La santé des étrangers : une question politique

Contrairement à ce que l'on croit souvent, il n'existe plus guère de pathologie spécifique liée à l'immigration. La santé des étrangers n'est en fait, comme la santé des nationaux, que le produit de leur condition sociale et notamment des inégalités dont ils sont victimes. C'est dire la contradiction que représente la conjonction d'une politique de l'immigration restrictive et d'une politique de la santé généreuse. Dans cet article « Point de vue », Didier Fassin, professeur à l'université Paris-Nord et à l'École des hautes études en sciences sociales, discute le coût financier, sanitaire et humain de ce qu'il considère comme une schizophrénie.

Pendant longtemps, la « santé des migrants » a été conçue comme un chapitre particulier de la médecine donnant lieu à un enseignement spécifique à la faculté et constituant un domaine à part de la clinique. Il y était question de pathologies tropicales, notamment d'infections inconnues sur le continent européen, et les malades dont on parlait étaient pour l'essentiel originaires de l'ancien empire colonial et de ses marches. Jamais la « santé des migrants » n'a concerné, par exemple, les Polonais, les Italiens ou les Portugais, qui ont pourtant représenté des vagues importantes de migrations : elle ciblait les Africains, voire les Asiatiques, les Latino-Américains – et même les personnes originaires des départements français d'outremer – consultant dans des services de médecine tropicale héritiers de l'institution coloniale pasteurienne. La singularité des « pathologies exotiques » (certains manuels avaient précisément cet intitulé), souvent jointe à l'attraction exercée par les territoires lointains d'où venaient les patients et à l'engagement des soignants en faveur des droits des migrants, donnait une tonalité particulière à cet exercice clinique. Cette parenthèse postcoloniale de l'histoire de la médecine s'est progressivement refermée quand l'immigration de travail a été, sinon complètement interrompue, du moins très fortement réduite, au milieu des années 1970. L'âge de la « santé des migrants » était, pourrait-on dire, révolu.

La santé, produit d'une condition sociale

S'intéresser aujourd'hui aux enjeux de santé publique liés à l'immigration, ce n'est plus définir un chapitre de la médecine, c'est mettre en relation la condition sociale et les conditions de santé des étrangers. L'exotisme n'est plus guère de mise lorsque le quotidien est celui de la précarité et de l'illégitimité, du séjour menacé et des droits restreints, de la ségrégation dans le logement et des discriminations dans l'emploi. Naguère, on avait à la fois naturalisé (en parlant de maladies spécifiques) et culturalisé (en évoquant des croyances singulières) la santé des migrants : il nous faut bien convenir aujourd'hui qu'elle est avant tout une affaire politique. Ce qui rend compte de l'état de santé des personnes immigrées et de leurs enfants, ce ne sont plus des pathologies tropicales ou des pratiques insolites, c'est la double expérience de l'exil, c'est-à-dire d'un passé souvent fait de souffrances et de violences, mais aussi d'attentes et d'espoirs, et d'un présent désormais pris dans les contradictions de l'accueil et du rejet, de la solidarité affirmée et de l'inégalité subie.

À cet égard, il importe de comprendre les liens étroits existant entre condition sociale et conditions de santé. On a trop souvent tendance à isoler les deux réalités, à croire que la santé est avant tout une affaire d'accès aux soins et de compétence médicale, à penser que l'on peut laisser se dégrader l'existence quotidienne sans effets sur la vie physique et psychique des personnes. Or, de la même manière que si la France a aujourd'hui l'un des plus hauts niveaux d'inégalité devant la mort parmi les pays occidentaux (alors que son système de soins est pourtant l'un des plus performants au monde), c'est parce que le niveau de ses inégalités sociales et économiques est aussi l'un des plus élevés, de la même manière les politiques qui ont pour conséquence de précariser et d'insécuriser des populations étrangères se paient d'une fragilisation de leur état de santé avec ses conséquences médicales et financières.

