Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

64 | 2005
64

Dossier n° 2 – Regard sur... La santé et l'« immigration »

Sandrine Musso

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/269>

DOI : 10.4000/amades.269

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2005

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Sandrine Musso, « Dossier n° 2 – Regard sur... La santé et l'« immigration » », *Bulletin Amades* [En ligne], 64 | 2005, mis en ligne le 03 février 2009, consulté le 07 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/269> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.269>

Ce document a été généré automatiquement le 7 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Dossier n° 2 – Regard sur... La santé et l'« immigration »

Sandrine Musso

- 1 Parmi les mots posés sur les « événements » qui ont ébranlé la France et son « modèle » ces dernières semaines, le champ lexical du pathologique a été constamment présent en filigrane. Il en va ainsi de la « contagion » des émeutes, du « mal » des lieux bannis, du « poison » constitué par les discriminations au « mal être » des cités en passant par l'évocation de « mauvaise fièvres ». Les voitures et institutions brûlées deviennent des « symptômes » d'une souffrance plus vaste. D'interviews de cliniciens du social en reportages sur les « aidants naturels » que sont les travailleurs sociaux, grands-frères, médiateurs voir mamans des cités, le stéthoscope des médias se penche et recueille une série de propos qui peine à définir un diagnostic en se perdant dans la litanie des étiologies et des mises en accusation. Du « malade », on a peine à voir autre chose que des ombres dans l'obscurité entre deux flammes.
- 2 Cette brève évocation des mots de l'air du temps constitue une preuve supplémentaire, s'il en était besoin, de l'évidence du recours à la métaphore du corps biologique pour dire les maux du corps social. Il vise aussi à illustrer combien les mots de ce qu'il est d'usage de continuer de qualifier de « problèmes d'immigration » renvoient à la « pathologisation » de ce que Sayad tenait à nommer le « phénomène migratoire »¹ (15). Il ouvre enfin à l'objectif principal de ce dossier qui constitue une modeste contribution visant à définir avec un peu plus de clarté les enjeux recouverts par la mise en lien de ces deux items de « santé » et « immigration ».
- 3 Après l'emploi et le logement, la « santé » a rejoint dans la dernière décennie, la litanie des termes accolés aux « problèmes posés » par les immigrés². Cette émergence d'une préoccupation pour les problèmes de santé des étrangers et/ou des immigrés est venue rompre avec ce que Didier Fassin a qualifié de « politique de la « méconnaissance » (9). La forme prise par cet intérêt s'est alors imposée sous la grille de lecture des « discriminations », terme visant depuis la fin des années 90 à « requalifier » les questions posées antérieurement sous le terme d'« intégration » (12).

- 4 Pour se déprendre du cadre national avant d'y revenir, on s'interrogera donc en premier lieu sur la série de questions qui peut être soulevée, de manière très générale, par l'« immigration » dans le domaine de la santé. Ceci nous permettra d'affiner les multiples dimensions auxquelles ce terme donne une illusion d'homogénéité, et les multiples formes d'interactions auxquelles il conviendrait d'être attentif.

Le contexte du départ

- 5 Trop régulièrement, les faits divers rapportent la manière dont des personnes peuvent prendre des risques et en mourir, de cales de bateaux en soutes à bagages d'avions, pour se rendre vers un ailleurs toujours rêvé et perçu comme forcément meilleur que le lieu où le hasard les a fait naître. Partir, comme le disent maints rituels et proverbes, c'est « mourir un peu » et c'est pourquoi il y a toujours des « choses à faire » au moment du départ, pour la personne, sa parenté ou ses proches³.
- 6 Ces exemples indiquent d'emblée combien le parcours migratoire, sa trajectoire, peuvent se dérouler dans des conditions qui présentent des risques pour la santé, physique et psychique : la santé est mise en jeu à diverses étapes de ce parcours (13). C'est pourquoi justement, bien souvent ceux qui partent sont ceux qui sont « en meilleure santé », comme de nombreuses études le montrent (2-20).
- 7 Mais dès lors une distinction s'impose et concerne le premier moment de la trajectoire : le contexte du départ.

