden, auf die nicht eingegangen wurde, die direkte Abhängigkeit vom Pflegepersonal und die mittlerweile gut dokumentierte Angst vor Vergeltungsmassnahmen. So bestätigt beispielsweise eine Umfrage, die im Jahr 2026 vom Bereich für Diversity, Equity und Inklusion an den Genfer Universitätsspitälern (HUG) unter den Zielgruppen durchgeführt wurde, diese Tatsache. Sie ermittelt eine Quote der wahrgenommenen Diskriminierung von 44,4 Prozent, fehlende Weiterverfolgung in 63 Prozent der gemeldeten Fälle sowie fünf dokumentierte Fälle von Repressalien nach einer Meldung.

Solche Situationen beeinträchtigen die Qualität der Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung auf unterschiedlichen Ebenen.

Zum einen tangieren sie die Beziehung der Patientinnen und Patienten zum Gesundheitssystem. Die Angst vor einer

schlechten Behandlung – oft aufgrund früherer negativer Erfahrungen – führt dazu, dass die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung hinausgezögert wird, sich harmlose Fälle zu vermeidbaren Komplikationen auswachsen und die Kosten auf die Gesamtheit der Versicherten abgewälzt werden.

Die zweite Ebene betrifft die klinische Praxis selbst. Tatsächlich können Verzerrungen bei der Schmerzeinschätzung (Hoffman et al., 2016) sowie Algorithmen, die Untersuchungen entsprechend einer vermeintlichen ethnischen Zugehörigkeit anpassen, die Diagnosestellung direkt beeinflussen. Ein Beispiel hierfür sind die Formeln zur Schätzung der Nierenfunktion, die zu objektiven medizinischen Fehlern führen (Ngassop et al., 2024). Mittlerweile ist auch bekannt, dass bestimmte medizinische Geräte, wie beispielsweise Pulsoximeter, die Sauerstoffsättigung bei Patientinnen und Patienten mit dunkler Hautfarbe häufig zu hoch anzeigen. Zu hohe Messwerte führen dazu, dass eine Hypoxämie – ein gefährlich niedriger Sauerstoffgehalt im Blut – übersehen wird, was Verzögerungen bei der Behandlung und Fehldiagnosen nach sich ziehen kann (Yang P et al. 2026).

Die dritte Ebene betrifft das Personal. Diskriminierungen, denen die Pflegekräfte ausgesetzt sind, begünstigen Burnouts. Eine Metaanalyse, die 85 Studien mit über 288 000 Pflegekräften umfasst, bringt die Erschöpfung mit einer höheren Anzahl Medikationsfehler in Verbindung, aber auch mit nosokomialen Infektionen und Stürzen bei hospitalisierten Personen (Li et al., 2024). Diskriminierung zu erkennen und zu bekämpfen ist somit im Hinblick auf die Versorgungssicherheit wie auch den Schutz der Grundrechte von entscheidender Bedeutung.

Eine Plattform, die auf Erfahrungen Betroffener beruht

Vor diesem Hintergrund entwickelt derzeit das Convivens Lab der Fachhochschule Westschweiz in Genf (HES-SO), ein Forschungslabor, das sich mit Informationstechnologien für gerechte Gesundheitssysteme befasst, die Plattform CareWatch. Dieses Projekt reiht sich ein in das langjährige Engagement für Menschen mit Sichelzellanämie, der weltweit am stärksten verbreiteten genetischen Erkrankung, von der vor allem rassifizierte Menschen betroffen sind. Deren Erfahrungsberichte, die über Jahre von Patientenorganisationen gesammelt wurden, zeugen von Fällen, in denen Schmerzen in der Notaufnahme heruntergespielt wurden, von Misshandlungen, unterstellter Opioidabhängigkeit, therapeutischen Irrwegen und behinderten Behandlungsverläufen, die mitunter zum Tod führten. Die internationale Fachliteratur bestätigt die Berichte. In den Vereinigten Staaten werden auch besonders starke Schmerzen Betroffener systematisch ungenügend behandelt (Power-Hays und McGann, 2020). Im Vereinigten Königreich dokumentiert die parlamentarische Untersuchung *No One's Listening*, die 2019 nach dem Tod von Evan Smith – einem 21-jährigen Sichelzellanämie-Patienten, dessen Hilferufe im Spital ignoriert worden waren – durchgeführt wurde, vermeidbare Todesfälle und weitreichende Versäumnisse in der Versorgung (Sickle Cell Society, 2021).

Die geschilderten Erfahrungen gehen weit über die blossen schmerzhaften Krankheitssymptome hinaus. Dazu gehören verschwiegene Kunstfehler, übergangene und falsch behandelte Symptome, unbegründete Psychiatrisierungen, ungerechtfertigte fürsorgerische Unterbringungen, zivilrechtlich erlaubte Zwangseinweisungen, vermeidbare Komplikationen, verlorene gesunde Lebensjahre, beschnittene berufliche Möglichkeiten sowie eine gesellschaftliche Ausgrenzung, die sowohl durch die Krankheit als auch durch die damit einhergehende Stigmatisierung bedingt ist. Diese wiederkehrenden und übereinstimmenden Erfahrungen sind in den Gesundheitsstatistiken nicht ersichtlich. CareWatch entstand aus dem Bedürfnis und dem Willen heraus, eine Realität abzubilden und zu dokumentieren, die in den Gesundheitsdaten weitgehend fehlt.

Die Plattform wird in enger Zusammenarbeit mit direkt Betroffenen entwickelt. An der Konzeption sind die Association des professionnels de santé racisés (APSR), die Schweizer Sichelzellenvereinigung Suisse Drépano, Angehörige von Patientinnen und Patienten, Gewerkschaften, Juristinnen und Juristen sowie Teams der Universitätsspitäler HUG in Genf und Unisanté in Lausanne beteiligt. Das Projekt ist Teil des bereits bestehenden Schweizer Netzwerks *Swiss Health Network for Equity*. Dazu gehört auch die Unisanté-Abteilung für vulnerable Patientinnen und Patienten und Sozialmedizin unter der Leitung von Professor Patrick Bodenmann, der Rassismus im Gesundheitswesen zu einem Schwerpunkt von Lehre und Forschung gemacht hat (Bodenmann et al., 2022; Ngassop et al., 2024). Das Waadtländer Universitätsspital CHUV und Unisanté haben Chartas gegen Diskriminierung mit internen Meldestellen verabschiedet, und das HUG betreibt eine eigene Abteilung für Diversity, Equity und Inklusion. CareWatch ergänzt die institutionellen Massnahmen mit einem unabhängigen, kantonsübergreifenden System zur Erfassung von Diskriminierungsvorfällen.

Jede Person – ob selbst in Behandlung oder in der Pflege tätig – kann über einen vertraulichen und sicheren Kanal eine Situation schildern, in der sie selbst diskriminiert wurde oder sie eine Diskriminierung beobachtet hat.

CareWatch: melden, messen, handeln

Das System bietet drei Funktionen, darunter eine Meldefunktion. Jede Person – ob selbst in Behandlung oder in der Pflege tätig – kann über einen vertraulichen und

sicheren Kanal eine Situation schildern, in der sie selbst diskriminiert wurde oder sie eine Diskriminierung beobachtet hat. Jede Meldung wird einem von 18 nach schweizerischem Recht anerkannten Diskriminierungsmerkmale zugeordnet, mit einem Zeitstempel versehen und zertifiziert. Sobald die Meldung gespeichert ist, kann sie ergänzt, aber weder geändert noch gelöscht werden. Dadurch wird die Integrität der Erfassung geschützt und das Risiko von Druck seitens der Vorgesetzten gemindert, da das System unabhängig von den Gesundheitseinrichtungen betrieben wird.

Die zweite Funktion erlaubt es, die Diskriminierung zu messen. Anhand von Fragebogen, die die Patientinnen und Patienten ausfüllen, wird deren Wahrnehmung hinsichtlich der Angemessenheit der erhaltenen Versorgung erfasst (Fairness-Erleben). Die Daten werden aggregiert, anonymisiert und in Form von Indikatoren nach Einrichtung und Kanton aufbereitet und anschliessend über ein Dashboard öffentlich zugänglich gemacht. Die systematische Überwachung von Ungleichheiten in der Behandlung orientiert sich an der Pharmakovigilanz und der Hämovigilanz, die unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln und Blutprodukten registrieren und analysieren. Im Projekt wird sie «Äquivigilanz» genannt.

Die dritte Funktion ermöglicht das Handeln. Die Plattform verweist Betroffene an bestehende Angebote wie Beratungsstellen, Rechtsberatungen und Hilfsorganisationen. Sie stellt Leitfäden zu den Patientenrechten sowie auf den jeweiligen Kanton zugeschnittene Musterbriefe bereit. Ein unabhängiger Ethik- und Überwachungsausschuss, der sich aus Fachleuten aus den Bereichen Gesundheit, Recht und Sozialwissenschaften sowie aus Betroffenen zusammensetzt, analysiert die Entwicklungen und spricht Empfehlungen an die Leitungen der Einrichtungen aus.

Die Daten von CareWatch werden in der Schweiz gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz gehostet, der Quellcode wird als Open Source veröffentlicht, sodass die Institutionen ihn prüfen oder auch weiterverwenden können.

