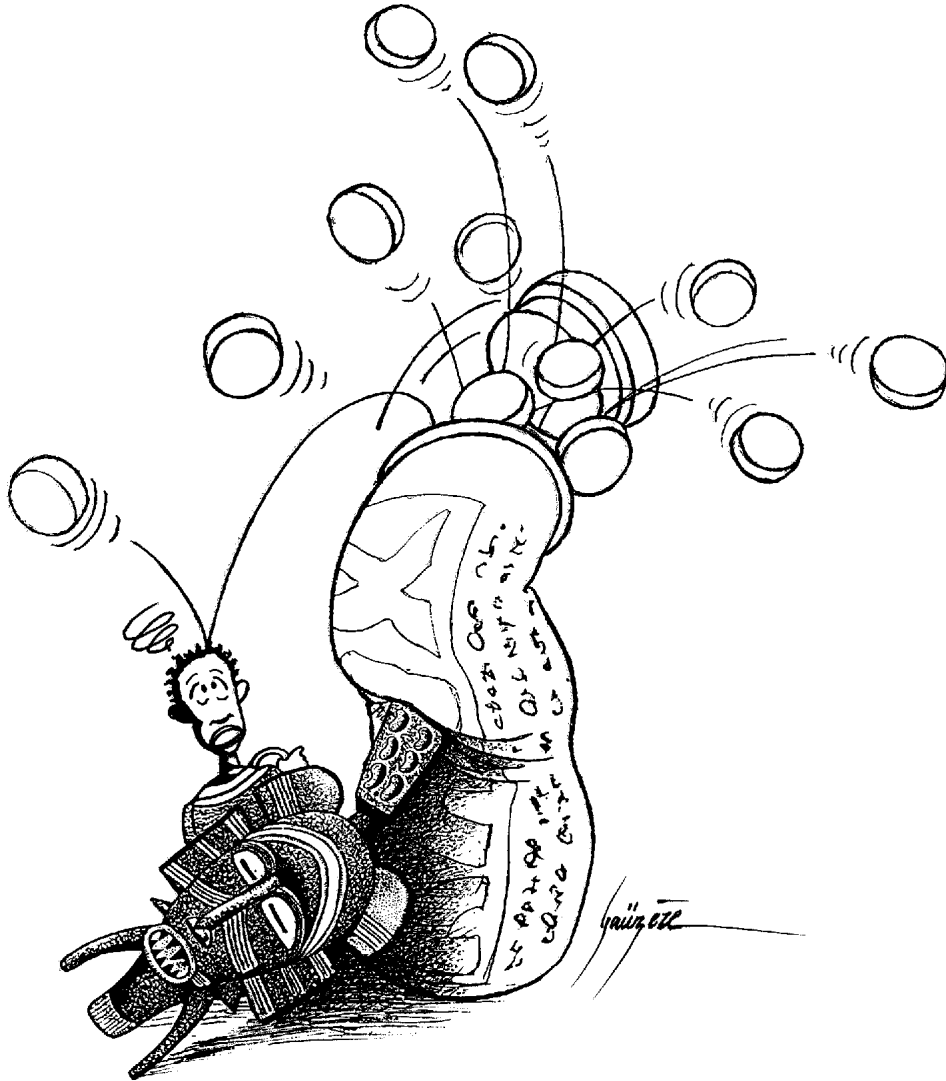




SANTÉ

LE TRAITEMENT DE LA DIFFÉRENCE



*Le développement de la citoyenneté sociale
autour du corps et de la maladie, la construction de la différence
en termes de culture dans les institutions médicales,
sont des questions de société
qui dépassent largement le seul domaine sanitaire.*

REPENSER LES ENJEUX DE SANTÉ AUTOUR DE L'IMMIGRATION



par
Didier Fassin,
anthropologue
et médecin.
Professeur
à l'université
de Paris-XIII
directeur
d'études à l'École
des hautes études
en sciences
sociales (EHESS)

