

La « santé des migrants » : notes pour une généalogie

Didier Fassin,

médecin, sociologue et anthropologue, titulaire de la chaire de sciences sociales à l'*Institute for Advanced Study* de Princeton (États-Unis), titulaire de la chaire de santé publique du Collège de France pour l'année 2020-2021, président du Comité pour la santé des exilés (Comede).

L'intérêt pour les questions de santé liées aux phénomènes de migration est ancien. À partir de la fin du XIX^e siècle, période qui correspond à une intensification des déplacements de populations en Europe en même temps que de régulation administrative croissante des étrangers, notamment en France, une relation est plus systématiquement établie entre santé et migration. De cette relation, il existe au moins quatre versions, qui dessinent à grands traits, au travers des enjeux sanitaires, quatre manières de penser la relation aux migrants. Ces versions se succèdent, mais plutôt que de se substituer l'une à l'autre, elles sédimentent et se superposent. Aujourd'hui, dès que l'on creuse un peu, on voit ainsi ressurgir des représentations, des discours et des pratiques que l'on pensait d'un autre temps.

La première approche est hygiéniste. Elle est le produit des découvertes microbiennes et donc de la compréhension de la transmission interhumaine des épidémies, que l'on avait longtemps crues être la conséquence d'environnements délétères, selon la théorie hippocratique. Au début du XX^e siècle, alors qu'après la guerre meurtrière qu'elle vient de mener, la France a un besoin impérieux de main-d'œuvre, qu'elle va chercher en Europe de l'est et du sud, mais aussi dans ses colonies africaines, des dispositions sont prises pour que des certificats médicaux soient établis avant le départ des pays d'origine afin

d'éviter, dit une circulaire de 1924, la transmission de maladies contagieuses. Et l'année suivante, dans un article de la *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, le Pr Léon Bernard, cofondateur de l'Organisation sanitaire de la Société des Nations, critique l'approche de la Société générale d'immigration qui opère cette sélection trop exclusivement sur des critères de capacité de travail et pas assez, écrit-il, de « valeur de la population » qui devrait sous-tendre « le souci de la santé publique et de l'avenir de la race ». S'ajoutent à ces préoccupations infectieuses et eugéniques des préoccupations économiques en raison du fardeau financier que sont censés représenter les soins aux malades. Clairement, dans la logique hygiéniste, que l'on trouve à la même époque dans le *Aliens Act* de 1920 qui restreint l'entrée des étrangers sur le territoire britannique, le migrant est un danger potentiel à de multiples titres. Il est un vecteur de maladies, un corrompueur de la nation, un poids pour l'État. Si elle s'est aujourd'hui quelque peu euphémisée – on ne parle plus de l'avenir de la race – cette version n'a nullement disparu. Il suffit de se souvenir comment, dans les années 1980 et 1990, les consulats français en Afrique exigeaient des demandeurs de visa un test négatif du sida, comme aussi le faisaient notamment les autorités soviétiques, quand d'autres pays, tels les États-Unis, l'Afrique du Sud, l'Arabie saoudite ou la Corée du Sud expulsaient des personnes porteuses du virus.

La seconde approche est tropicaliste. Elle est l'héritière du passé des grandes puissances coloniales, et dans le cas de la France, de ses glorieux instituts Pasteur qui ont essaimé sur la totalité du globe, de Madagascar à

L'ESSENTIEL

La santé des exilés, qu'ils soient immigrés, réfugiés, demandeurs d'asile ou étrangers en situation irrégulière, est généralement meilleure, à leur arrivée, que celle des nationaux des pays dits d'accueil, mais elle se dégrade rapidement dans ces derniers, résultant non seulement des difficultés d'accès aux soins, mais aussi et surtout du traitement qui leur est fait par la société où ils espéraient fonder une nouvelle vie. En remontant plus d'un siècle d'histoire, Didier Fassin analyse comment a été et est perçue ce qu'on a appelé la « santé des migrants » via des approches hygiéniste, tropicaliste, différencialiste, épidémiologique. Il interroge cette segmentation d'un domaine particulier de la santé, comme s'il existait une singularité des « migrants » justifiant qu'on les étudie comme une réalité spécifique. Il montre au contraire que leur santé dépend largement des conditions dans lesquelles ils sont contraints de vivre et de travailler. Dès lors, il faudrait moins parler de « santé des migrants » que d'inégalités dans les domaines de la santé publique et de la santé au travail, tout en reconnaissant certaines particularités liées à l'expérience dans le pays d'origine et sur le trajet de la migration qui peut être génératrice de conséquences graves sur leur état psychique.