Vom Einzelfall zum institutionellen Fakt

Für die Spitallandschaft bringt CareWatch hauptsächlich eine Verschiebung des Massstabs. Meldet eine einzelne Person eine Diskriminierung, besteht ein deutliches Ungleichgewicht gegenüber der Institution. Ihre Aussagen werden oft als Missverständnis, zwischenmenschliches Problem oder als Einzelfall abgetan. Gehen innerhalb eines bestätigten Zeitraums mehrere übereinstimmende Meldungen zu ein und demselben Dienst ein, wird daraus ein objektivierbarer institutioneller Fakt. Während interne Verfahren Einzelereignisse betrachten, deckt die Monitoringstelle wiederkehrende Muster, besonders belastete Abteilungen und kritische Zeiträume auf. Der Nachweis wird statistisch, die Gespräche mit der Geschäftsleitung beziehen sich auf Fakten, und die Gesundheitsversorgung lässt sich zeitlich nachverfolgen, vom Eingang der Meldung über die Korrekturmassnahme bis hin zur Entwicklung von Indikatoren.

Meldet eine einzelne Person eine Diskriminierung, besteht ein deutliches Ungleichgewicht gegenüber der Institution. Ihre Aussagen werden oft als Missverständnis, zwischenmenschliches Problem oder als Einzelfall abgetan.

Die Erfahrungen aus Grossbritannien verdeutlichen den Mechanismus. Nach dem Skandal um das Spital in Mid Staffordshire, bei dem trotz Qualitätssicherungsmassnahmen hunderte vermeidbare Todesfälle unbemerkt geblieben waren (Francis, 2013), führte der britische Gesundheitsdienst NHS im Jahr 2015 den *Workforce Race Equality Standard* ein, einen Standard bestehend aus neun Indikatoren zur gesundheitlichen Chancengleichheit, die für jede Einrichtung verbindlich sind und veröffentlicht werden müssen. Die folgenden Jahresberichte zeigen, dass die unabhängige und öffentliche Überwachung dieser Indikatoren zu messbaren Veränderungen in der Praxis geführt hat. CareWatch überträgt dieses Konzept auf den Schweizer Kontext und ergänzt es durch die direkte Einbindung der Betroffenen sowie individuelle Begleitung.

Aktueller Stand der Umsetzung und erste Ergebnisse

Die Plattform befindet sich im Entwicklungsstadium. Ein funktionsfähiger Prototyp, der eine gute Vorstellung der produktiven Version bietet, ist auf carewat.ch verfügbar. Er deckt die sieben Westschweizer Kantone ab und listet 25 Spitäler. Ein zweites Modul analysiert 174 Schweizer Gesetze im Hinblick auf Indikatoren zum Gesundheitswesen und zur Chancengerechtigkeit, um in den Meldungen aufgezeigte regulatorische Lücken zu identifizieren. Die breit angelegte Entwicklung der Plattform wird gemeinsam mit Partnern aus Wissenschaft und Industrie vorangetrieben. Das System wurde im Kanton Genf konzipiert, und derzeit finden Gespräche mit den Universitätsspitälern Genf (HUG) und den kantonalen Gesundheitsbehörden statt, um die ersten beiden Anwendungsaufträge auszuführen: der eine konzentriert sich auf den Schutz des Pflegepersonals, der andere auf die Erfassung von Ungleichbehandlungen, die Patientinnen und Patienten erfahren haben, sowie dann auf das Definieren von Gegenmassnahmen.

Im Februar 2026 wurde ein Gesuch um Finanzhilfe bei der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) eingereicht, der Stelle, die im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung Projekte zur Entwicklung der Versorgungsqualität unterstützt. In ihrer Antwort hat die

EQK anerkannt, dass gegen rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen vorgegangen werden muss. Sie hob zudem die Bedeutung des Fachwissens der Expertengruppe und des Einbezugs der betroffenen Bevölkerungsgruppen in das Projekt hervor. Das System wurde inzwischen neu in vier sich ergänzende Bereiche gegliedert: eine wissenschaftliche Monitoringstelle, einen Navigationsdienst für das Gesundheitswesen, einen Bereich für das Pflegepersonal und einen für Ungleichbehandlungen der Patientinnen und Patienten. Anfang 2027 soll ein zweites Gesuch für ein erweitertes Modul zur epidemiologischen Untersuchung gestellt werden. Ziel des Projekts ist es, in den ersten 24 Monaten nach Betriebsaufnahme 150 Meldungen zu validieren, Jahresberichte für die kantonalen Behörden zu veröffentlichen und Indikatoren zur Chancengerechtigkeit in die Qualitätsberichte von drei Gesundheitseinrichtungen zu integrieren.

Ausblick

Langfristig soll CareWatch die ganze Schweiz abdecken. Der rechtliche Rahmen für die Versorgungsqualität bietet eine geeignete institutionelle Grundlage, um das System auf alle Kantone auszuweiten, und mit der Veröffentlichung des Codes als Open Source steht es anderen Regionen oder auch anderen Ländern frei, ihn zu übernehmen. Eine Ausweitung auf ganz Europa wird derzeit gemeinsam mit Partnern aus Wissenschaft und Industrie geprüft. Das Endziel geht über die Plattform hinaus. Es geht letztlich darum, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu einem regulären Qualitätsindikator zu machen, der ebenso gemessen und veröffentlicht wird wie Spitalinfektionen oder Wiedereintritte – wie beim britischen Standard. Damit wird die Gleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung messbar, und was gemessen werden kann, kann auch verbessert werden.

David-Zacharie Issom, Doktor in Globaler Gesundheit der Universität Genf, ist Assistenzprofessor an der Fachhochschule Westschweiz in Genf (HES-SO), wo er das Convivens Lab leitet, ein Forschungslabor, das sich mit Informationstechnologien für gerechte Gesundheitssysteme befasst. Als Patient und Forscher ist er zudem Vizepräsident der European Sickle Cell Federation und der Schweizer Sichelzellenvereinigung Suisse Drépano.

david-zacharie.issom@hesge.ch

BIBLIOGRAFIE SEITE 127

CareWatch: un osservatorio dell'equità nelle cure

Concepita a Ginevra insieme ad associazioni di persone interessate, CareWatch è una piattaforma online che consente di segnalare le discriminazioni subite nel contesto delle cure, di misurarle e di adottare correttivi. Presentazione di uno strumento in fase di sviluppo che rende visibile ciò che gli strumenti statistici attuali faticano a cogliere.

Dr. David-Zacharie Issom

La ricerca internazionale documenta da lungo tempo le discriminazioni razziali nel sistema sanitario. Queste costituiscono un vero e proprio «determinante della salute» i cui effetti sulla morbilità e la mortalità sono quantificati da diversi decenni (Bailey et al., 2017; Krieger, 2020; Pattillo et al., 2023). La Svizzera non è esente da questo fenomeno. L'indagine sulla convivenza in Svizzera dell'Ufficio federale di statistica indica che il 54 per cento degli episodi di razzismo censiti nel 2022 sono avvenuti nel mondo del lavoro, il 15 per cento nell'amministrazione e circa il 10 per cento in ambito sanitario (Ngassop et al., 2024). Questi episodi comprendono disparità di trattamento, commenti ostili, rifiuto di fornire prestazioni e microaggressioni, ovvero osservazioni apparentemente innocue che trasmettono un messaggio denigratorio. Nel 2022 un rapporto dell'Organizzazione delle Nazioni Unite ha evidenziato il carattere strutturale del razzismo in Svizzera, anche nel sistema sanitario.

Misurare un fenomeno ampiamente invisibile

Tuttavia, la portata di queste discriminazioni è ancora poco conosciuta, ed è proprio qui che sta la sfida. La rete di consulenza per le vittime del razzismo ha registrato 46 segnalazioni nel settore sanitario nel corso dell'anno in esame (Rete di consulenza, 2024), un dato distorto che riflette esclusivamente il numero di persone che hanno richiesto una consulenza presso un centro.

Spesso, infatti, le persone più esposte ritengono di essere meno legittimate a lamentarsi. Questo fenomeno si basa su meccanismi ben documentati di razzismo interiorizzato, che porta una parte delle persone interessate ad accettare le attribuzioni negative che le riguardano. È inoltre riconducibile al fatto che la minaccia dello stereotipo fa temere alla persona che lamenta un dolore di vedere confermato il pregiudizio dell'esagerazione insito nella presunta «sindrome mediterranea» (Ngassop et al., 2024). A questi timori si sommano le esperienze pregresse di richieste di aiuto rimaste inascoltate, la dipendenza diretta dal team curante e la paura di rappresaglie, oggi ben documentata. Ad esempio, un sondaggio condotto nel 2026 dal Polo diversità, uguaglianza e inclusione dell'Ospedale universitario di Ginevra (HUG) tra i gruppi interessati conferma questa realtà. È infatti stato rilevato un tasso di discriminazione percepita del 44,4 per cento, una mancanza di follow-up nel 63 per cento delle situazioni riportate e cinque casi documentati di rappresaglie a seguito di una segnalazione.

Queste situazioni compromettono la qualità delle cure per l'intera popolazione a diversi livelli.

Il primo riguarda la relazione tra i pazienti e il sistema sanitario. Il timore di ricevere un trattamento inadeguato, spesso dovuto a esperienze negative vissute in passato, tenderà a ritardare il ricorso alle cure, trasformando situazioni benigne in complicazioni che avrebbero potuto essere evitate e facendo ricadere i costi su tutte le persone assicurate.