Les études épidémiologiques récentes, en Amérique du Nord mais aussi en Europe, montrent le retentissement sur la santé physique et psychique de ce que certains appellent la violence structurelle, faite d'injustice et d'intolérance, de discrimination et de racisme, avec son cortège d'humiliations et de frustrations. À l'inverse, il est établi statistiquement que la qualité de l'intégration sociale, entendue comme l'inscription dans la vie de la collectivité, et l'intensité de la cohésion sociale, au sens de la solidarité au sein de la société, influent favorablement sur l'état de santé, la fréquence des maladies, l'âge de la mort.

Autrement dit, bien plus que la qualité du système de soins et l'accès que l'on peut y avoir, c'est la condition sociale, à la fois objective (l'existence matérielle) et subjective (l'expérience personnelle), qui nous donne la clé de l'état de santé des personnes migrantes et de leurs familles. Habiter dans des logements vétustes ou des cités dégradées, ne pas trouver de travail à cause de sa couleur de peau ou de son patronyme, se voir refuser une prestation

sociale à laquelle on a droit, avoir peur de sortir de chez soi lorsqu'on est sans titre de séjour parce qu'on a été débouté du droit d'asile ou qu'on s'est fait opposer la situation de l'emploi lors d'un renouvellement de papiers, toutes ces situations exposent non seulement, dans certains cas, à des maladies et à des risques pour sa santé, mais aussi, de manière souvent peu visible, à une détérioration progressive de son état physique et psychique. Cette invisibilité, les enquêtes épidémiologiques et les études sociologiques la mettent aujourd'hui en évidence.

Une schizophrénie politique

Il y a donc une forme de schizophrénie dans la politique française telle qu'elle se développe aujourd'hui. Elle ne diffère d'ailleurs guère de ce que l'on observe dans plusieurs autres pays européens et, sous leur pression, elle tend à devenir le nouveau modèle de l'Union européenne, défini sommet après sommet, directive après directive.

D'un côté, la politique de l'immigration se durcit, les obstacles se multiplient non seulement à l'obtention mais aussi au renouvellement des titres de séjour, les conditions du regroupement familial sont rendues toujours plus exigeantes, les procédures d'asile deviennent de plus en plus sélectives et dissuasives, et, parallèlement, la répression de l'immigration irrégulière s'intensifie : c'est dire que la précarité et la vulnérabilité des migrants s'accentuent. Cette dégradation, tant objective que subjective, concerne bien sûr les sans-papiers, à l'évidence les plus menacés même lorsqu'ils sont depuis longtemps en France, mais affecte également, par l'insistance mise sur l'immigration comme « problème », les étrangers régulièrement installés et même les personnes devenues françaises et leurs enfants dont de nombreux travaux montrent qu'elles sont à leur tour victimes de discriminations.

Ainsi, l'idée selon laquelle il faut montrer plus de sévérité à l'encontre des étrangers en situation irrégulière afin de mieux intégrer les étrangers régulièrement présents ne correspond-elle pas à la réalité que vivent les immigrés : eux voient bien que, plus on s'en prend aux sans-papiers, plus ils sont à leur tour menacés au quotidien. Cette fragilisation qui, de proche en proche, touche l'ensemble des étrangers non communautaires (mais aussi aujourd'hui certains immigrés d'Europe de l'est, et notamment les Roms), a un retentissement sur l'état de santé, le risque de maladie et même le recours aux soins : combien de malades ainsi fragilisés ne consultent qu'à un stade avancé de leur maladie, au risque de complications médicales, de coûts de prise en charge plus élevés et, en cas de pathologie contagieuse, de dissémination infectieuse dans l'entourage ?

D'un autre côté, la politique de santé réaffirme les principes généraux de la solidarité et de l'égalité, étend le dispositif de protection sociale aux plus pauvres quelle que soit leur nationalité ou leur origine à travers la couverture maladie universelle et l'aide médicale de l'État, exige l'accès de chaque malade à des soins appropriés indépendamment de sa situation juridique, défend le droit à se maintenir sur le territoire pour les étrangers souffrant de pathologie grave qui ne peut être soignée dans leur pays. De même, les programmes d'information, d'éducation et de prévention s'adressent à tous les publics tout en cherchant souvent à adapter le contenu de leurs messages et leurs modalités d'intervention aux conditions spécifiques d'existence et de réception des migrants.