Exil et santé

- 8 Quand un départ est initié et lié à une situation de conflit ou de guerre, de multiples dommages sanitaires peuvent ainsi avoir été subis et être justement au fondement de l'exil. Il en est ainsi des expériences de torture ou des viols systématiques. Partir avec une valise diplomatique, partir dans la perspective d'une arrivée anticipée et préparée, est ainsi fort différent d'un trajet de fuite consécutif à des expériences de violence. La littérature regorge d'ailleurs de témoignages exprimant les deuils résultant de l'exil forcé, l'absence d'adieu ritualisé aux proches, à la terre-mère, la culpabilité et la nostalgie. Si la santé n'a pas suscité le départ elle constitue néanmoins dans la société dite d'accueil un problème qu'il s'agira parmi de multiples autres d'affronter

Migrations sanitaires

- 9 La santé peut aussi être en soi un motif de départ dont le fondement est la quête d'un soin ou d'une thérapie enfin efficace. Elle cristallise alors des flux migratoires qui s'inscrivent clairement dans le cadre de la mondialisation. Les migrations sanitaires ne suivent en effet pas seulement les anciennes routes de l'esclavage et du flux du commerce des épices, comme Nancy Schepper-Hugues l'a décrit à propos de la circulation transnationale du trafic des dons d'organes (19). Si certains médicaments, et certaines techniques de soins ont une accessibilité plus grande et/ou exclusive dans les pays riches, induisant des flux spécifiques, d'autres s'inscrivent dans des circuits d'une grande complexité et que le schéma centre/périphérie n'épuise pas. Des femmes allant bénéficier de « prix défiant toute concurrence » d'opérations de chirurgie esthétiques

en Tunisie, à la personne dépendante à l'héroïne allant chercher de l'Iboga en Afrique ou en Amérique du sud, en passant par les routes des soins dentaires les moins coûteux en Asie, rendent compte de flux différents.

- 10 Se pencher sur les dangers et implications des trajectoires d'émigration au regard des questions de santé, c'est donc d'abord observer la pluralité des contextes de départ, des motivations qui y président, des dangers et vicissitudes de trajets souvent semés d'embûches, ensemble d'éléments auxquels la notion de « pathologie d'importation » (7) peine à donner une qualification qui ne paraisse dès lors incommensurablement réductrice et naturalisante. Pour autant il est également important de rappeler qu'une personne part d'un lieu qui est situé à l'échelle géopolitique mais aussi à celle d'un certain nombre de données en matière de santé. La drépanocytose, la dengue ou le paludisme concernent de manière variée les diverses régions du globe.
- 11 Mais après avoir succinctement évoqué les enjeux relevant du départ et du voyage il va maintenant être question de ceux de l'arrivée dans la société dite d'accueil, que celle-ci soit celle qui avait été projetée ou celle au large de laquelle les personnes ont échoué.

La santé dans les sociétés d'arrivée

- 12 Là encore, une grande diversité de situations est remarquable. Il s'agit d'abord de distinguer le type de problème de santé à laquelle expose la condition sociale d'étranger et/ou immigré, mais aussi les questions pouvant se poser à l'échelle de l'interaction avec les dispositifs de prévention et de prise en charge sanitaires de la société d'arrivée.
- 13 Si l'on considère, comme nous y invite d'ailleurs la récente nouvelle loi de santé publique promulguée en France en 2004, un ensemble d'éléments comme étant des déterminants de santé, force est de constater qu'à l'endroit de ceux-ci et pour la plus large part d'entre elles, les personnes étrangères et immigrées connaissent des situations défavorables. Les conditions de logements exposent ainsi en contexte d'insalubrité à des conséquences sanitaires pouvant revêtir des formes variées et d'une gravité réelle, comme le montre de manière exemplaire le saturnisme (15). De surcroît, conjuguées aux difficultés d'insertion au sein du marché du travail, les conditions d'emploi exposent à l'expérience et à la prévalence plus grande des risques d'accidents du travail (18).
- 14 L'absence de maîtrise de la langue vernaculaire expose aussi à des interactions difficiles avec les institutions et les soignants de la société d'arrivée. Sa maîtrise partielle, pour aider à résoudre certains problèmes de communication, n'en expose pas moins à l'assignation à une irréductible altérité, à la xénophobie et aux discriminations, dans le domaine des soins comme dans d'autres. Selon les sociétés, les questions de langue sont anticipées ou « gérées » via le recours à l'interprétariat ou la médiation, l'évidence du multilinguisme s'inscrivant préalablement dans l'histoire nationale et les institutions politiques.
- 15 Les messages de prévention, construits par et pour la population majoritaire, peuvent également se révéler inadaptés pour trois ordres de raisons. D'une part parce que d'une façon générale l'éducation à la santé charrie implicitement une définition du sujet auquel elle s'adresse renvoyant à l'idée d'un individu autonome, responsable et maximisant ses profits afin d'optimiser son « capital santé », à laquelle les personnes et