Il secondo riguarda la pratica clinica stessa. Infatti, i pregiudizi nella valutazione del dolore (Hoffman et al., 2016) e gli algoritmi che adattano alcuni esami in base a una presunta appartenenza razziale possono influire direttamente sulla diagnosi. Ne sono un esempio le formule per la stima della funzionalità renale, che generano errori medici oggettivi (Ngassop et al., 2024). Inoltre, è riconosciuto che alcune apparecchiature mediche, come i saturimetri, tendono a sovrastimare la saturazione di ossigeno nei pazienti dalla pigmentazione scura. Questa sovrastima

comporta una sottovalutazione dell'ipossiemia (tasso di ossigeno pericolosamente basso nel sangue), che può causare un ritardo nella presa in carico ed errori diagnostici (Yang et al. 2026).

Il terzo livello riguarda il personale. Le discriminazioni subite dal personale sanitario stesso contribuiscono all'esaurimento professionale. Una metanalisi condotta su 85 studi e oltre 288 000 membri del corpo infermieristico collegano questo esaurimento a un aumento degli errori terapeutici, ma anche delle infezioni nosocomiali e delle cadute tra i pazienti ricoverati (Li et al., 2024). Individuare e affrontare le discriminazioni è quindi fondamentale tanto per la sicurezza delle cure quanto per la tutela dei diritti fondamentali.

Una piattaforma nata dall'esperienza delle persone interessate

È in questo contesto che il Convivens Lab, un laboratorio della Scuola universitaria professionale di gestione di Ginevra dedicato alle tecnologie dell'informazione per sistemi sanitari equi, sta sviluppando la piattaforma CareWatch. Questo progetto porta avanti un impegno di lunga data nei confronti delle persone affette da anemia falciforme, la malattia genetica più diffusa al mondo, che colpisce prevalentemente persone razzializzate. Le loro testimonianze, raccolte per anni dalle associazioni di pazienti, descrivono dolori minimizzati al pronto soccorso, maltrattamenti, sospetti infondati di dipendenza dagli oppioidi, odissee terapeutiche e percorsi di cura difficoltosi, che talvolta conducono a decessi. La letteratura internazionale conferma queste testimonianze. Negli Stati Uniti, i dolori delle persone affette da questa patologia, pur essendo particolarmente acuti, vengono sistematicamente sottotrattati (Power-Hays e McGann, 2020). Nel Regno Unito, l'inchiesta parlamentare *No One's Listening*, condotta dopo il decesso nel 2019 di Evan Smith, un paziente di 21 anni affetto da anemia falciforme le cui richieste di aiuto erano state ignorate in ospedale, documenta decessi evitabili e lacune generalizzate nella presa in carico (Sickle Cell Society, 2021).

Le esperienze riportate vanno ben oltre le manifestazioni dolorose della malattia. Comprendono errori medici rimasti nell'ombra, sintomi ignorati o trattati in modo errato, psichiatrizzazioni infondate, ricoveri a scopo di assistenza (ricoveri forzati previsti dal Codice civile), complicazioni evitabili, perdita di anni di vita in buona salute, minori opportunità professionali e un isolamento sociale imposto sia dalla malattia che dallo stigma che la accompagna. Queste esperienze, seppur ricorrenti e concordanti, rimangono invisibili nelle statistiche sanitarie. Il progetto CareWatch è nato dalla volontà di rendere visibile e documentabile una realtà ampiamente assente dai dati sanitari.

Chiunque, paziente o curante, può riportare in maniera confidenziale e sicura una situazione di discriminazione vissuta o osservata.

La piattaforma è sviluppata in stretta collaborazione con le persone direttamente interessate. Alla sua concezione partecipano l'associazione dei professionisti della salute razzializzati (ASPR), l'associazione svizzera per l'anemia falciforme Suisse Drépano, pazienti partner, sindacati, giuristi, nonché team dell'HUG e di Unisanté a Losanna. Il progetto si inserisce in un ecosistema svizzero già attivo chiamato *Swiss Health Network for Equity*, di cui fa parte anche il Dipartimento vulnerabilità e medicina sociale (DVMS) di Unisanté, diretto dal professor Patrick Bodenmann. Quest'ultimo ha fatto del razzismo nelle cure un tema centrale dell'insegnamento e della ricerca (Bodenmann et al., 2022; Ngassop et al., 2024). Il Centro ospedaliero universitario del Cantone di Vaud (CHUV) e Unisanté hanno adottato codici contro la discriminazione con canali interni per la segnalazione e l'HUG dispone di un Polo diversità, uguaglianza e inclusione. CareWatch integra queste iniziative istituzionali con un sistema indipendente e intercantonale di misurazione delle discriminazioni.

Tre funzioni: segnalare, misurare, agire

La prima funzione della piattaforma è la segnalazione. Chiunque, paziente o curante, può riportare in maniera confidenziale e sicura una situazione di discriminazione vissuta o osservata. Ogni segnalazione è collegata a un motivo di discriminazione riconosciuto dal diritto svizzero (la piattaforma ne distingue 18), contrassegnata con data e ora e certificata. Una volta registrata, può essere completata, ma non modificata o cancellata. Questa immutabilità tutela l'integrità della traccia e limita i rischi di pressioni gerarchiche, poiché il sistema è indipendente dalle strutture sanitarie.

La seconda funzione è la misurazione. La percezione dell'equità nelle cure ricevute dai pazienti è rilevata attraverso questionari. I dati raccolti vengono aggregati, anonimizzati e presentati sotto forma di indicatori per struttura e per Cantone, consultabili su un dashboard pubblico. Questo monitoraggio sistematico delle iniquità di trattamento è ispirato alla farmacovigilanza e all'emovigilanza, che sorvegliano gli effetti collaterali dei farmaci e dei prodotti ematici. Nel progetto è definito con il termine di «equivigilanza».

La terza funzione è l'azione. La piattaforma orienta le persone verso i servizi a disposizione: centri di consulenza, servizi legali e associazioni di sostegno. Offre guide relative ai diritti dei pazienti e modelli di lettere adattati al relativo Cantone. Un comitato etico e di vigilanza indipendente, composto da specialisti nei settori della salute, del diritto e delle scienze sociali, nonché da persone interessate, analizza le tendenze e fornisce raccomandazioni alla direzione delle strutture.

I dati di CareWatch sono conservati in Svizzera, in conformità alla legge federa-

le sulla protezione dei dati, e il codice è open source, il che consente a qualunque istituzione di verificarlo o riutilizzarlo.

Da caso isolato a fatto istituzionale

Il contributo centrale di CareWatch nell'ambito ospedaliero risiede in un cambiamento di prospettiva. Una persona che segnala una discriminazione si trova in una situazione di profonda asimmetria di fronte a un'istituzione, e ciò che afferma è spesso minimizzato e ridotto a un malinteso, una problematica interpersonale o un evento isolato. La convergenza di diverse segnalazioni concordanti relative allo stesso servizio, su un periodo certificato, costituisce un fatto istituzionale oggettivabile. Laddove le procedure interne individuano casi isolati, l'osservatorio mette in luce motivi ricorrenti, servizi particolarmente interessati e periodi critici. L'individuazione assume un carattere statistico, il dialogo con la direzione si basa su dati concreti e la gestione può essere monitorata nel tempo, dalla segnalazione alla misura correttiva, fino all'evoluzione degli indicatori.

> *Una persona che segnala una discriminazione si trova in una situazione di profonda asimmetria di fronte a un'istituzione, e ciò che afferma è spesso minimizzato e ridotto a un malinteso, una problematica interpersonale o un evento isolato.*

L'esperienza britannica illustra questo meccanismo. Dopo lo scandalo dell'ospedale di Stafford, in cui centinaia di decessi evitabili erano passati inosservati nonostante i sistemi di monitoraggio della qualità (Francis, 2013), nel 2015 il servizio sanitario nazionale ha creato il *Workforce Race Equality Standard*, un insieme di nove indicatori relativi all'equità razziale, obbligatori e di pubblico dominio per ogni struttura. I rapporti annuali successivi mostrano che il monitoraggio indipendente e pubblico di questi indicatori genera cambiamenti misurabili nella pratica. CareWatch traspone questa logica al contesto svizzero, aggiungendovi la partecipazione diretta delle persone interessate e un accompagnamento personalizzato.

Implementazione attuale e primi risultati

La piattaforma è in fase di sviluppo: all'indirizzo carewat.ch è disponibile un prototipo funzionante che anticipa la futura versione finale e include, oltre ai sette Cantoni della Svizzera francese, 25 strutture ospedaliere. Un secondo modulo è in grado di analizzare 174 leggi svizzere alla luce di indicatori di salute pubblica e di equità per individuare le lacune normative evidenziate dalle segnalazioni. Lo sviluppo su larga scala della piattaforma è già in corso in collaborazione con partner accademici e commerciali. Poiché Ginevra è il Cantone fondatore di questo sistema, sono in corso colloqui con l'HUG e con le autorità sanitarie cantonali in vista dei primi incarichi di attuazione: uno incentrato sulla protezione del personale sanitario, l'altro sul monitoraggio delle iniquità subite dai pazienti e sull'adozione di misure correttive.