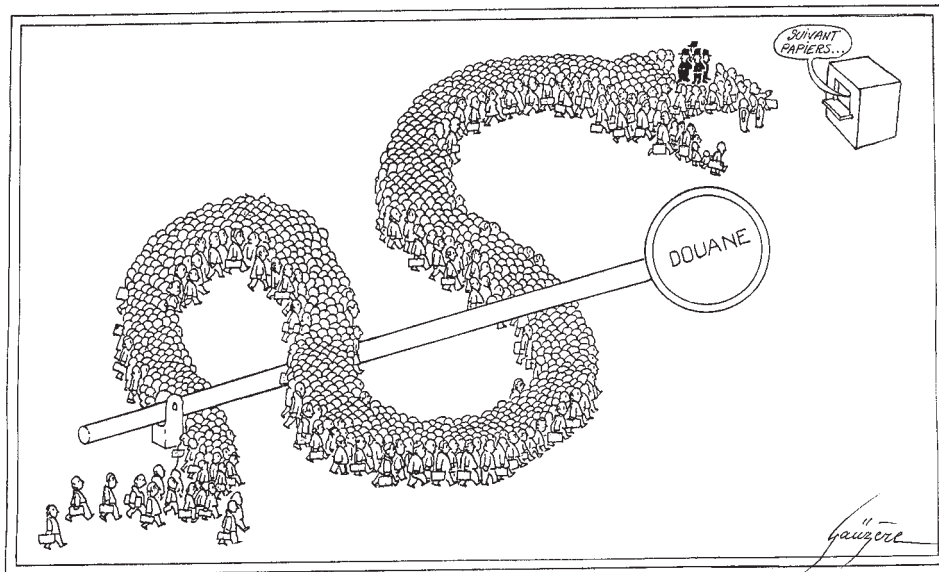
Traditionnellement, le migrant est considéré à la fois comme porteur d'un risque et comme nécessitant une prise en charge particulière, du fait de sa supposée différence - largement construite par les institutions. Sa santé a longtemps été un domaine réservé aux spécialistes médicaux et autres psychologues. Or elle met en cause bien d'autres domaines de la vie de la cité, car elle relève plus du contrat social que de l'altérité. Ainsi l'approche culturaliste, qui évacue les explications alternatives tout en épargnant les institutions, doit être repensée.

Depuis longtemps, la "santé des migrants" est un chapitre obligé des manuels d'hygiène publique et de médecine tropicale⁽¹⁾. On y distingue traditionnellement trois types d'affections : la "pathologie d'importation" correspond aux maladies, parasitaires notamment, mais aussi héréditaires, que l'émigré "emporte" avec lui ; la "pathologie d'acquisition" reflète les conditions environnementales nouvelles dans lesquelles l'immigré se trouve désormais inséré et qui favorisent le développement de maladies infectieuses aussi bien que cardio-vasculaires ; la "pathologie d'adaptation" traduit les difficultés rencontrées dans la confrontation avec la société dite d'accueil, à commencer par des troubles psychiques revêtant des formes singulières et justifiant des prises en charge particulières.

S'il présente l'évidence de la simplicité, un tel modèle, qui a forgé le raisonnement de générations de professionnels de la santé, n'en est pas moins problématique. Il isole un secteur de la médecine qui justifierait une pratique spécifique, tant somaticienne que psychiatrique. Il constitue le corps du migrant en vecteur et récepteur passif de maladies. Il aboutit à représenter et souvent à nommer les étrangers comme un "groupe à risque" du point de vue de la santé publique, au sens d'un risque pour les autres (contamination potentielle) et d'un risque pour eux-mêmes (impossible intégration). Cette double logique de discrimination (avec une clinique à part) et de naturalisation (avec son inscription corporelle), acceptée comme allant de soi par la plupart des intervenants, a longtemps empêché de penser les questions de santé autour de l'immigration. Pour en parler, il fallait être médecin, psychologue, épidémiologiste, autrement dit spécialiste du corps, de l'esprit ou de la statistique sanitaire. Et probablement est-ce parce qu'il se présentait comme un domaine réservé que ce thème n'avait jamais fait l'objet d'un dos-