Situation troublante, donc, où le ministère de la Santé, et les organismes de conseil qui lui sont rattachés, comme le Conseil national du sida ou le Conseil consultatif national d'éthique, tentent de corriger – ou de mettre en garde contre – les effets induits par les politiques nationales de l'immigration. Situation problématique aussi, qui conduit les professionnels de la santé, du social et de l'administration à devoir arbitrer sur le terrain entre ces injonctions contradictoires, et souvent, on le sait, en tranchant dans le sens de la réponse la plus restrictive en termes de droits et la plus défavorable aux patients. Le cas, désormais banal, des médecins libéraux et parfois des hôpitaux publics qui refusent de recevoir certains malades – une pratique contraire à la déontologie la plus élémentaire, mais tellement « normalisée » qu'elle n'est pas même sanctionnée par les instances ordinales ou administratives de la médecine – est emblématique de cette situation.

Une histoire en forme d'épilogue

Il y a quelques années, on découvrit que 99 % des cas sévères de saturnisme infantile dépistés en Ile-de-France concernaient des enfants de familles étrangères, dont 85 % originaires d'Afrique subsaharienne et 14 % du Maghreb. S'agissait-il d'un problème de « santé des migrants » ? C'est ce que crurent d'abord les responsables sanitaires qui, pour expliquer l'intoxication au plomb de ces petits enfants, invoquèrent des pratiques traditionnelles de leurs parents (on pensa successivement à l'encre des marabouts, au maquillage des femmes, aux poteries anciennes, avant de reconnaître le rôle des vieilles peintures murales) et firent même appel à des anthropologues (qui leur confirmèrent que l'appétence des enfants pour les fragments de ces peintures était due à des habitudes de géophagie des mères dans leur société d'origine). Le culturalisme a cette vertu rassurante de faire porter aux victimes des problèmes de santé la responsabilité de leur maladie.

La réalité était cependant tout autre. Les familles étrangères pauvres, pour beaucoup africaines, venues avec les vagues qui ont suivi la fermeture des frontières à l'immigration de travail en

1974, ont occupé le segment inférieur de l'immobilier, c'est-à-dire, dans une période où l'accès à l'habitat social devenait de plus en plus sélectif pour cause officielle de mixité sociale, les logements privés les plus vétustes et dégradés, qu'ils louaient généralement à des tarifs élevés. Dans ces conditions, les enfants se trouvaient exposés aux écailles et aux poussières des vieilles peintures au plomb et s'intoxiquaient par ingestion ou inhalation. Les politiques de l'immigration et de l'habitat, les discriminations dans l'emploi et le logement étaient ainsi les véritables causes du saturnisme infantile. Il ne s'agissait pas d'un problème de « santé des migrants », mais des conséquences d'une condition indigne, productrice d'insalubrité, c'est-à-dire du résultat de choix politiques et de pratiques sociales.

Aujourd'hui, celles et ceux qui œuvrent pour une amélioration de l'état de santé des migrants constatent de même les effets délétères des politiques de stigmatisation et des pratiques de discrimination à l'encontre des étrangers. Et ils en devinent déjà les conséquences pour la génération des enfants dont la société française aura si mal traité les parents.

Didier Fassin[1]
Anthropologue, médecin, directeur de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris, CNRS-Inserm), Paris.

1 Coauteur de L'empire du traumatisme (Flammarion) et De la question sociale à la question raciale ? (La Découverte)

Bibliographie

• Berkman L., Kawachi H. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000: 391 p.

• Haut Comité de la santé publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP, 1998 : 368 p.

• Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte-Inserm, coll. Recherches, 2000 : 448 p.

• Marmot M., Wilkinson R. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999: 291 p.