Nel mese di febbraio del 2026 è stata presentata una domanda di aiuto finanziario alla Commissione federale per la qualità, l'organo che finanzia i progetti di sviluppo della qualità delle cure ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie. Nella sua risposta, la Commissione ha riconosciuto la necessità di agire contro la discriminazione razziale in ambito sanitario. Ha anche sottolineato l'importanza delle competenze del consorzio e del coinvolgimento dei gruppi interessati nel progetto. Da allora il sistema è stato riorganizzato attorno a quattro assi complementari: un osservatorio scientifico, un servizio di navigazione nel sistema sanitario, un'area dedicata al personale sanitario e un'area dedicata alle iniquità vissute dai pazienti. Si prevede di presentare una nuova domanda di finanziamento all'inizio del 2027 per un modulo di indagine epidemiologica potenziato. L'obiettivo del progetto, entro 24 mesi dall'avvio delle attività, è convalidare 150 segnalazioni, pubblicare rapporti annuali destinati alle autorità cantonali e integrare gli indicatori di equità nei rapporti sulla qualità di tre strutture.

Prospettive

A lungo termine, CareWatch ha una vocazione nazionale. Il quadro legale della qualità delle cure offre una base istituzionale che si presta per ampliare il sistema a tutti i Cantoni, e la pubblicazione open source del codice consente il libero utilizzo da parte di altre regioni, o addirittura di altri Paesi. Al momento si sta valutando un'espansione europea con partner accademici e commerciali. L'obiettivo finale va oltre la piattaforma in sé: consiste nel rendere l'equità un indicatore ordinario di qualità, misurato e pubblicato al pari delle infezioni nosocomiali o delle riammissioni, come avviene in Gran Bretagna. L'equità nelle cure sarà quindi misurabile, e ciò che si può misurare, si può migliorare.

Titolare di un dottorato in salute globale all'Università di Ginevra, David-Zacharie Issom è professore assistente alla Scuola universitaria professionale di gestione di Ginevra, dove dirige il Convivens Lab, *un laboratorio dedicato alle tecnologie dell'informazione per sistemi sanitari equi. Paziente-ricercatore, è altresì vicepresidente della Federazione europea per l'anemia falciforme e dell'Associazione svizzera per l'anemia falciforme.*

david-zacharie.issom@hesge.ch

BIBLIOGRAFIA A PAGINA 127

Rassistische Polizeigewalt und Menschenrechte

Urteil 6B_420/2024 des Bundesgerichts vom 2. Oktober 2025

In einer Herbstnacht 2009 wurden der Beschwerdeführer A. und seine Begleitperson E. von zwei Polizeibeamten in einem Zürcher Tram einer Personenkontrolle unterzogen. Nachdem sie gefragt hatten, weshalb nur sie kontrolliert würden und ob dies aufgrund ihrer Hautfarbe erfolge, seien die beiden Fahrgäste aufgefordert worden, an der nächsten Haltestelle auszusteigen. Es kam in der Folge zu einer gewaltsamen Auseinandersetzung. Unbestritten ist, dass A. mehrmals geschlagen, mit Pfefferspray besprüht und am Boden liegend mit Handschellen gefesselt wurde. Sowohl A. als auch die Polizisten erlitten Verletzungen. Der weitere Ablauf blieb zwischen den Beteiligten umstritten.

A. machte geltend, trotz Hinweises auf eine kürzlich erfolgte Herzoperation geschlagen und gewürgt worden zu sein. Zudem sei sinngemäss die Äusserung «Scheiss Afrikaner, geh zurück nach Afrika» gefallen. Die Polizisten gaben an, A. habe Bildern einer zur Fahndung ausgeschriebenen Person geglichen, weshalb er kontrolliert worden sei. Ferner habe sich der Beschwerdeführer aggressiv verhalten, und als einer der Polizisten dessen Arm fixieren wollte, weil er dachte, A. würde nach einer Waffe in seiner Jackentasche greifen, habe sich A. losgerissen und sei auf den Polizisten losgegangen. Die Polizisten hätten von A. erst von der Herzoperation erfahren, als dieser am Boden lag.

Nach zweimaliger Einstellung des Verfahrens durch die Staatsanwaltschaft mussten die Untersuchungen aufgrund erfolgreicher Beschwerden fortgesetzt werden. Die Polizisten wurden von den Vorinstanzen freigesprochen. Das Bundesgericht hatte schliesslich noch über die Strafbarkeit eines Polizisten zu entscheiden, wobei der Beschwerdeführer insbesondere eine Verurteilung wegen versuchter vorsätzlicher Tötung und Amtsmissbrauch forderte. Erwähnenswert ist, dass die Staatsanwaltschaft entgegen der Anklageschrift bereits vor der ersten Instanz den Freispruch aller beschuldigten Polizeiangehörigen verlangte.[20]

Vor dem Hintergrund, dass A. gegen diesen Entscheid vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) Beschwerde erhoben hat, wird im Folgenden der Entscheid des Bundesgerichts zusammengefasst und einer kritischen Würdigung unterzogen.

Zur Strafbarkeit

Das Bundesgericht prüfte nicht nochmals von Grund auf, was in jener Nacht geschehen war. Es untersuchte lediglich, ob das Obergericht die Beweise offensichtlich falsch gewürdigt hatte (Willkürprüfung). Da es keine solchen Fehler erkannte und die Begründungen nachvollziehbar waren, übernahm es die Sachverhaltsfeststellungen der Vorinstanz und bestätigte den Freispruch ohne eine erneute rechtliche Prüfung der vorgeworfenen Straftaten.

Zum Verbot von Folter, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung oder Bestrafung

In den weiteren Erwägungen prüfte das Bundesgericht, ob eine Verletzung des Verbots von Folter, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung (Art. 10 Abs. 3 BV, Art. 3 EMRK) vorliegt: Jeglicher Einsatz physischer Gewalt durch die Polizeikräfte, der aufgrund des Verhaltens der betroffenen Person nicht zwingend notwendig ist, stellt eine unmenschliche oder erniedrigende Behandlung dar.[21] Der EGMR unterscheidet zwischen einem materiellen und einem prozeduralen Teilgehalt von Artikel 3 EMRK. Der materielle Teil schützt vor Folter sowie unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung. Der prozedurale Teil verpflichtet die Behörden, entsprechende Vorwürfe wirksam abzu-

klären. Das Bundesgericht prüfte beide Teilgehalte.

Bei polizeilicher Gewaltanwendung ergibt sich für die Staaten bei einer vertretbaren Behauptung einer gegen Artikel 3 EMRK verstossenden Behandlung die Pflicht, eine sorgfältige und hinreichend schnelle amtliche Untersuchung durchzuführen, die eine Ermittlung und Bestrafung der Verantwortlichen ermöglichen muss. Erfolgt keine solche Untersuchung, so liegt eine prozedurale Verletzung von Artikel 3 EMRK vor. Die Untersuchungspflicht verpflichtet die Staaten auch zur Abklärung rassistischer Motive.

Konkret erachtete das Bundesgericht die Untersuchung im Urteilszeitpunkt zwar als ausreichend gründlich. Es gelangte jedoch zum Schluss, dass die zweimalige unrechtmässige Einstellung des Verfahrens sowie dessen Gesamtdauer von 16 Jahren den Anforderungen an eine von Amtes wegen durchzuführende und mit der gebotenen Eile geführte Untersuchung nicht gerecht wurden. Es hiess die Beschwerde daher in diesem Punkt gut und stellte eine Verletzung des prozeduralen Teilgehalts von Artikel 3 EMRK fest.

Für die implizite Beurteilung des materiellen Teilgehalts von Artikel 3 EMRK griff das Bundesgericht auf die Beweisregeln des EGMR zurück: Befindet sich eine Person unter der Kontrolle der Polizei, so liegt das Wissen über die Vorfälle ausschliesslich bei den Behörden. In dieser Konstellation ergibt sich im Fall von Verletzungen der betroffenen Person eine starke Vermutung für eine materielle Verletzung des Folterverbots und der Staat ist verpflichtet, eine zufriedenstellende und überzeugende Erklärung dafür zu liefern. Genau dies war der Fall – A. zog sich unter der Kontrolle der Polizei Verletzungen zu, weshalb eine starke Tatsachenvermutung für eine unmenschliche oder erniedrigende Behandlung bestand. Nach Auffassung des Bundesgerichts vermochten die durchgeführten Untersuchungen jedoch eine überzeugende und zufriedenstellende Erklärung für die umstrittenen Vorfälle zu liefern. Es gelangte daher zum Schluss, dass die angewandte Gewalt nicht unverhältnismässig gewesen sei.

Diese Schlussfolgerung wirft jedoch Fragen auf. Der vom Bundesgericht angewandte Massstab der «nicht unverhältnismässigen» Gewaltanwendung ist verfehlt, da sich eine unmenschliche oder erniedrigende Behandlung aufgrund ihres absoluten Verbots nicht durch Verhältnismässigkeitserwägungen rechtfertigen lässt. Massgeblich ist vielmehr, ob die Gewaltanwendung strikt notwendig war. Angesichts des vorliegenden Beweisergebnisses erscheint dies zumindest fraglich.