les groupes vivant dans des situations de vulnérabilité sociale correspondent peu. D'autre part parce que ces messages sont imprégnés d'une culture de « santé publique » qui, pour se méconnaître elle-même comme telle (5), n'en est pas moins éloignée ou différente des publics auxquels elle s'adresse. Si ces deux éléments ne sont pas spécifiques aux personnes immigrées, elles y sont particulièrement confrontées, notamment quand les thèmes des messages ont pour objet des pathologies dont la prévention renvoie à des pratiques à fort enjeux culturels et identitaires (sexualité par exemple). Pour autant, le fait de produire des messages de prévention « ciblés » en direction de telle ou telle minorité socioculturelle peut aussi déboucher sur un rejet de ceux-ci du fait d'une attention perçue sous l'angle de la stigmatisation. C'est alors les enjeux politiques des stratégies de prévention, et la nécessité d'impliquer les groupes avec lesquels ce travail est envisagé qu'il convient de prendre en compte.

- 16 Toutes les sociétés d'arrivées ne sont par ailleurs pas semblables en termes de dispositifs d'accès, d'une part à la régularisation d'un statut et l'ouverture de reconnaissance et de droits sur le territoire, d'autre part à celle de l'accès à la prévention et aux soins. Ces dispositifs peuvent avoir des effets délétères en termes d'accès des personnes qui en sont exclues aux soins, ce qui souligne les liens ténus entre politiques d'immigrations et politiques de santé publique. A cet égard, la France est le seul pays européen à avoir inventé une catégorie juridique inédite : celle de l'« étranger malade » qui bénéficie en théorie « de plein droit », d'un titre de séjour.

La prise en compte des enjeux sociaux et culturels des faits de maladie et de santé dans le contexte d'une trajectoire migratoire

- 17 Outre les questions liées aux obstacles qui viennent d'être évoqués, la trajectoire migratoire implique, au regard de l'événement constitué par la maladie, des enjeux sociaux singuliers. Là encore il convient de garder à l'esprit les raisons du départ. Quand celui-ci s'inscrit, comme c'est souvent le cas, dans un projet d'ascension sociale et la perspective d'un retour « glorieux », la maladie vient signifier, et peut devenir, le paradigme de l'échec.
- 18 A contrario, elle peut aussi permettre une réaffiliation au sein de nouveaux « entre-nous » que peuvent constituer les associations de malades (8).
- 19 Quand paradoxalement, la maladie devient la seule manière et la seule voie d'acquisition d'un statut dans la société d'arrivée, elle devient alors une « maladie-métier », seul socle sur lequel puisse s'appuyer l'insertion dans la société (14).
- 20 De surcroît, quand les mots du corps, l'expression de la souffrance et des symptômes, les codes relatifs à la honte et à la pudeur, ont été acquis dans une autre société, la communication avec les personnels soignants de la société d'arrivée, comme les prescriptions de traitements, peuvent s'avérer difficilement compréhensibles et a fortiori appropriables. C'est dans une tentative de prise en compte de cette dernière dimension que différents programmes ou initiatives en matière de santé publique, qu'il s'agisse du développement contemporain de l'ethnopsychiatrie, ou encore de programmes de médiation, de formation des soignants à la « compétence culturelle » dans les soins en vogue en Europe, en Amérique du Nord et au Canada.