Montevideo, de Téhéran à Dakar, de Tunis à Hanoï. « Sans les découvertes de Pasteur, écrivait le Dr Albert Calmette, fondateur de l'Institut de Saïgon et second président de la Société de pathologie exotique, le développement et l'émancipation des populations



© Thomas Bohl

indigènes auraient été impossibles. » Le réseau international des instituts forme un empire scientifique dans lequel se développe une clinique nouvelle, la médecine tropicale, et une science inédite, la parasitologie, qui vient s'ajouter aux autres branches de l'infectiologie. À la fin de la période coloniale, non seulement les instituts perdurent, mais nombre de médecins et biologistes qui vont être amenés à traiter les migrants dans la métropole ont été ou continuent d'être formés dans les anciennes colonies. C'est donc dans les services de médecine tropicale et de parasitologie que les patients originaires d'Afrique et d'Asie sont le plus souvent soignés, comme s'ils ne pouvaient que relever de disciplines particulières. Le dogme nosologique en ce qui concerne ces migrants repose alors sur une trilogie : pathologies d'importation, correspondant typiquement aux parasitoses, telles que paludisme, bilharziose ou filariose ; pathologies d'acquisition, dont les maladies sexuellement transmissibles sont significativement l'archétype ; pathologies d'adaptation, comme la dépression due à l'isolement. Avec les années, cette classification et ces affections ont toutefois de moins en moins de sens puisque l'essentiel des migrants est installé de longue date et que les

nouveaux arrivants, moins nombreux, présentent rarement ces pathologies exotiques. C'est finalement le sida, dont la propagation affecte particulièrement les populations africaines, qui donne une seconde vie à ces spécialités en voie de marginalisation. Parallèlement à cette histoire, la médecine coloniale se distingue aussi dans le domaine de la santé mentale, avec notamment les travaux de John Colin Carothers à Nairobi où il écrit pour l'Organisation mondiale de la santé sur « *le lobe frontal* » des Africains et surtout l'école d'Alger dont le chef de file, Antoine Porot, promoteur de la « *psychiatrie musulmane* », rapporte « *l'impulsivité criminelle* » de « *l'indigène nord-africain* » à la « *domination diencéphalique* », l'un comme l'autre justifiant par leurs théories neuro-anatomiques le racisme et la répression dans le monde colonial. Dans les années 1970, leurs héritiers, désormais confrontés en France à des patients migrants principalement d'Afrique du Nord, dont certains souffrent de séquelles d'accidents du travail, redécouvrent la notion déjà ancienne de sinistrose, névrose de revendication censée conduire les patients à exagérer leurs symptômes pour obtenir des bénéfices secondaires tels que prolongations d'arrêts maladie et indemnités

de leurs séquelles. Même si médecine tropicale et psychiatrie musulmane représentent des univers intellectuels bien différents, elles ont en commun un passé colonial qui laisse des traces dans la prise en charge ultérieure des migrants par les médecins dans la mesure où les uns comme les autres viennent, du moins au début, du même monde.

La troisième approche est différencialiste. Elle procède d'une interprétation des migrants comme différents en raison de leur culture. On peut parler de culturalisme ordinaire consistant, d'une part, à réifier la culture, autrement dit à en faire une entité clairement identifiable, et d'autre part, à la surdéterminer, autrement dit à en faire la cause principale des comportements observables. On a vu comment le sida réactivait des préjugés culturalistes sur l'hypersexualité et la promiscuité sexuelle des Africains ou sur leur recours à des rituels néo-traditionnels dont le fantasmatique viol de jeunes filles vierges aux vertus réputées purificatrices. Plus largement l'interprétation culturelle *a priori* est fréquente lorsqu'on a affaire à des pratiques jugées déviantes au regard de la norme comportementale de bonne santé ou à la norme médicale en matière thérapeutique. Souvent,