Zudem gibt die Beweiswürdigung des Bundesgerichts Anlass zur Kritik. A. und seine Begleitperson E. haben übereinstimmend angegeben, dass A. auch Schläge verabreicht wurden, während dieser in Handschellen am Boden lag. Auf diese Vorwürfe ist das Bundesgericht in seinen Erwägungen aber nicht weiter eingegangen. Denn sollte sich dieser Vorwurf bewahrheiten, so wäre sicherlich nicht von einer zwingend notwendigen Gewaltanwendung auszugehen und folglich müsste eine materielle Verletzung von Artikel 3 EMRK angenommen werden.

Zu rassistischen Motiven

Ebenso sagten A. und E. übereinstimmend aus, es sei sinngemäss die Aussage, A. solle nach Afrika zurückgehen, gefallen. Dies wirft zwangsläufig die Frage möglicher rassistischer Motive auf. Das Bundesgericht trat auf die Argumente von A. nicht ein, wonach die unzulässige, auf *Racial Profiling* beruhende, Personenkontrolle ein Amtsmissbrauch gemäss Artikel 312 StGB darstellt. Begründet wurde der Entscheid damit, dass eine rassistisch motivierte Personenkontrolle lediglich Artikel 14 in Verbindung mit Artikel 8 EMRK (Diskriminierungsverbot und Recht auf Privatleben) betreffe und damit nicht die erforderliche Schwere für eine Verletzung des Folterverbots (Art. 3 EMRK) erreiche. Allerdings lässt das Bundesgericht dabei ausser Acht, dass der EGMR auch bei einem vertretbar behaupteten *Racial Profiling* eine staatliche Pflicht zur Untersuchung rassistischer Motive anerkannt hat.[22] A. machte bereits während der Kontrolle geltend, aufgrund seiner Hautfarbe kontrolliert zu werden. Zusammen mit der behaupteten Äusserung der Polizisten erscheint der Vorwurf eines rassistischen Motivs zumindest vertretbar. Deshalb hätte nach der Rechtsprechung des EGMR ebenfalls eine Pflicht bestanden, mögliche rassistische Motive näher zu untersuchen.

Trotz des Vorwurfs von *Racial Profiling* gingen sämtliche Instanzen von der Rechtmässigkeit der Personenkontrolle aus. Auch das Bundesgericht verzichtet weitgehend auf eine ernsthafte Auseinandersetzung mit den Rassismusvorwürfen. Von einer sorgfältigen und gründlichen Untersuchung der rassistischen Motive kann folglich nicht ausgegangen werden und eine Verletzung des prozeduralen Teilgehalts von Artikel 14 in Verbindung mit Artikel 3 und 8 EMRK ist zumindest wahrscheinlich.[23]

Schlussbetrachtung

Im Anschluss an das Bundesgerichtsurteil wurde Beschwerde beim EGMR eingereicht. Nach den vorstehenden Ausführungen erscheint es nach dem EGMR-Urteil *Wa Baile gegen die Schweiz* nicht ausgeschlossen, dass der EGMR erneut eine Verletzung der EMRK feststellen könnte. Zwar stützte sich das Bundesgericht auf die Rechtsprechung des EGMR, setzte sich jedoch nicht mit allen für den vorliegenden Fall relevanten Aspekten auseinander.

Unabhängig vom Ausgang des Verfahrens vor dem EGMR verdeutlicht der Fall die besonderen Schwierigkeiten strafrechtlicher Verfahren gegen Polizeibeamte, insbesondere wenn Vorwürfe des strukturellen oder institutionellen Rassismus im Raum stehen. Der Freispruch des Polizisten mag unter Berücksichti-

gung des Grundsatzes *in dubio pro reo* («im Zweifel für den Angeklagten») strafprozessual nachvollziehbar sein. Ob das polizeiliche Vorgehen menschen- und diskriminierungsrechtlichen Anforderungen genügte, bleibt hingegen zweifelhaft. Die staatliche Verantwortung wurde im Strafverfahren lediglich am Rande thematisiert, obwohl gerade ihre vertiefte Prüfung erforderlich gewesen wäre.

Der Fall unterstreicht damit exemplarisch die Forderung der EKR nach unabhängigen Beschwerdestellen, die eine wirksame und unabhängige Untersuchung von Vorwürfen der Polizeigewalt und des *Racial Profiling* gewährleisten können.[24]

[20] Urteil DG160367 des Bezirksgerichts Zürich vom 17. April 2018.

[21] Siehe bspw. EGMR *Bouyid c. Belgique*, 23380/09 (28. September 2015), § 100 ff., wo eine Ohrfeige von Polizeibeamten auf einer Polizeiwache als erniedrigende Behandlung eingestuft wurde.

[22] EGMR *Basu c. Allemagne*, 215/19 (18. Oktober 2022), § 35.

[23] Siehe dazu EGMR *Wa Baile c. Suisse*, 43868/18 und 25883/21 (20. Februar 2024), § 96 ff.

[24] Siehe dazu Stellungnahme der EKR vom 5. September 2025.

Violences policières à caractère raciste et droits humains

Arrêt 6C_420/2024 du Tribunal fédéral du 2 octobre 2025

Au cours d'une nuit de l'automne 2009, le requérant (A.) et la personne qui l'accompagnait (E.) font l'objet d'un contrôle d'identité réalisé par deux agents de police à bord d'un tramway à Zurich. Après avoir demandé pourquoi ils sont les seuls à devoir justifier de leur identité et si cela est dû à la couleur de leur peau, les deux passagers sont invités à descendre de voiture au prochain arrêt. C'est alors que le contrôle dégénère, donnant lieu à des violences. Il est établi que A. a été frappé à plusieurs reprises, aspergé de gaz à poivre et menotté alors qu'il était allongé au sol. Des blessures ont été constatées sur A. et sur les deux policiers. Les déclarations des parties sont contradictoires concernant la suite des événements.

A. affirme avoir été frappé et étranglé, alors qu'il a signalé avoir récemment subi une opération cardiaque. Il dit par ailleurs avoir entendu des propos du type « Sale Africain, retourne en Afrique ». Les policiers ont déclaré que A. ressemblait à une personne recherchée dont ils avaient des photos, raison pour laquelle il avait été contrôlé. Le requérant aurait par ailleurs eu un comportement agressif : alors qu'un des policiers tentait de lui immobiliser le bras pensant qu'il essayait de sortir une arme de la poche de sa veste, A. se serait dégagé et se serait jeté sur lui. Les policiers n'auraient eu connaissance de l'opération cardiaque subie par A. qu'une fois celui-ci à terre.

Après deux classements de la procédure par le ministère public, l'enquête a été reprise à la suite de recours ayant abouti. Les juridictions cantonales ont prononcé l'acquittement des policiers. Le Tribunal fédéral devait se prononcer sur la responsabilité pénale d'un des deux agents, le requérant réclamant notamment une condamnation pour tentative d'homicide volontaire et abus de pouvoir. Il convient de noter que le Ministère public avait demandé en première instance l'acquittement de l'ensemble des policiers mis en cause, allant ainsi à l'encontre de l'acte d'accusation[25].

Nous proposons ci-après une lecture critique de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral. Sachant que A. a interjeté recours auprès de la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH), nous soulevons également quelques questions auxquelles la haute instance européenne devra sans doute répondre.

Punissabilité des faits

Le Tribunal fédéral n'est pas revenu en détail sur le déroulement de la soirée. Il s'est contenté d'examiner si le tribunal supérieur cantonal avait pu mal apprécier certaines preuves (contrôle de l'arbitraire). N'ayant pas constaté d'erreur à ce niveau et ayant jugé que les justifications apportées étaient claires, il a repris les constatations de la juridiction précédente et confirmé l'acquittement sans procéder à un nouvel examen des faits rapportés.

Interdiction de la torture et des peines et traitements inhumains ou dégradants

Dans la suite de ses considérants, le Tribunal fédéral a examiné s'il y avait violation de l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (art. 10, al. 3, Cst. et art. 3 de la Convention européenne des droits de l'homme [CEDH]) : selon la jurisprudence constante de la CourEDH, tout recours à la force physique par les agents de l'État à l'encontre d'une personne qui n'est pas rendu strictement nécessaire par son comportement constitue un traitement inhumain ou dégradant[26]. La CourEDH fait la distinction à l'art. 3 CEDH entre un volet matériel (interdiction absolue de la torture et des traitements inhumains ou dégradants) et un volet procédural (devoir de mener une enquête effective). Le Tribunal fédéral s'est intéressé aux deux volets.

En cas de recours à la force par des agents de police, l'État est tenu de mener une enquête officielle, rapide et approfondie dès lors qu'une allégation défendable de mauvais traitement contraire à l'art. 3 CEDH est formulée. Cette enquête doit être effective, permettre d'identifier les personnes responsables, établir les circonstances des faits et, le cas échéant, conduire au prononcé de sanctions appropriées. En l'absence d'une telle enquête, il y a atteinte au volet procédural de l'art. 3 CEDH. L'obligation de mener une enquête impose égale-

ment à l'État d'examiner les motivations racistes.

Le Tribunal fédéral a estimé que l'enquête avait été menée de manière suffisamment approfondie. Il est toutefois parvenu à la conclusion que les deux décisions de classement de la procédure et la durée des investigations (seize années) étaient incompatibles avec les exigences d'une enquête menée d'office, de manière diligente et effective. Il a donc jugé le recours recevable sur ce point et confirmé la violation du volet procédural de l'art. 3 CEDH.