La situation française : une perspective historique

- 21 Comme cela a été constaté dans d'autres pays, il existe un lien entre la perception des besoins et des problèmes sanitaires des personnes étrangères et/ou immigrées et les étapes socio-historiques de leur installation dans le pays d'accueil (6).
- 22 On peut noter en France, à titre d'exemple, que c'est à partir de la fin des années 70, alors que l'immigration revêt une dimension familiale du fait de son arrêt officiel en 1974, qu'émerge une association de médecins issus de l'immigration (Migrations Santé) et quelques études concernant notamment la prise en charge de la grossesse de femmes issues de l'immigration (21). La question de la santé des "familles", notamment de la prise en charge des femmes et des enfants, succède aux travaux ayant eu pour objet le "travailleur isolé".
- 23 Mais il existe également un lien entre la mise en forme de ces questions et l'histoire politique nationale. À cet égard force est de constater que le contexte français induit un prisme particulier eu égard à une histoire politique singulière vis-à-vis du statut donné à l'« étranger », à l'« indigène » à l'« immigré ».
- 24 En tant que forme particulière de construction d'une définition de l'universel, l'histoire française n'a cessé de faire montre, dans la période d'expansion et de gestion de l'empire colonial, d'une oscillation à l'échelle de la qualification de l'« autre », tour à tour ou en même temps, en termes de « frère » et de « sujet » (4).
- 25 Les travaux d'anthropologie sont venus revisiter ce qui avait été longtemps lu comme une opposition importante entre les doctrines prônées dans le cadre des colonisations anglaises (« indirect rule ») et françaises (doctrine assimilationniste liée à celle d'une mission civilisatrice). Car à s'y pencher de plus près, l'administration coloniale n'a cessé de mettre en œuvre dans la pratique une « administration indirecte », reposant sur les structures du « pouvoir traditionnel ». Ainsi, *« Le droit coutumier a été le principal pilier sur lequel s'est appuyée la « politique indigène » à travers un processus que l'on pourrait qualifier de « tribalisation », chaque groupe de population étant caractérisé par et « enfermé » dans sa tradition assez largement « inventée »* (16). C'est ce processus que Jean-Loup Amselle a qualifié de recours à l'« empire de la coutume » (1) pour désigner la manière dont était distingué dans la pratique coloniale, ce qui relevait de « droits naturels » et partant universels, versus ce qui devait continuer à se maintenir, à l'échelle des codes de statut personnel et des modes locaux de régulation du pouvoir, sous le label de la « coutume », par le biais de représentants nommés par l'administration coloniale. Alors même que cette partition ouvrait la voie à une instrumentalisation de ladite « coutume » par des acteurs intéressés de fait, à en revendiquer le monopole de la définition légitime.
- 26 De cette ambivalence, entre modèle d'« assimilation » et modèle d'« association », sans que ni l'un ni l'autre ne fassent réellement l'objet d'applications univoques, émerge ce que d'aucuns ont nommé le « dilemme républicain », insistant sur le double langage ou la référence conjointe, à l'universalisme et au racisme évolutionniste. Toutefois, le recours au qualificatif de modèle « hybride », ou l'adoption d'une perspective généalogique permet de mettre en exergue qu'« *en guise de double langage, n'a-t-on pas là justement, entre universalisme et relativisme, la matrice généalogique la plus à même de rendre intelligible la spécificité de l'idéologie française en matière de colonisation, notamment celle qui, au cours du 19ème, s'appliquera à l'Afrique ?* » (4).