1)- Voir par exemple M. Gentilini, B. Duflo, *Médecine tropicale*, Flammarion, Paris, 1986 ; G. Brücker, D. Fassin, *Santé publique*, Ellipses, Paris, 1989 ; A. Lévy, *Santé publique*, Masson, Paris, 1994, ainsi que le rapport au ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale de M. Gentilini, G. Brücker, R. de Montvalon, *La santé des migrants*, La Documentation française, Paris, 1986. Les expressions entre guillemets sont extraites de ces ouvrages.

sier dans *H&M*. Le propos de ce numéro est précisément d'inverser le regard, de considérer que la santé, loin de relever d'une analyse autonome, pose au monde social des questions qui traversent d'autres domaines, comme l'école, le travail, le logement, et qui, par conséquent, appellent une réflexion scientifique et citoyenne au-delà de ses seuls spécialistes.



LA PRÉSUMPTION DE DIFFÉRENCE

Outre que les réalités démographiques changent, et avec elles leur traduction épidémiologique – aujourd’hui par exemple, le paludisme est, en France, plus un problème pour les touristes que pour les immigrants –, le modèle traditionnel de la “santé des migrants” semble désuet en ce qu’il occulte précisément ce sur quoi il s’agit de s’interroger, en rabattant des problèmes complexes sur une nosographie trop simple. Plutôt donc que de s’intéresser à des pathologies, on parlera ici d’“enjeux”⁽²⁾. Qu’est-ce qui, dans les sociétés contemporaines, se joue autour du corps, de la maladie, de la souffrance, dans leur rapport à l’immigration ? Telle est la question qui a présidé à la construction de ce dossier. Au fond, il s’agit de considérer que la santé des immigrants n’existe pas en soi, inscrite en quelque sorte dans des gènes, des microbes ou des processus psychiques, mais qu’elle existe dans la relation qui est historiquement construite par des acteurs sociaux. Deux enjeux paraissent à cet égard particulièrement significatifs : la construction de la différence en termes de culture dans les institutions médicales et sanitaires ; le développement de la citoyenneté sociale autour du corps et de la maladie.

2) - Sur cette notion et l’intérêt de son usage pour penser le monde social et ses transformations, je me permets de renvoyer à mes deux livres : *L’espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Presses universitaires de France, Paris, 1996, et *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Karthala, Paris, 2000.

Le rapport à l'Autre présume toujours une différence. Chacun construit son identité et sa relation à l'altérité en posant cet écart, a priori irréductible, entre soi et autrui. S'agissant de l'étranger, la différence semble d'autant plus naturelle qu'elle se manifeste souvent dans l'évidence de l'apparence physique, de la tenue vestimentaire, de la pratique langagière, des conduites corporelles. Face à cette évidence, ce sont, d'une part la familiarité patiemment acquise avec cette étrangeté initiale, et d'autre part le travail réflexif, fréquemment ancré dans une analyse politique, qui vont permettre de dépasser l'absolu de la différence pour construire une dialectique de l'altérité et de l'universel, c'est-à-dire pour penser l'Autre comme différent de soi et pourtant même que soi. Les anthropologues n'ont cessé de s'interroger sur cette tension entre "l'unité de l'homme" et la "pluralité des cultures"⁽³⁾. On ne s'étonnera donc pas qu'elle anime particulièrement, comme le montre Laurence Kotobi (p. 62), les acteurs du secteur socio-sanitaire qui se trouvent confrontés à des patients immigrés.