Pour l'évaluation du volet matériel de l'art. 3 CEDH, le Tribunal fédéral s'est appuyé sur les règles relatives à la charge de la preuve dégagées par la jurisprudence de la CourEDH. En effet, lorsqu'une personne est placée sous le contrôle des autorités, ces dernières sont, en principe, les seules à connaître avec précision les circonstances dans lesquelles les faits se sont produits. Lorsque la personne concernée présente des blessures, il existe une forte présomption qu'elles soient imputables à l'État et révèlent une violation du volet matériel de l'art. 3 CEDH, à moins que les autorités ne fournissent une explication convaincante de leur origine. Dans le cas considéré, A. a été blessé alors qu'il était sous la garde des agents de police, ce qui fait naître une forte présomption de traitement inhumain ou dégradant au sens de l'art. 3 CEDH. Selon le Tribunal fédéral, les enquêtes réalisées ont toutefois permis d'apporter des clarifications convaincantes et satisfaisantes sur les événements litigieux. Il a donc été estimé que la force utilisée n'avait pas été disproportionnée.

Cette décision n'est cependant pas sans susciter quelques interrogations. En considérant que le recours à la force est « non disproportionné », le Tribunal fédéral retient une qualification juridique qui prête à discussion. L'interdiction des traitements inhumains ou dégradants étant absolue au regard de la CEDH, ceux-ci ne peuvent pas être justifiés par des considérations de proportionnalité. Ce qui est déterminant, c'est de savoir si le recours à la force était strictement nécessaire. Au vu des éléments de preuve disponibles, cela semble pour le moins discutable.

L'appréciation des preuves par le Tribunal fédéral est tout aussi discutable. A. et E. ont tous deux déclaré que A. avait également reçu des coups lorsqu'il était allongé au sol et menotté. Les considérants du Tribunal fédéral ne s'attardent pas sur ces faits. Or si ces allégations étaient établies, il n'y aurait pas lieu de considérer que le recours à la force était « strictement nécessaire ». Il faudrait donc conclure qu'il y a eu violation du volet matériel de l'art. 3 CEDH.

Motivations racistes

A. et E. ont tous deux rapporté que les agents de police avaient tenu des propos laissant entendre, en substance, que A. devait retourner en Afrique. Cela soulève inévitablement la question de l'existence de motivations racistes. Le Tribunal fédéral n'a pas retenu les arguments de A., selon lesquels le contrôle d'identité était illégal, car reposant sur un *profilage racial*, et constituait un abus de pouvoir au sens de l'art. 312 du code pénal suisse. Pour justifier sa décision, il a considéré qu'un contrôle d'identité à caractère raciste tombait uniquement sous le coup de l'art. 14 CEDH (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale). Il a ainsi estimé que ce contrôle n'atteignait pas le seuil de gravité requis pour constituer une violation de l'interdiction des traitements inhumains ou dégradants au sens de l'art. 3 CEDH. Ce faisant, le Tribunal fédéral ne tient pas compte de la jurisprudence de la CourEDH selon laquelle l'État a l'obligation d'ouvrir une enquête sur les comportements abusifs à motivation raciste, y compris en présence d'allégations défendables de *profilage racial*[27]. Selon A., le contrôle d'identité auquel il a été soumis était fondé sur la couleur de sa peau, ce qu'il a dénoncé dès l'instant où les policiers lui ont demandé de justifier de son identité. Compte tenu des propos attribués aux agents de police au cours du contrôle, les allégations selon lesquelles leur comportement était motivé par des considérations racistes apparaissent, à tout le moins, défendables. Au regard de la jurisprudence de la CourEDH, l'État avait l'obligation d'examiner de manière approfondie si les agissements en cause étaient, ou non, motivés par des considérations racistes.

Malgré les accusations de *profilage racial*, toutes les instances ont considéré que le contrôle d'identité était légal. Le Tribunal fédéral n'a pas non plus jugé utile de procéder à un examen rigoureux du grief de discrimination raciale. On ne saurait donc ici considérer qu'une enquête minutieuse et approfondie a été menée sur les motivations racistes. Dans ces circonstances, l'existence d'une violation du volet procédural de l'art. 14 CEDH en relation avec les art. 3 et 8 CEDH paraît vraisemblable[28].

Considérations finales

Le requérant a formé recours devant la CourEDH suite à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral. Au vu de ce qui précède, il ne semble pas exclu, notamment à la lumière de la décision de la CourEDH dans l'affaire *Wa Baile c. Suisse*, que la CourEDH puisse à nouveau constater une violation des dispositions de la CEDH. Si le Tribunal fédéral s'est bien appuyé sur la jurisprudence de la CourEDH, il n'a pas examiné tous les aspects pertinents pour la présente affaire.

Quelle que soit l'issue de la procédure devant la CourEDH, cette affaire met en évidence les difficultés rencontrées dans le cadre de procédures pénales initiées à l'encontre des forces de l'ordre, notamment lorsque des accusations de racisme structurel ou institutionnel sont formulées. L'acquittement du policier peut se justifier au regard des règles de procédure pénale, en application du principe *in dubio pro reo* (« le doute profite à l'accusé »). On peut toutefois se demander si les

exigences en matière de droits humains et de non-discrimination ont bien été respectées dans le cadre de ce contrôle d'identité. La responsabilité de l'État n'a été abordée que de manière marginale, alors qu'un examen approfondi de cette question aurait été nécessaire.

Cette affaire illustre parfaitement la demande formulée par la CFR de mettre en place des instances de recours indépendantes afin de garantir la réalisation d'enquêtes efficaces et impartiales en cas d'allégations de violences policières et de *profilage racial*[29].

[25] Arrêt DG160367 rendu par le tribunal de district de Zurich le 17 avril 2018.

[26] Voir p. ex. l'arrêt de la CourEDH *Bouyid c. Belgique* du 28 septembre 2015 (requête no 23380/09), §§ 100 ss., où il a été estimé que l'administration d'une gifle par les forces de l'ordre au poste de police s'apparentait à un traitement dégradant.

[27] CourEDH, arrêt *Basu c. Allemagne* du 18 octobre 2022 (requête no 215/19), § 35.

[28] Voir l'arrêt de la CourEDH *Wa Baile c. Suisse* du 20 février 2024 (nos de requête 43868/18 et 25883/21), §§ 96 ss.

[29] Voir à ce sujet la prise de position de la CFR du 5 septembre 2025.

Violenza poliziesca a sfondo razzista e diritti umani

Decisione 6B_420/2024 del Tribunale federale del 2 ottobre 2025

In una notte dell'autunno del 2009, il ricorrente A. e la persona che lo accompagna E. vengono sottoposti a un controllo d'identità da parte di due agenti di polizia su un tram di Zurigo. Dopo avere chiesto per quale motivo fossero gli unici due a essere controllati e se ciò fosse dovuto al colore della loro pelle, i due passeggeri sono invitati a scendere alla fermata successiva. La discussione sfocia quindi in una violenta colluttazione. È accertato che A. viene colpito più volte, spruzzato con spray al peperoncino e ammanettato mentre si trovava a terra. Sia A. sia gli agenti di polizia riportano lesioni. La successiva ricostruzione dei fatti, invece, è ancora oggetto di controversia tra le parti coinvolte.

A. sostiene di avere subito percosse e di essere stato afferrato al collo, nonostante avesse segnalato di essere reduce da un intervento chirurgico al cuore. Afferma inoltre che sono state pronunciate frasi quali: «Africano di merda, tornatene in Africa». Gli agenti di polizia dichiarano che A. è stato sottoposto al controllo d'identità perché assomigliava alle fotografie di una persona ricercata. Sostengono inoltre che il ricorrente si è mostrato aggressivo e che, quando uno di loro ha cercato di immobilizzargli un braccio ritenendo che stesse cercando di afferrare un'arma nella tasca della giacca, A. si è divincolato e si è scagliato contro il poliziotto. Gli agenti sarebbero venuti a conoscenza del recente intervento al cuore soltanto quando A. si trovava già a terra.

Dopo ben due sospensioni del procedimento giudiziario su richiesta del Ministero pubblico, le indagini sono proseguite in seguito all'accoglimento del ricorso. Gli agenti di polizia erano già stati assolti dai tribunali di livello inferiori. Il Tribunale federale doveva pronunciarsi soltanto sulla punibilità di uno degli agenti, mentre il ricorrente chiedeva una condanna per tentato omicidio intenzionale e abuso di autorità. Da notare che il Ministero pubblico, contrariamente a quanto sostenuto nell'atto d'accusa, aveva già chiesto in primo grado che tutti i membri delle forze di polizia imputati venissero assolti[30].

In considerazione del ricorso presentato da A. dinanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo (Corte EDU), nel seguito presentiamo una sintesi, corredata di un'analisi critica, della decisione emessa dal Tribunale federale.

In merito alla punibilità

Il Tribunale federale non ha riesaminato da capo quanto accaduto quella notte, ma si è limitato a verificare se il Tribunale d'appello avesse valutato le prove in modo manifestamente errato o arbitrario (controllo dell'arbitrio). Non avendo ravvisato alcun errore di questo tipo e ritenendo che le motivazioni fossero attendibili, ha fatto propri gli accertamenti dei fatti del tribunale di livello inferiore e ha confermato l'assoluzione senza procedere a un nuovo esame legale dei reati contestati.