- 27 Car que l'on évoque ou pas cette histoire coloniale, force est de constater combien le modèle républicain français, et au sein de celui-ci l'histoire politique du concept de citoyenneté, abouti dans l'ordre politique interne, à ne reconnaître face à l'Etat qu'un citoyen abstrait, sans distinction d'« origine, de race, de genre » (Préambule à la Constitution de 1958). Ajouté à ce qu'Alexis de Tocqueville avait qualifié de méfiance française à l'endroit des « corps intermédiaires », il faut aussi évoquer combien l'avènement de la république, et de la notion d'« Etat-Nation » exportée par la Révolution Française, a induit la construction volontariste d'une « nation » homogène, au sein de laquelle la « politique de la langue » notamment, et l'imposition du français sur l'ensemble du territoire national, fut une entreprise centrale.
- 28 Cette parenthèse sur la généalogie du modèle républicain permet d'inscrire le contexte et les enjeux qui sous-tendent, en matière de santé, la manière dont les questions d'« adaptation » des dispositifs socio-sanitaires aux « immigrés » et aux « étrangers » se posent en France, et nous retiendrons de manière, certes un peu arbitraire, trois écueils récurrents.
- 29 Le premier d'entre eux pourrait être qualifié de « *déni républicain* ». Ce dernier consiste à maintenir une cécité sur les enjeux relatifs à la prévention et à la prise en charge des immigrés et/ou des étrangers au motif que leurs éventuelles difficultés relèveraient d'une analyse en termes socio-économiques. Le sida est exemplaire des effets de cette cécité (10), qui aboutit au déni de la sur-représentation des étrangers et/ou des immigrés dans les catégories défavorisées ainsi que des enjeux de leur interaction avec les dispositifs de prévention et/ou de prise en charge.
- 30 Le second de ces écueils réside dans la « *culturalisation de l'exclusion sociale* ». Elle consiste à hypostasier la référence aux « obstacles culturels » à faire de la « culture » entendue au sens d'une totalité close, la variable ultime d'explication des comportements. Ce faisant, elle occulte d'une part l'impact des conditions concrètes d'existence et implique d'autre part une confusion entre « culture » et « trajectoire migratoire » s'agissant des enjeux sociaux de la maladie.
- 31 Enfin, le troisième écueil est celui de la « *tentation de l'exotisme* », consistant à mettre la focale de manière préférentielle sur les étiologies les plus « spectaculaires » au détriment des plus prosaïques. L'exotisme est une autre façon de ne pas regarder le « prochain » et de figer, en les caricaturant et sans toujours en expliciter les enjeux profondément sociaux, ses « représentations ».
- 32 Ce qui apparaît donc, à l'évocation de ces écueils, est la question lancinante de savoir "*si tous ces problèmes sont vraiment les problèmes des immigrés ou, au contraire, les problèmes de la société française et de ses institutions face aux immigrés*"(18).
- 33 Le point de départ le plus heuristique pour aborder les enjeux liant la mise en relation des termes de santé et d'immigration est leur nature profondément relationnelle : ils ne sauraient donc être qualifiés d'enjeux relatifs aux « immigrés », en ce qu'ils mettent aussi à l'épreuve et en exergue les modes locaux de construction de l'altérité.
- 34 La configuration des questions posées par la mise en lien de la santé et de l'« immigration » regroupe trois pôles non exclusifs les uns des autres.
- 35 Le premier est celui des inégalités sociales de santé, et la manière dont elles s'articulent avec la condition sociale d'étranger et/ou d'immigré. Le second est l'articulation entre la topographie des figures de l'altérité, à laquelle participe la figure de l'étranger et de l'immigré, mais aussi celle de tous les « anormaux » et la mise en exergue des normes

explicites et implicites des dispositifs de prévention et de prise en charge. Quelle est alors la spécificité de la figure de l'étranger, parmi d'autres figures (le « toxicomane », le « SDF » etc.) de « déviants » ?

