

France Culture : Exils Précaires – Didier Fassin

- Dans son cours au collège de France du 2 juin 2021 Exils Précaires, Didier Fassin (anthropologue, sociologue, médecin et professeur au Collège de France) prend le cas d'école du saturnisme infantile comme fil rouge. Parmi tous les enfants touchés par la maladie, la majorité est d'origine africaine. Cette distribution ethno-raciale de la maladie a longtemps été expliquée par une série d'interprétations plus ou moins exotiques. Pourtant, à l'évidence, l'explication n'est pas culturelle mais bien politique : faute de places dans des logements sociaux, les familles concernées occupent des logements insalubres et des appartements vétustes et sont plus exposées aux inhalations de poussière et d'écaillés de peinture, ces phénomènes étant la première source d'intoxication au plomb. La dénégation du problème par les autorités publiques est flagrante. Ce n'est pas l'immigration en tant que telle qui favorise l'intoxication au plomb, c'est la ségrégation raciale qui est en cause, c'est la précarité résidentielle, économique et juridique.

- L'intérêt pour les relations entre immigration et santé n'est pas nouveau. Déjà au 19^e et 20^e siècle, la médecine des migrations est présente sous forme de contrôles aux frontières (par exemple, en 1832, au Canada, où les autorités qui craignaient le choléra ont créé un poste-frontière maritime pour inspecter et nettoyer les navires avant qu'ils n'arrivent sur terre). Divers exemples montrent que la santé publique est depuis longtemps associée à la maîtrise de l'immigration. Ce contrôle des frontières obéit à deux logiques distinctes :

- D'une part, faire écran aux maladies contagieuses. Ironiquement, les Européens installés sur les terres qu'ils ont colonisées veulent se protéger des maladies qui viennent de l'extérieur alors qu'ils ont eux-mêmes décimé des populations en apportant avec eux des maladies comme la variole, la tuberculose, la rougeole...
- D'autre part, une fonction subsidiaire de régulation des flux. Dans cette logique, la médecine a pour rôle de légitimer les politiques voulant restreindre l'entrée d'étrangers sur le territoire.

La première logique se renforce en cas d'épidémie et la seconde en cas de tensions sur le marché du travail. Un mouvement se dessine alors de la protection des maladies vers la réduction des migrations.

- La maîtrise des frontières ne se limite pas aux enjeux de l'immigration pour la médecine et la santé publique. Le domaine que les spécialistes français définissent comme « Santé des migrants » (et que les ONG préfèrent définir comme « Santé des exilés » pour souligner que ces migrations sont forcées par les guerres et les persécutions) procède d'une généalogie complexe avec quatre principales lignes de forces qui se sont succédées dans le temps et qui n'ont pas pour autant foncièrement disparu :

- L'hygiénisme, courant de pensée hérité du 19^e siècle, se développe en considérant la santé en terme de population et s'appuie sur des expériences de gestion d'épidémie et sur le maniement de la statistique. Les hygiénistes inscrivent dans l'espace public les fondements sanitaires du rejet de l'étranger, avec une triple dimension qui hante encore aujourd'hui certains discours politiques. L'hygiénisme fait peser sur l'immigrant l'idée qu'il puisse être vecteur de maladie, qu'il puisse être un fardeau pour l'économie et une menace pour l'identité nationale.

- Le tropicalisme trouve sa source dans l'histoire des grandes puissances coloniales (notamment la Grande-Bretagne, l'Espagne, le Portugal, la France). En 1880, les instituts Pasteur mettent en évidence les raisons du paludisme et jettent les bases de ce qui allait devenir la « pathologie exotique ». On aurait pu croire que ces disciplines seraient vouées à disparaître avec l'indépendance, il n'en fut rien. Au contraire l'immigration leur donna une seconde vie. Les instituts Pasteur continuèrent leur recherches et créèrent des services dédiés dits « de maladie tropicale », et c'est dans ces services dédiés que les personnes exilées étaient adressées comme si leur origine déterminait la spécialité dans laquelle ils devaient consulter. Un dogme dit de « la santé des

migrants » s'imposa alors dans les facultés de médecine : de l'essentialisation de la personne découlaient la nature de sa pathologie.