In merito al divieto di tortura e di trattamenti o punizioni inumani o degradanti

Nelle sue successive considerazioni, il Tribunale federale ha esaminato se vi fosse una violazione del divieto di tortura e di trattamenti o punizioni inumani o degradanti (art. 10 cpv. 3 Cost. e art. 3 CEDU). Qualsiasi ricorso alla violenza fisica da parte delle forze di polizia che non sia reso strettamente necessario dal comportamento della persona interessata costituisce un trattamento inumano o degradante[31]. La Corte EDU distingue una dimensione materiale e una dimensione procedurale dell'articolo 3 CEDU. La dimensione materiale tutela le persone contro la tortura e i trattamenti inumani o degradanti. La dimensione procedurale impone alle autorità l'obbligo di accertare in modo effettivo le accuse. Il Tribunale federale ha pertanto esaminato la fattispecie alla luce di entrambe le dimensioni.

Se in seguito all'uso della forza da parte della polizia viene presentata un'asserzione fondata relativa a un trattamento contrario all'articolo 3 CEDU, lo Stato ha l'obbligo di procedere d'ufficio a un'indagine accurata e con sufficiente celerità che consenta di identificare e punire le persone responsabili. Il mancato svolgimento di tale indagine costituisce una violazione procedurale dell'articolo 3 CEDU. L'obbligo di condurre un'indagine impone inoltre allo Stato di chiarire eventuali moventi di natura razzista.

Nella fattispecie, il Tribunale federale ha giudicato che, al momento della pronuncia della decisione, l'indagine fosse stata condotta in maniera sufficientemente accurata. Tuttavia, è giunto alla conclusione che la duplice illegittima sospensione del procedimento, nonché la sua durata complessiva di 16 anni, non soddisfacessero il criterio secondo cui un'in-



dagine deve essere svolta d'ufficio con la dovuta celerità. Ha pertanto accolto il ricorso su questo punto e constatato una violazione della dimensione procedurale dell'articolo 3 CEDU.

Per la valutazione implicita della dimensione materiale dell'articolo 3 CEDU, il Tribunale federale ha fatto riferimento ai criteri probatori della Corte EDU: quando una persona si trova sotto il controllo della polizia, la conoscenza dei fatti è detenuta esclusivamente dalle autorità. In tale situazione, qualora la persona interessata riporti lesioni, sussiste una forte presunzione di violazione materiale del divieto di tortura; spetta quindi allo Stato fornire una spiegazione soddisfacente e convincente di quanto accaduto. Nella fattispecie è venuta a verificarsi esattamente questa situazione: poiché A. aveva riportato lesioni mentre si trovava sotto il controllo della polizia, vi era la forte presunzione che avesse subito un trattamento inumano o degradante. Tuttavia, ritenendo che le indagini condotte abbiano potuto fornire una spiegazione convincente e soddisfacente degli episodi contestati, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che l'uso della forza impiegata non fosse sproporzionato.

Questa conclusione solleva tuttavia alcuni interrogativi. Il criterio dell'«uso non sproporzionato» della forza applicato dal Tribunale federale risulta errato, poiché un trattamento inumano o degradante, in ragione del carattere assoluto del relativo divieto, non può essere giustificato mediante considerazioni di proporzionalità. Il criterio determinante è piuttosto stabilire se il ricorso alla forza fosse strettamente necessario oppure no. Alla luce delle prove emerse nel caso in questione, ciò appare quantomeno incerto.

Anche la valutazione delle prove effettuata dal Tribunale federale può dare adito a critiche. A. e la persona che lo accompagnava, E., hanno dichiarato, in due versioni concordanti, che ad A. sono stati inferti colpi anche mentre giaceva a terra ammanettato. Tuttavia, il Tribunale federale non ha approfondito ulteriormente tali accuse nelle proprie considerazioni. Qualora si rivelassero fondate, non si potrebbe di certo ritenere che l'uso della forza fosse strettamente necessario e, di conseguenza, si dovrebbe riconoscere una violazione materiale dell'articolo 3 CEDU.

In merito al movente razzista

Secondo le dichiarazioni di A. ed E., sarebbe stata pronunciata l'affermazione secondo cui A. avrebbe dovuto tornarsene in Africa, il che solleva inevitabilmente la questione dell'eventuale presenza di un movente razzista. Il Tribunale federale non è entrato nel merito delle argomentazioni avanzate da A., secondo cui il controllo d'identità illecito, fondato sulla profilazione razziale, costituirebbe un abuso d'autorità ai sensi dell'articolo 312 del Codice penale. Il Tribunale federale ha motivato tale decisione affermando che un controllo d'identità motivato da moventi razzisti riguarda unicamente l'articolo 14 in combinato disposto con l'articolo 8 CEDU (divieto di discriminazione e diritto al rispetto della vita privata e familiare) e non raggiunge pertanto il livello di gravità richiesto per entrare nel merito di una violazione del divieto di tortura (art. 3 CEDU). Tuttavia, il Tribunale federale non tiene conto del fatto che la Corte EDU riconosce un obbligo statale di indagare su possibili moventi razzisti anche nel caso di un'accusa di profilazione razziale sostenuta da elementi plausibili[32]. Già nel corso del controllo d'identità, A. aveva sostenuto di essere stato fermato a causa del colore della sua pelle. Considerata anche la presunta dichiarazione degli agenti di polizia, l'ipotesi di un movente razzista appare quantomeno plausibile. Di conseguenza, secondo la giurisprudenza della Corte EDU, sussisteva l'obbligo di approfondire l'eventuale presenza di un movente razzista.

Nonostante l'accusa di profilazione razziale, tutte i tribunali coinvolti hanno ritenuto legittimo il controllo d'identità. Anche il Tribunale federale ha sostanzialmente rinunciato ad approfondire seriamente le accuse di razzismo. Di conseguenza, non si può ritenere che sia stata condotta un'indagine accurata ed esaustiva sui possibili moventi razzisti. Una violazione dell'aspetto procedurale dell'articolo 14 CEDU, in combinato disposto con gli articoli 3 e 8 CEDU, appare pertanto quantomeno verosimile[33].

Considerazioni finali

A seguito della decisione del Tribunale federale è stato presentato ricorso dinanzi alla Corte EDU. Alla luce delle considerazioni che precedono, e tenuto conto della sentenza della Corte EDU *Wa Baile c. Svizzera*, non si può escludere che la Corte possa nuovamente constatare una violazione della CEDU. Pur fondandosi sulla giurisprudenza della Corte EDU, il Tribunale federale non ha affrontato tutti gli aspetti rilevanti del caso in esame.

Indipendentemente dal giudizio che verrà pronunciato dalla Corte EDU, il caso mette in evidenza le particolari difficoltà che caratterizzano i procedimenti penali nei confronti di agenti di polizia, soprattutto quando vengono sollevate accuse di razzismo strutturale o istituzionale. L'assoluzione dell'agente può apparire comprensibile sotto il profilo del diritto processuale penale, alla luce del principio *in dubio pro reo* («nel dubbio, a favore dell'imputato»). Permane invece incertezza sul carattere conforme al rispetto dei diritti umani e del divieto di discriminazione dell'operato della polizia. Nel procedimento penale, la responsabilità dello Stato è stata tematizzata soltanto marginalmente, nonostante proprio tale aspetto avrebbe richiesto un esame più approfondito. Il caso conferma dunque in maniera esemplare la richiesta della Commissione federale contro il razzismo di istituire organi di ricorso indipendenti, in grado di garantire indagini efficaci e imparziali sulle accuse di violenza da parte della polizia e di profilazione razziale[34].

[30] Decisione DG160367 del Tribunale distrettuale di Zurigo del 17 aprile 2018.
[31] Cfr. ad esempio Corte EDU, *Bouyid c. Belgio*, n. 23380/09, sentenza del 28 settembre 2015, §§ 100 segg., nella quale uno schiaffo inferto da agenti di polizia in una stazione di polizia è stato giudicato come trattamento degradante.
[32] Corte EDU, *Basu c. Germania*, n. 215/19, sentenza del 18 ottobre 2022, § 35.
[33] Cfr. Corte EDU, *Wa Baile c. Svizzera*, n.43868/18 e n.25883/21, sentenze del 20 febbraio 2024, § 96 segg.
[34] Cfr. il parere della CFR del 5 settembre 2025.