- 36 Le troisième pôle est constitué par les enjeux actuels de la mondialisation qui, malgré les tentatives d'éviction de « forteresses », n'en constitue pas moins un défi majeur pour les systèmes sociaux et sanitaires contemporains. Comme le soulignait Pierre Desproge, « les statistiques sont formelles, il y a de plus en plus d'étrangers dans le monde ».
- 37 Posé de la sorte, et avec la conscience des écueils précédemment abordés, la demande sociale d'anthropologie suscitée par ces questions pourrait contribuer à enrichir un thème de recherche trop souvent marqué par des controverses dont on peut interroger le bénéfice qu'en tirent, et les personnes étrangères et/ou immigrées, et les soignants en lien avec elles.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Amselle J.L., 1996, *Vers un multiculturalisme à la française. L'empire de la coutume*, Aubier
- (2) Chauvin P., Parizot I., Revet S., 2005, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Questions en santé publique, Inserm
- (3) De Rudder et al, 2000, *L'inégalité raciste : l'universalité républicaine à l'épreuve*, PUF
- (4) Dozon J.P., 2003, *Frères et sujets. La France et l'Afrique en perspective*, Flammarion
- (5) Dozon J.P., Fassin D., 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland
- (6) Es Safi (L.), Manço (A.), "Discours et pratiques de santé publique sur l'immigration musulmane en Belgique francophone : trente ans d'évolution", *Santé publique*, 1996, 8e année, n°3, pp.223-248
- (7) Fassin D., Mai 2000, Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration, *Hommes et Migrations*, Santé : le traitement de la différence, n°1225
- (8) Fassin D., 2000, Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida, *L'Homme*
- (9) Fassin D., 2001, La santé des immigrés et des étrangers : méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance, in Joubert et al Eds, *Précarisation, risque et santé*, Inserm
- (10) Fassin D., 1999, L'indicible et l'impensé. La question immigrée dans les politiques du sida, *Sciences sociales et santé*, 17, 4, 5-34
- (11) Fassin D., Carde F., Ferré N., Musso-Dimitrijevic S., 2001, *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Rapport du CRESP
- (12) Lorcerie F., Juin 2000, La lutte contre les discriminations, ou l'intégration requalifiée, VEI Enjeux (121), p. 69-81, dossier "L'universel républicain à l'épreuve. Discrimination, ethnicisation, ségrégation"
- (13) MSF Espagne, Septembre 2005, Violence et immigration : rapport sur l'immigration d'origine subsaharienne en situation irrégulière au Maroc, <http://www.msf.fr>

- (14) Musso-Dimitrijevic S., Mai 2000, L'accès aux soins des personnes étrangères infectées par le VIH, *Hommes et migrations*, op. cit.
- (15) Naudé A.J., Mai 2000, Le saturnisme. Une maladie sociale de l'immigration, *Hommes et Migrations*, op. cit.
- (16) Saada E., 2003, « Citoyens et sujets de l'empire français. Les usages du droit en situation coloniale », *Revue Genèse, Sujets d'empire*, n°53, Editions Belin, p.4-24
- (17) Sayad A., 1983, Le phénomène migratoire : une relation de domination, in *Maghrébins en France : émigrés ou immigrés ?*, CNRS Editions
- (18) Sayad (A.), La maladie, la souffrance et le corps, in *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil, Octobre 1999
- (19) Shepper-Hugues N., April 2000, The global trafic of Human Organs, *Current Anthropology*
- (20) Perez E. C., 2002, *Etat de santé et comportements influant sur la santé des immigrants*, Statistiques Canada, Supplément aux Rapports sur la santé, Vol 13, 2002
- (21) *Prévenir*, Les immigrés dans leur champ social et de santé, Mai 1983/7.

NOTES

1. Pour Sayad, le « fait social total » constitué par le phénomène migratoire est constitué par les deux termes que sont l'émigration et l'immigration. Ainsi, le terme d'immigration ne recouvre pas autre chose que l'omnipotence de la société d'accueil dans la définition du phénomène, et réfère avant tout à une catégorie idéologique du débat public. Il n'est en rien un « objet scientifique ».
2. Ainsi en 2001 pour la première fois une recherche est commandée par le Département des Populations et des Migrations sur les « Discriminations dans l'accès aux soins ». Ce rapport s'inscrit dans un contexte où, depuis la fin des années 90, un certain nombre de travaux ont été réalisés sur les questions de discrimination, dans les sphères du travail et de l'emploi ou du logement.
3. Voir dans ce bulletin le compte-rendu du colloque sur l'exil