cette interprétation a valeur non d'accusation mais d'excuse, qui sert à la fois à externaliser la déviance (ce n'est pas la faute des malades, mais de leur culture) et à exonérer les médecins et les autorités (ils ne sont pas responsables du mauvais état de santé ou du défaut d'observance thérapeutique). Ainsi, la création de l'Hôpital franco-musulman qui ouvre ses portes en 1935 à Bobigny est-elle justifiée par le fait que les « *indigènes nord-africains* », lorsqu'ils sont malades, « *ne se décident à recourir à l'action des médecins qu'à la dernière extrémité* » et « *s'attardent dans des taudis, au risque de contaminer dangereusement le voisinage* ». Pour répondre à ce problème, l'hôpital, construit dans des quartiers populaires en dehors de la capitale, bénéficie de soignants parlant arabe ou kabyle et initiés à la culture maghrébine, sert du couscous au repas à ses patients et s'adjoint un cimetière avec un carré musulman. Dans la période contemporaine, le développement de l'anthropologie médicale, qui a suscité un engouement à la fois parmi les anthropologues et parmi les médecins, donne un regain d'intérêt pour

les différences culturelles. L'essor de l'ethnopsychiatrie en est le signe le plus manifeste. À la différence de la psychiatrie coloniale, ce n'est plus dans le cerveau que l'on cherche des explications, mais dans la culture, qui fournit des réponses à travers des méthodes qui prétendent renouer avec des pratiques traditionnelles. La frontière demeure toutefois indécise entre l'attente des patients d'être reconnus pour ce qu'ils sont dans leur différence et leur souci d'être pris en charge dans le droit commun plutôt que dans des dispositifs d'exception.

La dernière approche est épidémiologique. Elle repose sur l'utilisation de données quantitatives et de tests statistiques. Elle privilégie la dimension collective sur la dimension individuelle. Elle débouche sur des propositions de santé publique plutôt que de médecine clinique. Elle s'intéresse aux différences entre les migrants et le reste de la population moins du point de vue culturel que du point de vue des disparités. Fait remarquable cependant, alors que la littérature scientifique internationale abonde depuis longtemps en travaux sur les inégalités sociales de santé, et

même pour ce qui est des États-Unis, sur les inégalités ethnoraciales, ce n'est qu'assez récemment que l'immigration a été prise en compte comme « *déterminant social de la santé* », selon l'expression d'une récente synthèse publiée dans *l'Annual Review of Public Health*. Le premier résultat de ces travaux est le fameux paradoxe du « *healthy migrant effect* », qui établit que les migrants de première génération sont en moyenne en meilleure santé que les natifs du pays hôte, qu'il s'agisse de déclaratif, de morbidité ou de mortalité, avec donc pour conséquence, contrairement à ce que beaucoup croient, des dépenses de santé moindres. On estime qu'il est dû à la fois à la sélection au départ des sujets les plus robustes et à la prévalence de comportements plus sains parmi eux en matière de nutrition, de tabagisme et d'alcoolisme. Une seconde singularité observée tient au « *paradox of assimilation* », qui conduit à ce que l'avantage initial se réduise progressivement jusqu'à se négativer à mesure que le séjour se prolonge dans le pays hôte. Les raisons de cette évolution défavorable tiennent à la fois à la détérioration des conditions de vie,



© Thomas Bohl

à l'adoption de pratiques néfastes et aux difficultés d'accès aux soins. Ce schéma général connaît toutefois des variations en fonction du pays d'origine, du milieu social de départ et de la période dans laquelle se situe la migration. Fait remarquable, ce domaine relativement nouveau de recherche sur la santé des migrants bénéficie des travaux conduits depuis plus longtemps sur les minorités ethnoraciales, du moins dans les pays où ils sont autorisés. C'est le cas aux États-Unis, où Nancy Krieger a pu montrer le rôle spécifique du racisme et des discriminations, à côté des autres facteurs déjà cités, dans la détérioration de l'état de santé et notamment de santé mentale. Enfin, les enquêtes les plus récentes portent sur un phénomène dont l'ampleur et la visibilité se sont considérablement accrues au cours des dernières années : la santé des vagues de migrants et de réfugiés, de sans-papiers et de demandeurs d'asile – ces distinctions s'avérant empiriquement peu pertinentes – en Europe et aux États-Unis au cours des dernières années. Elles révèlent l'impact des épreuves terribles traversées pour rejoindre les