TANGRAM bestellen
Commander TANGRAM
Ordinare TANGRAM

www.ekr.admin.ch

49 (Nummer / numéro / numero)
Rassismus – ein Angriff auf die Menschenwürde
Racisme – une atteinte à la dignité
Razzismo – un attacco alla dignità

48
Polarisierung und Kampf gegen Rassismus
Polarisation et lutte contre le racisme
Polarizzazione e lotta contro il razzismo

47
Koloniales Erbe der Schweiz
La Suisse et ses héritages coloniaux
La Svizzera e i suoi retaggi coloniali

46
Struktureller Rassismus
Le racisme structurel
Razzismo strutturale

45
Verschwörungstheorien, Fake News und Rassismus
Théories du complot, *fake news* et racisme
Teorie del complotto, fake news e razzismo

44
Rassismus im Jahr 2020
Le racisme en 2020
Il razzismo nel 2020

43
Meinungsäusserungsfreiheit und Kampf gegen Rassismus
Liberté d'expression et lutte contre le racisme
Libertà di espressione e lotta al razzismo

42
Integrationsarbeit und Kampf gegen Rassismus
Travail d'intégration et lutte contre le racisme
Lavoro d'integrazione e lotta al razzismo

41
Sport und Rassismus
Sport et racisme
Sport e razzismo

40
Muslimfeindlichkeit
Hostilité envers les musulmans
Ostilità verso i musulmani

39
Antisemitismus
L'antisémitisme
L'antisemitismo

38
Rassendiskriminierung und Zugang zur Justiz
Discrimination raciale et accès à la justice
Discriminazione razziale e accesso alla giustizia

37
Schule
L'école
La scuola

36
Welche bunte Schweiz?
Quelles couleurs pour la Suisse?
Quale Svizzera variopinta?

35
20 Jahre
20 ans
20 anni

34
Humor, Satire und Ironie
Humour, satire et ironie
Umorismo, satira e ironia

33
Anti-Schwarzer Rassismus
Racisme anti-Noirs
Il razzismo contro i Neri

32
Extremismus
Extrémisme
Estremismo

31
Die Anderen
L'Autre
L'Altro

30
Jenische, Sinti, Manouches und Roma in der Schweiz
Yéniches, Manouches, Sintés et Roms en Suisse
Jenisch, Sinti, Manouches e Rom in Svizzera

29
Berufswelt
Le domaine de l'emploi
Il settore dell'impiego

28
Stadt – Land
Ville – Campagne
Città – Campagna

27*
Politischer Diskurs
Le discours politique
Il dibattito politico

26
Sicherheit – Sicherheiten
Sécurité – Sûreté
Sicurezza – Sicurezze

25
Muslimfeindlichkeit
Hostilité envers les musulmans
Ostilità verso i musulmani

24
Strukturelle Diskriminierung
Discrimination structurelle
Discriminazione strutturale

23
Mehrfachdiskriminierung
Discrimination multiple
Discriminazione multipla

22
Multikulturelle Gesellschaft
Société multiculturelle
Società multiculturale

21
Internet

20
Monitoring
Monitorage
Monitoraggio

19
Jugend
Jeunesse
Gioventù

18
Öffentlicher Raum
Espace public
Spazio pubblico

17
10 Jahre gegen Rassismus
10 ans de lutte contre le racisme
10 anni di lotta contro il razzismo

16
Gesundheit
Santé
Sanità

15
Sport

14
Religion in der Schule
La religion à l'école
La religione a scuola

13
Medien
Les médias
I media

12
Rassismusbekämpfung international
La lutte contre le racisme sur le plan international
Lotta al razzismo sul piano internazionale

11*
Arbeitswelt
Le monde du travail
Il mondo del lavoro

10*
Rassismus und Geschlecht
Femmes et hommes face au racisme
Donne e uomini di fronte al razzismo

9
Gemeinsam gegen Rassismus
Ensemble contre le racisme
Insieme contro il razzismo

8*
Farbige Schweiz
La Suisse de couleur
La Svizzera a colori

7*
Muslime in der Schweiz
Les musulmans en Suisse
I musulmani in Svizzera

6
Religion und Esoterik
Religion et ésotérisme
Religione ed esoterismo

5
Kinder- und Jugendbücher
Livres pour les enfants et les jeunes
Libri per bambini e per giovani

4*
Lässt sich Rassismus beobachten? (Forschung)
Est-ce qu'on peut observer le racisme? (recherche)
È possibile osservare il razzismo? (ricerca)

3*
Zigeuner
Tsiganes
Zingari

2*
Medien und Rassismus
Médias et racisme
Mass media e razzismo

1*
Antirassismus-Strafnorm
L'article sur la discrimination raciale
La norma penale contro il razzismo

---

* vergriffen / épuisé / esaurito

Für weitere kostenlose Exemplare von TANGRAM wenden Sie sich an:

Pour obtenir gratuitement d'autres exemplaires de TANGRAM, s'adresser à:

Per ottenere gratuitamente copie supplementari di TANGRAM rivolgersi a:

ekr-cfr@gs-edi.admin.ch

Impressum

TANGRAM – Zeitschrift der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus
TANGRAM – Revue de la Commission fédérale contre le racisme
TANGRAM – Rivista della Commissione federale contro il razzismo

Nummer / Numéro / Numero 50
November / Novembre / Novembre 2026

Herausgeberin / Éditeur / Editore
Eidg. Kommission gegen Rassismus
Commission fédérale contre le racisme
Commissione federale contro il razzismo

Inselgasse 1, CH – 3003 Bern
058 464 12 93
ekr-cfr@gs-edi.admin.ch
www.ekr.admin.ch
https://ch.linkedin.com/company/ekr-cfr
www.instagram.com/ekr_cfr/

Chefredakteurin / Responsable de rédaction / Responsabile della redazione
Idil Abdulle
idil.abdulle@gs-edi.admin.ch

Übersetzungen und Korrektorat
Traduction et révision des textes
Traduzione e revisione testi
Deutscher Sprachdienst GS-EDI
Service linguistique francophone SG-DFI
Servizio linguistico italiano SG-DFI

Illustrationen / Illustrations / Ilustrazioni
Sandra Lumingu & Ranem Jarwa

Grafische Gestaltung / Graphisme / Concezione grafica
Dominik Kaboré,
www.dominikabore.site

Druck / Impression / Stampa
Brunner AG, Druck und Medien, Kriens,
www.bag.ch

Auflage / Tirage / Tiratura
3 850

Vertrieb / Distribution / Distribuzione
BBL, Verkauf Bundespublikationen,
CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
Art.-Nr.: 301.300.49/25

Abonnement / Abbonamento
ekr-cfr@gs-edi.admin.ch

Preis / Prix / Prezzo
Gratis / Gratuit / Gratuito

Internet-Bestellungen von TANGRAM und anderen Publikationen der EKR:
Pour commander TANGRAM et d'autres publications de la CFR par Internet :
Per ordinare TANGRAM e altre pubblicazioni della CFR online:
www.ekr.admin.ch

© EKR/CFR
Nachdruck von Beiträgen mit Quellenangabe erwünscht; Belegexemplar an die EKR.
Reproduction autorisée avec mention de la source ; copie à la CFR.
Riproduzione autorizzata con menzione della fonte ; copia alla CFR.

Art. Nr. 301.300.50/26dfi / 11.2026 / 3 850

Die Meinung, die in den Beiträgen vertreten wird, muss nicht jener der EKR entsprechen.
L'opinion émise dans les textes ne reflète pas forcément celle de la CFR.
L'opinione espressa negli articoli non riflette necessariamente quella della CFR.

Illustrationen in dieser Ausgabe
Illustrations de ce numéro
Illustrazioni di questo numero

Sandra Lumingu hat Ranem Jarwa eingeladen, gemeinsam mit ihr an diesem Projekt zu arbeiten und sozusagen ein vierhändiges Werk zu schaffen. Mit ihrem hybriden und experimentellen Ansatz, der Zeichnung, Collage und digitale Gestaltung verbindet, plädiert ihr Entwurf einer visuellen Identität für einen kritischen Umgang mit Vorstellungen rund um Orte und Praktiken im Gesundheitswesen. Ihr Werk hinterfragt, wie Stereotype und Vorurteile in Diskurse, Bilder und Gesten der Pflege einfliessen und so zur Entstehung von Diskriminierung und Ungleichbehandlung beitragen. Die visuelle Identität wird so zu einem Mittel der Sichtbarmachung und Hinterfragung, das in der Lage ist, oft banalisierte oder verschleierte Mechanismen aufzuzeigen.

Sandra Lumingu
Ranem Jarwa

Sandra Lumingu invite l'artiste Ranem Jarwa à collaborer avec elle sur ce projet pour une création à quatre mains. À travers une démarche hybride et expérimentale, articulant dessin, collage papier et création numérique, notre proposition d'identité visuelle ouvre un espace critique autour des représentations qui traversent les lieux et les pratiques de santé. Nos visuels questionnent la manière dont les stéréotypes et les préjugés s'inscrivent dans les discours, les images ainsi que les gestes du soin, participant ainsi à la production de discriminations et d'inégalités. L'identité visuelle devient alors un dispositif de mise en visibilité et de questionnement, capable de révéler des mécanismes souvent banalisés ou rendus invisibles.

Sandra Lumingu
Ranem Jarwa

Sandra Lumingu invita l'artista Ranem Jarwa a collaborare con lei a questo progetto per un'opera a quattro mani. Attraverso un approccio ibrido e sperimentale, che coniuga disegno, collage su carta e creazione digitale, la loro proposta di identità visiva apre uno spazio critico sulle categorizzazioni che si riscontrano nelle pratiche e nei contesti sanitari. Le loro illustrazioni invitano a riflettere sul modo in cui stereotipi e pregiudizi si annidano nei discorsi, nelle immagini e nei gesti di cura e contribuiscono a generare discriminazioni e disuguaglianze. L'identità visiva diventa quindi uno strumento di visibilizzazione e di riflessione, in grado di rivelare meccanismi spesso banalizzati o resi invisibili.

Sandra Lumingu
Ranem Jarwa