UNE SURINTERPRÉTATION CULTURELLE

Le domaine de la santé renforce en effet cette tension puisqu'il met en présence, d'un côté des perturbations inscrites dans l'intimité des organes, des tissus, des cellules, dont on peut penser qu'elles sont assez largement partagées par tous, et de l'autre des expressions, et même, dans certains cas, des fréquences de certaines maladies, qui varient selon les groupes en fonction notamment de leur origine. Si la tuberculose pulmonaire ou l'ulcère gastrique sont, en première analyse, les mêmes chez l'autochtone et chez l'immigré, leurs manifestations cliniques et leur incidence statistique peuvent différer assez notablement. Il arrive même que, comme pour la drépanocytose qu'étudie Doris Bonnet (p. 23), l'inscription génétique de l'affection vienne radicaliser, voire racialement la différence. Cette diversité de la pathologie dépasse cependant la seule dimension liée à l'origine géographique ou ethnique puisqu'elle est également documentée depuis longtemps, parmi les Français, entre les citadins et les ruraux, entre les ouvriers et les cadres, entre les femmes et les hommes. La différence, aussi bien dans l'occurrence des pathologies que dans leur traduction en symptômes, ne se pose donc pas seulement par rapport à l'étranger. Dans ce cas, toutefois, il est remarquable que ce soit généralement la culture que l'on mette en avant.

Le culturalisme peut ainsi être considéré comme un raisonnement ordinaire, qui se distingue donc de la théorie savante nord-américaine développée autour de l'école Culture et personnalité dans les années trente, par lequel la différence est interprétée en termes de culture.

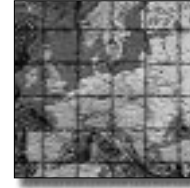
3)- Pour une présentation de cette question anthropologique, voir G. Lenclud, "En être ou ne pas en être. L'anthropologie sociale et les sociétés complexes", *L'Homme, Anthropologie : état des lieux*, réédition Livre de poche, Paris, 1986, pp. 151-163. Pour une analyse synthétique de la culture, lire D. Cuche, *La notion de culture dans les sciences sociales*, La Découverte, Paris, 1996. Pour une reformulation de cette notion à la lumière des transformations contemporaines, se référer à U. Hanmerz, *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*, Columbia University Press, New York, 1992. Enfin, sur le culturalisme dans le domaine de la santé, on peut consulter mes textes : "Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes", *L'Homme*, n° 153, 2000, pp. 231-250, et "Culturalism as Ideology", in *Cross-cultural Perspectives on Reproductive Health*, C. Makhoul-Obermeyer (édit.), Oxford University Press, Oxford, 2000.

C'est ainsi que l'on expliquera, par exemple, des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de programmes d'éducation sanitaire, dans la prise en charge de maladies chroniques nécessitant des traitements contraignants, dans la compréhension d'attitudes ou de comportements peu conformes aux normes et aux attentes des intervenants. De manière caricaturale, le saturnisme infantile, cette intoxication liée aux vieilles peintures au plomb dont Anne-Jeanne Naudé raconte l'histoire (p. 13), a pu être présenté comme une maladie d'origine culturelle puisqu'elle affectait presque exclusivement les enfants de familles africaines. Il s'agit en fait d'une pathologie de l'habitat ancien et dégradé, identifiée comme

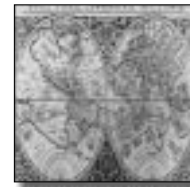
telle depuis le début du siècle en Amérique du Nord. Il arrive d'ailleurs que l'on fasse parfois appel à des anthropologues, plus souvent à des ethnopsychiatres, pour interpréter ces situations inconfortables. Et l'on suppose alors que des singularités, éventuellement exotiques, permettront d'expliquer, par des "croyances" ou des "représentations", ce que l'on ne comprenait pas. Nul domaine de la clinique n'est autant sujet à cette surinterprétation culturelle que la psychiatrie, comme le montre Richard Rechtman (p. 46), tant il est difficile de penser la "causalité psychique" dans la différence.