pays dits d'accueil, de la grande précarité juridique autant que matérielle qu'ils y rencontrent et de la répression qu'ils doivent subir de la part des forces de l'ordre, s'ajoutant bien sûr aux effets délétères des circonstances, pauvreté ou violence, qui les ont amenés à quitter leur pays d'origine.

**« UNE DÉ-SINGULARISATION
DU DOMAINE DE LA SANTÉ
DES MIGRANTS DOIT
PRÉVALOIR »**

Les données publiées dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* et dans un rapport de l'Organisation mondiale de la santé pour la région Europe documentent les difficultés d'accès aux soins et la dégradation de l'état de santé de ces populations, et pour elles donc, le sens très relatif de l'expression « *healthy migrant* ».

Les quatre approches que je viens succinctement d'évoquer – hygiéniste, tropicaliste, différencialiste, épidémiologique – ne sont pas exclusives d'autres, humanitaire et psychologique notamment, mais elles

dessinent une part importante de ce domaine qu'on appelle la santé des migrants. Au-delà de leurs évidentes différences, elles ont en commun de singulariser une population et ses problèmes. Singularisation du point de vue du danger qu'elle représente pour les hygiénistes, des pathologies qui la caractérisent pour les tropicalistes, des traits qui la différencient pour les différencialistes, des risques auxquels elle est exposée pour les épidémiologistes. Chacune de ces approches a eu, et a encore, une certaine raison d'être. La transmission de certaines récentes épidémies, des virus H5N1 ou Ébola par exemple, justifie des mesures exceptionnelles de contrôle aux frontières. La connaissance des cycles, des symptômes et des traitements des maladies parasitaires, du paludisme à la bilharziose, demeure indispensable, et du reste de plus en plus pour les touristes autant que pour les migrants. La prise en compte de modes spécifiques de se représenter les affections et leurs traitements, d'en parler et d'y réagir, mérite l'attention. Enfin, les aléas particuliers auxquels les migrants sont confrontés de par leur histoire dans leur pays d'origine,

**« LA MEILLEURE MANIÈRE
D'AMÉLIORER LES CONDITIONS
DE SANTÉ N'EST PAS D'AGIR
SUR LA SANTÉ EN TANT
QUE TELLE MAIS
SUR LES CONDITIONS
DE VIE EN GÉNÉRAL »**

au cours de leur périple et dans leur pays d'accueil, appellent des analyses et des réponses adaptées.

Toutefois, je voudrais défendre l'idée qu'une dé-singularisation du domaine de la santé des migrants doit, autant que faire se peut, prévaloir. Au fond, il s'agit de sortir de la situation d'exception que les politiques de l'immigration s'efforcent précisément d'imposer. J'en donnerai deux exemples. Premièrement, lorsque des jeunes étudiants syriens rencontrés dans leur baraque de la jungle de Calais présentent des infections respiratoires dues à leur mode d'hébergement et des blessures consécutives aux violences policières, lorsque les équipes de plusieurs organisations humanitaires constatent des épidémies de gale et de poux de corps dans le camp de Grande-Synthe, ou lorsque quatre personnes sur cinq d'une enquête de Médecins du monde dans ses centres de soins et d'orientation déclarent être en situation d'insécurité alimentaire, il s'agit de problèmes de santé qui ne relèvent pas de la migration en tant que telle mais des conditions dans lesquelles les migrants sont contraints de vivre ; en Allemagne ou en Suède où ils sont accueillis dans des centres, ils ne souffrent pas de ces problèmes. Deuxièmement, quand des études conduites dans plusieurs pays, et notamment aux États-Unis, montrent un excès d'accidents du travail et de maladies professionnelles, une surexposition à des toxiques dans les activités industrielles, à des pesticides dans le monde agricole ou à des températures élevées sur les chantiers du bâtiment et des travaux publics, et une précarité de l'emploi favorisant l'exploitation et les mauvais traitements sur les lieux de travail, y compris domestiques, avec des conséquences graves sur l'état psychique, il s'agit de problèmes

de santé qui ne relèvent pas de la migration en tant que telle mais des conditions dans lesquelles on fait travailler les migrants. Plutôt que de santé des migrants, on a affaire à des questions de santé publique, dans le premier cas, et de santé au travail, dans le second.