- Le différentialisme se base sur des fondements culturels (et non pas biologiques) et voudrait que l'autre soit irréductiblement différent. Ce courant de pensée touche principalement au domaine de la santé mentale. En 1920, A. Porrot théorise la « psychiatrie musulmane ». Cette théorie, qui voudrait que les troubles mentaux soient dus à des traits physiques ou culturels, autorisa l'école d'Alger à pratiquer des méthodes agressives de « traitement » allant de l'électrothérapie à la lobotomie. Ce discours de différentialisme tend à s'effacer mais est remplacé par l'ethnopsychiatrie qui se décline en deux principales versions. La première, où la différence socioculturelle est considérée comme le fondement même et où tout individu appartenant à un groupe ethnique devrait être traité et éduqué suivant les principes de ce groupe. La seconde, où les cliniciens reconnaissent les différences culturelles mais les jugent comme négligeables face à une pathologie mentale restant globalement identique d'un groupe à l'autre. L'approche de l'ethnopsychiatrie suppose alors un traitement différent pour les patients venus d'autres pays ou qu'on imagine comme tel parce que leur couleur de peau le laisse supposer. Comme si, plutôt que d'appliquer le droit commun, des solutions particulières devraient s'imposer en raison de l'origine des personnes.

- Les épidémiologistes, quant à eux, ont pendant longtemps porté un désintérêt à la question migratoire (par crainte de nourrir la xénophobie comme l'avait fait l'hygiénisme, par embarras sur tout ce qui a trait à la question des origines). Avec la place grandissante de l'immigration dans le débat public et de par la vulnérabilité croissante des personnes exilées, les épidémiologistes ont commencé à y porter de l'intérêt. A l'inverse des autres approches, l'épidémiologie accorde une place à la dimension sociale, en prenant en compte des différences de pauvreté et des conditions de vies dans le pays d'accueil, mais la place accordée à cette dimension reste insuffisante.

Ces différentes approches se rejoignent : elles stigmatisent la population migrante et lui assignent les conditions de sa santé. Même si chaque approche a sa logique propre, on voit que le fait de particulariser les personnes exilées et de se focaliser sur leurs « caractéristiques » conduit à les considérer différemment du reste de la population.

- Continuer à parler de « santé des migrants », tel qu'il est fait dans la plupart des manuels et des enseignements en santé publique, c'est appliquer, parfois sans le vouloir, le même traitement d'exception que les politiques de l'immigration leur ont imposé depuis plusieurs décennies.

Si nous considérons les deux exemples suivants :

- Celui de la médecine du travail : elle considère que les personnes exilées sont plus sujettes aux accidents et aux maladies professionnelles : Or, ces personnes travaillent en majeure partie dans des secteurs d'activité où les risques liés au travail sont plus élevés (bâtiment, agriculture...), ce qui augmente leur exposition aux problèmes de santé. Ici il ne faudrait pas parler de « santé des migrants » mais plutôt de santé au travail et pointer les pratiques des entreprises qui pénalisent ces personnes en fonction de leur vulnérabilité sociale.

- La médecine humanitaire constate, au sein de la population migrante, une plus grande fréquence des infections respiratoires, des cas de gale mais aussi des troubles mentaux : à Calais plusieurs enquêtes montrent la fréquence de ces pathologies. Il faudrait considérer que les pathologies respiratoires et dermatologiques sont les conséquences d'hivers passés dehors sans chauffage et sans bénéficier de conditions d'hygiène élémentaires et que les troubles mentaux sont la conséquence de la peur, de l'incertitude, des violences. Il ne faudrait pas parler de « santé des migrants » mais plutôt inverser la perspective et parler de la santé de la société qui traite ainsi celles et ceux venus y chercher refuge.

- Ce qu'aucune de ces quatre approches ne tente de saisir, ce sont les dimensions sociales, historiques et politiques de l'immigration.

Le voyage a pris une place très importante dans le parcours migratoire (fermeture des frontières, persécutions, misère, violence...) Tandis que les destinations les plus lointaines sont désormais à moins de 24h d'avion, les itinéraires n'ont jamais été aussi longs et dangereux pour ceux qui voyagent pour sauver leurs vies. Aujourd'hui, de par sa durée et les risques qu'elle impose, la migration prend une nouvelle dimension : l'exilé, toujours chassé, ne saura jamais de quoi sera fait son lendemain, sa vie est incertaine, ce qui n'est pas sans conséquence sur son état de santé.

Aujourd'hui la singularité de la condition d'exilé altère le bien-être physique, mental et social de celles et ceux qui en font l'expérience. Cette perspective nouvelle ne s'attache pas à la qualité des personnes mais à la forme de vie que les circonstances leur imposent. De la même manière que ce sont les conditions de travail et d'existence qui expliquent la détérioration d'un état de santé, de la même manière ce sont les politiques répressives qui rendent le périple d'une personne exilée dangereux voire mortel.

Les politiques défavorables en matière d'entrée sur le territoire, d'accès aux droits et d'intégration ont des effets délétères sur l'état de santé général et en particulier sur la santé mentale.

Il conviendrait ainsi de juger l'éthique de la société qui reçoit ces personnes exilées, en considérant les politiques répressives et restrictives qui se normalisent ainsi que les discriminations qui se banalisent dans de nombreux domaines.