LE CULTURALISME ORDINAIRE, UNE TRIPLE VIOLENCE

Une telle lecture, dont Zahia Kessar (p. 112) rappelle qu'elle soutient largement la "demande sociale" d'anthropologie, opère comme une véritable violence à l'encontre des immigrés, et ce pour au moins trois raisons. Tout d'abord, le culturalisme leur ôte la prérogative de l'universel : dans bien des cas, les spécificités présumées relèvent en fait, pour peu qu'on cherche à les comprendre, parfois tout simplement par le dialogue, de rationalités dans lesquelles il est facile de se reconnaître soi-même. Nombre de comportements posés a priori comme étranges deviennent alors tellement familiers qu'on se prend à penser qu'à la place de l'autre, on agirait sans doute comme lui. Ensuite, le culturalisme élude les explications alternatives des pratiques : en particulier, les conditions matérielles, les statuts juridiques, les contraintes de l'existence sont gommés au profit de la seule donnée culturelle. Or, être en permanence en quête de ressources financières, ne pas avoir de titre de séjour, subir des discriminations au



*La quête permanente
de ressources financières,
l'absence de titre de séjour,
peuvent souvent rendre compte
de comportements en matière
de santé et de soins, bien mieux
que toute essentialisation
de la différence.*



quotidien, sont des éléments qui peuvent souvent rendre compte de comportements en matière de santé et de soins, bien mieux que toute essentialisation de la différence. Enfin, le culturalisme exonère celui qui y a recours de toute analyse de sa propre implication, ou de celle de son institution, dans la production de la différence. On conçoit qu'il soit souvent plus aisé d'admettre que les problèmes rencontrés résultent d'une difficulté d'adaptation de l'autre ; mais c'est alors souvent au prix d'un redoublement de la stigmatisation, quand bien même l'explication culturelle se veut une excuse généreuse, et d'un évitement de toute mise en cause des institutions médicales, sociales ou judiciaires qui produisent ces discours. Chantal Crenn nous décrit le refus de cette triple violence par les immigrés eux-mêmes (p. 39).

Ce qu'indiquent, au fond, ces contributions d'anthropologues, qui ont tous une longue expérience de collaboration avec le monde de la santé, c'est qu'il est possible, et nécessaire, d'avoir une réflexion exigeante sur les usages de la culture dans l'analyse de la différence. Exigeante sur le plan intellectuel, de manière à rendre toute sa richesse, sa complexité et son historicité à la culture. Exigeante d'un point de vue politique, afin de ne pas enfermer l'autre dans une indépassable différence.

UN QUESTIONNEMENT SUR LA CITÉ

La présence de l'étranger ne saurait toutefois se réduire à l'immédiate perception d'une altérité. Elle implique simultanément un questionnement sur la cité. Quelle place y accorde-t-on à celui qui vient d'un autre territoire ? Quelle citoyenneté propose-t-on à celui qui a une autre nationalité ? Ces questions se posent avec une double acuité pour ce qui concerne la santé et, au-delà, la protection sociale. D'une part, on a affaire à des réalités qui sont posées aujourd'hui en termes universels : la maladie et la souffrance n'ont pas de frontières et l'accès à des soins fait partie des droits imprescriptibles de l'homme. D'autre part, on se trouve confronté à des problèmes dont les solutions se définissent au niveau national : la santé publique et l'assistance sociale relèvent pour l'essentiel des prérogatives de l'État⁽⁴⁾.

L'immigration met, à l'évidence, ces deux éléments en tension. Comme le rappelle le groupe "Protection sociale" du Gisti (p. 101), l'histoire des politiques en matière de protection sociale et de prestations médicales est ainsi faite de mouvements pendulaires faisant alterner des périodes de plus grande générosité et des phases de remise en cause des acquis. À chaque nouvelle législation ou nouveau dispositif, ce sont les fondements de la solidarité qui se trouvent redéfinis, au moins partiellement. Ainsi, la couverture médicale

4)- Pour une approche historique de la citoyenneté sociale, on lira R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, Paris, 1996. Pour une information sur l'état de la législation française, on se référera au *Guide de la protection sociale des étrangers en France* du Gisti, Syros, Paris. Pour une présentation de données socio-épidémiologiques, on s'intéressera au rapport d'A. et A. Mizrahi, *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*, CreDES, Paris, 1993. Sur les problèmes posés par la connaissance de la santé des immigrés, on peut consulter mes deux articles : "Santé et immigration. Les vérités politiques du corps", *Cahiers de l'Urmis*, n° 5, 1999, pp. 69-76, et "L'indicible et l'impensé. La 'question immigrée' dans les politiques du sida", *Sciences sociales et santé*, n° 17 (4), 1999, pp. 5-36.