La dé-singularisation de la santé des migrants opère en réalité sur les deux termes : santé et migrants, avec d'importantes conséquences du point de vue des politiques et des actions à mener. D'un côté, comme le suggèrent les exemples précédents, les migrants diffèrent des natifs principalement en raison des conditions de vie, de logement et de travail qui leur sont faites. Il est donc légitime de les considérer dans le droit commun de la médecine et des soins plutôt que dans un espace particulier, ce que du reste s'efforcent de faire la plupart des associations qui les prennent en charge par défaut lorsque les institutions publiques ne le font pas. Une fois l'urgence des

**« LA SANTÉ DES PERSONNES
EXILÉES SE MESURE
AVANT TOUT À L'ÉGALITÉ
ET À LA DIGNITÉ QUI LEUR
SONT, OU NON, GARANTIES
PAR LE PAYS D'ACCUEIL »**

premiers soins passés, elles tentent d'intégrer ces malades dans les circuits ordinaires d'une médecine publique par ailleurs de plus en plus sous la pression de restrictions budgétaires. D'un autre côté, la meilleure manière d'améliorer les conditions de santé n'est pas d'agir sur la santé en tant que telle mais sur les conditions de vie en général, ce qui est vrai pour toutes les populations. Dans le cas des migrants, une méta-analyse récente publiée dans le *Lancet* sur les effets des politiques ne relevant pas du domaine de la santé dans huit pays européens, dont la France, montre que les politiques contraignantes à l'entrée (détention, visas temporaires) sont associées à une détérioration de la santé mentale, tandis que les politiques restrictives dans la période d'intégration (en matière de protection sociale et de régularisation)

s'accompagnent d'une santé dégradée, d'un moindre recours aux soins et d'une mortalité plus élevée.

En somme, ce qu'on appelle la santé des migrants relève bien moins de logiques propres aux migrants et de politiques spécifiques à la santé qu'il n'est d'usage de le penser. Il ne faut certes pas négliger les problèmes particuliers que présentent nombre d'exilés en raison notamment des violences subies et des périls traversés dans leur pays d'origine et sur leur trajet de plusieurs années vers le pays où ils cherchent protection, et aussi en raison des conditions de vie et de travail qui leur sont imposées et des difficultés de communication linguistiques qui supposent des pratiques exigeantes d'interprétariat. Cependant, la santé des personnes exilées se mesure avant tout à l'égalité et à la dignité qui leur sont, ou non, garanties par le pays d'accueil, comme elles devraient l'être à toutes et tous, indépendamment de leur origine et de leur statut. ■

Remerciements : Ce texte est la version raccourcie et modifiée d'une conférence donnée le 12 juin 2019 à l'Institut Convergences Migrations.

Pour en savoir plus

Les travaux de Didier Fassin :

Conduits sur trois continents, en France, au Sénégal, en Afrique du Sud, en Équateur ou encore aux États-Unis, les travaux de Didier Fassin traitent dans une perspective critique des questions morales et politiques dans les sociétés contemporaines. Ils reposent sur une méthode ethnographique fondée sur une présence sur le terrain qui lui a permis d'étudier l'expérience des malades du sida, des personnes détenues, des demandeurs d'asile, des étrangers en situation irrégulière, ainsi que les enjeux autour de la mortalité maternelle, du saturnisme infantile, du traumatisme psychique et de l'action humanitaire. Il a également conduit des enquêtes sur la police, la justice et la prison, afin de mieux comprendre la manière dont on administre et distribue le châtement.

Les liens vers la leçon inaugurale, la chaire de santé publique et la bibliographie de Didier Fassin :

- <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/index.htm>
- <https://books.openedition.org/cdf/10078>
- <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/Biographie.htm>