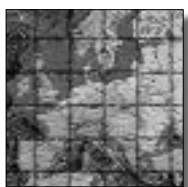
universelle (CMU), tout en favorisant effectivement l'accès aux droits et aux soins d'une partie importante de la population étrangère, produit-elle du même coup une séparation inédite entre ceux qui ne peuvent faire valoir une "résidence stable et régulière" et les autres.

Mais la réglementation, si elle prescrit les pratiques, ne les décrit pas. Entre ce qui est énoncé dans les textes législatifs et ce qui est appliqué dans les faits, l'écart peut être grand. En atteste la répétition des circulaires ministérielles rappelant aux directeurs d'hôpitaux que l'accès aux soins doit être assuré dans leurs établissements quelle que soit la condition sociale, économique ou juridique des patients. En témoigne également l'ouverture de consultations par des associations humanitaires prenant acte des difficultés rencontrées concrètement par les malades, notamment étrangers, dans les structures publiques. Les enquêtes menées par le CreDES, dont Andrée et Arié Mizrahi (p. 94) rapportent certaines données rassemblées dans les années quatre-vingt-dix, révèlent ainsi que les étrangers sont proportionnellement dix fois plus nombreux dans les centres de soins gratuits que dans le régime général d'assurance-maladie.

LA VULNÉRABILITÉ PASSÉE SOUS SILENCE

Si l'on est aussi loin des principes républicains d'égalité et d'universalité posés dans la loi, c'est que beaucoup d'obstacles s'opposent à leur application. Ainsi, en matière d'aide médicale, s'est-on rendu compte qu'il existait une méconnaissance de leurs prérogatives par les personnes concernées, ou parfois une crainte, pour celles qui n'avaient pas de titre de séjour, d'être dénoncées au moment de la constitution de leur dossier. On a également constaté qu'il existait un défaut de compétence ou une mauvaise volonté de la part de nombre d'agents administratifs, médicaux ou sociaux, qui répondent aux étrangers, surtout en situation irrégulière, qu'ils n'ont "droit à rien". Mais il est apparu aussi que le climat politique national influait sur les pratiques locales et que la citoyenneté sociale se trouvait beaucoup plus menacée dans les périodes où la xénophobie se banalise dans le discours politique.





*À l'asile politique
s'est substituée la raison humanitaire :
l'individu menacé a laissé la place
au corps souffrant.*



On comprend, dans ces conditions, que la publication de statistiques sanitaires incluant des données sur l'origine ou la nationalité, différenciant par conséquent les immigrés des autochtones ou les étrangers des Français, soit toujours présentée comme une affaire sensible. La santé ne diffère guère sur ce point d'autres domaines pour lesquels le même silence a prévalu sur la base d'arguments similaires : souci de ne pas stigmatiser, refus de reconnaître les faits de discrimination, volonté de promouvoir un modèle d'intégration. Elle y ajoute une dimension particulière de dramatisation, puisqu'il est question de souffrance et parfois de mort, mais aussi de menace lorsqu'il s'agit de maladies infectieuses.

Dans le cas du sida, Augustin Gilloire (p. 73) explique comment la catégorisation des populations a posé au système national d'information sanitaire un problème insurmontable, notamment à

cause de l'association explicitement faite, tant par les épidémiologistes que par l'opinion, entre immigration et risque. Pendant près de deux décennies, le lien ainsi établi a rendu non diffusables des statistiques dont Florence Lot (p. 83) montre néanmoins qu'elles peuvent, pour autant qu'on les interroge autrement, révéler non seulement une plus grande vulnérabilité des étrangers à cette infection, mais également des difficultés plus importantes à accéder au dépistage et au traitement. En passant ainsi de la question de la transmission à celle de l'inégalité, on déplace l'analyse d'un problème de danger à un enjeu de citoyenneté.

UNE POLITIQUE DE LA COMPASSION

Cet enjeu n'est nulle part aussi manifeste que lorsqu'on a affaire à des catégories socialement et politiquement exclues. Ainsi en est-il des populations tsiganes, auprès desquelles Pierre Aïach et Farid Lamara (p. 117) ont conduit une étude avec Médecins du Monde. Aux marges de la ville et de la cité, elles présentent une sorte d'invisibilité conduisant à ce que le souci de la dignité humaine et de la justice sociale soit le plus souvent relégué derrière les préoccupations d'ordre public. Ainsi en est-il aussi des étrangers malades soumis au régime d'exception de la "double peine" qu'évoque Sandrine Musso-Dimitrijevic (p. 88) : en principe ni expulsables, à cause de leur affection, ni régularisables, car sous le coup d'une interdiction du territoire, ils n'en sont pas moins parfois reconduits aux frontières et renvoyés dans un pays dont ils n'ont que la nationalité. Situations limites, certes, mais on sait que c'est à partir de ces limites que se construit toujours le territoire de la cité.



À cet égard, on ne peut manquer de s'interroger sur la signification des évolutions récentes. L'extension d'un double régime d'assurance et d'assistance en matière de maladie, qui aujourd'hui inclut même les étrangers disposant d'un récépissé de dépôt de dossier de régularisation, et l'instauration d'un droit au séjour pour raison de soins, permettant l'obtention d'un titre provisoire, indiquent la légitimité dont les sociétés contemporaines investissent la santé. Phénomène d'autant plus remarquable qu'au plus fort de la mise en œuvre de législations restrictives, ces dispositions, défendues par des collectifs associatifs, n'ont guère été contestées. Dans le même temps, on le sait, le droit d'asile reculait considérablement puisque le nombre annuel de nouveaux réfugiés était, à la fin de la décennie quatre-vingt-dix, six fois plus faible que dix ans auparavant. C'est dire le basculement qui s'est opéré en peu de temps dans la hiérarchie des valeurs : à l'asile politique s'est substituée la raison humanitaire ; l'individu menacé a laissé la place au corps souffrant. Ainsi construite, la citoyenneté tend toujours plus à trouver sa source dans une reconnaissance de l'Autre dans un registre de la compassion, dont on peut se demander s'il constitue le socle sur lequel nous souhaitons bâtir la société civile.

Pour peu que l'on délaisse la vision classique d'une "santé des migrants" pour s'interroger sur la manière dont le corps de l'immigré inscrit dans notre monde social le signe d'une différence et l'attente d'une citoyenneté, c'est donc un tout autre territoire que l'on explore. Moins sanitaire que politique. Non plus réservé aux spécialistes mais largement ouvert sur les débats qui animent la société. Il y est question de pluralité autant que de culture, d'inégalité autant que d'altérité. Plus que de maladies parasitaires et de consommation médicale, on y parle de démocratie et du contrat social sur lequel nous voulons la fonder. Au fond, tout ce qui fait que l'étranger nous oblige à penser ce que nous sommes. ★

SÉMINAIRE SANTÉ ET IMMIGRATION

L'Urmis, le Cresp et *H&M* organisent le 15 mai 2000 un séminaire sur le thème "Santé et immigration". La matinée portera sur le thème "Culture et ethnicité", avec des interventions de Richard Rechtman, Anne-Jeanne Naudé et Marguerite Cognet (Urmis) sur les relations interethniques dans l'hôpital. L'après-midi sera consacrée au "Sida comme révélateur de l'altérité", avec des interventions de Laurence Kotobi, Augustin Gilloire et Didier Fassin. Catherine Quiminal (*H&M*, Urmis) conclura cette journée d'étude. Entrée libre dans la limite des places disponibles :

Iresco - 59-61, rue Pouchet - 75017 Paris - M° La Fourche ou Guy Môquet
Tél. Urmis : 01 44 27 56 66 - E-mail : urmis@paris7.jussieu.fr