

*Santé et
immigration.
Les vérités
politiques du corps*

DIDIER FASSIN

Professeur, directeur du CRESP,
Université Paris Nord/INSERM

C'est un paradoxe du monde contemporain que ce texte voudrait éclairer. Il peut s'énoncer ainsi : dans une période où il est particulièrement difficile de produire une *connaissance* sur la santé des étrangers et des immigrés, d'étudier les disparités dont ils sont les victimes face aux soins, à la maladie, à la mort et, a fortiori, d'en débattre publiquement, c'est précisément la santé qui tend à devenir un enjeu important de leur *reconnaissance*, qu'il s'agisse d'immigrés pour lesquels le droit à une protection sociale ouvrant l'accès aux prestations médicales est aujourd'hui l'un des seuls droits régis par un principe formel d'égalité ou bien d'étrangers en situation irrégulière qui n'ont, pour beaucoup, que la maladie à faire valoir en vue d'une régularisation, fût-elle temporaire. Au cœur de ce paradoxe est la relation complexe et ambiguë qui lie la santé publique aux politiques de l'immigration ou, exprimé d'une manière plus générale et plus précise à la fois, qui met la question du corps et de la vie au fondement même de notre morale politique. Relation qui, d'Hannah Arendt à Giorgio Agamben, en passant par Michel Foucault, ne cesse de hanter la philosophie moderne. Qu'est-ce qui fonde la vérité morale du politique dans les sociétés contemporaines ? Telle pourrait en être l'interrogation centrale, qui dépasse à l'évidence le thème de l'immigration et à laquelle on ne saurait prétendre apporter ici une réponse globale. Tout au plus est-il possible de montrer que sur ce sujet, qui semble avant tout concerner notre rapport à l'autre, incarné dans la figure de l'étranger, ce qui est en jeu est plus encore la question du sens et des valeurs de nos sociétés, autrement dit notre rapport à nous-mêmes.

LA CONNAISSANCE DE LA SANTÉ DES ÉTRANGERS ET DES IMMIGRÉS

Que savons-nous des conditions de santé des étrangers et des immigrés en France ? Bien peu de choses en réalité. D'une manière générale, le système d'information sanitaire et les études épidémiologiques n'incluent que rarement une différenciation en fonction de la nationalité ou du lieu de naissance et, lorsqu'ils le font, il est exceptionnel qu'ils l'exploitent et, a fortiori, le publient. Ainsi en est-il des statistiques sur la mortalité de l'insee ou sur les causes de décès de l'inserm et des données de morbidité recueillies par le Réseau national de santé publique pour les maladies à déclaration obligatoire. De manière plus révélatrice encore, les travaux sur les inégalités sociales de santé ne prennent jamais en compte l'origine des personnes. Qu'il s'agisse des enquêtes longitudinales sur des cohortes à partir desquelles des calculs d'espérance de vie à 35 ans ont été réalisés (Desplanques 1990) ou des études transversales sur des échantillons qui ont permis de décrire les écarts dans la déclaration de symptômes et de maladies (Aïach 1987) ou encore, plus récemment, des analyses secondes portant sur les disparités dans le vieillissement relatif (Mizrahi et Mizrahi 1994), pour s'en tenir aux recherches les plus significatives dans ce domaine, la différenciation est toujours explorée à travers les catégories de profession et de genre. De même, le rapport du Haut Comité de la santé publique sur la situation sanitaire du pays (1998) n'envisage-t-il les inégalités sociales de santé, auxquelles il consacre de longs développements, qu'à travers des variables socio-économiques et des niveaux de capital culturel. La nationalité et le lieu de naissance ne sont jamais considérés comme perti-

nents pour appréhender les inégalités sociales. Il est clair que, pour l'ensemble des chercheurs travaillant sur celles-ci, les éventuelles différences liées au fait d'être étranger ou immigré ne sont pas de nature sociale.

Les rares travaux qui abordent cette différenciation le font avec une discrétion remarquable, les publiant dans des documents quasi-confidentiels et généralement sans mention du sujet dans le titre. Sur la mortalité, les données les plus intéressantes ont été présentées dans une communication méthodologique pour les actes d'un colloque (Jouglà 1994) : elles font apparaître des taux plus élevés chez les étrangers d'Afrique subsaharienne et d'Asie du sud-est, ainsi que chez les Maghrébins avant 40 ans. Sur la maladie, les rares enquêtes sur le sida abordant cette question ont paru dans un bulletin professionnel à diffusion nécessairement limitée (Couturier et al. 1993, Cazein et al. 1995) : elles révèlent notamment que la prévalence du virus chez les femmes enceintes est près de cinq fois plus élevée parmi les Africaines que parmi les Françaises et que le retard au diagnostic est entre deux et trois fois plus fréquent lorsque l'on a affaire à des ressortissants d'Afrique subsaharienne, d'Asie ou du Maghreb que quand il s'agit de nationaux. En matière d'accès aux soins, enfin, c'est dans des rapports d'étude sur les publics des centres associatifs que se trouvent les quelques informations disponibles (Cong et al. 1992, Mizrahi et al. 1993) : on y constate notamment que les étrangers sont dix fois plus nombreux dans ces consultations humanitaires que ne le laisserait supposer leur présence dans la population générale, ce qui traduit leurs difficultés à entrer dans les dispositifs de droit commun (Fassin 1998a). On notera d'ailleurs que, dans tous ces cas, la seule variable prise en compte est la nationalité.

En somme, le statut clandestin des publi-

cations sur les inégalités de santé en rapport avec l'origine des personnes semble faire écho au statut illégitime de l'immigration comme objet de recherche (Noiriel 1986). Les propositions de recherche dans ce domaine se heurtent à une forme de suspicion : pourquoi voudrait-on chercher à établir l'existence de disparités de santé liées à la nationalité ou à la naissance ? Ne serait-ce pas ouvrir une boîte de Pandore de laquelle pourraient sortir des interprétations incontrôlées et des utilisations incontrôlables ? Ne serait-ce pas donner des armes aux xénophobes ou au contraire attiser les ressentiments des étrangers et des immigrés ? Ne risquerait-on pas de susciter des lectures ethnicisantes et des réponses communautaristes ? La gêne provoquée par l'évocation d'inégalités en rapport avec l'origine nationale trouve ses racines dans une adhésion au modèle républicain d'intégration que la découverte de ces disparités viendrait ébranler. La résistance à toute tentative d'explorer ce thème est à la mesure de la déception que les résultats d'une telle exploration pourraient entraîner.

Ces inquiétudes ne sont certes pas vaines et méritent toute notre attention. En effet, les recherches portant sur des catégories de nationalité, de naissance, voire plus largement d'origine, se prêtent à une double dérive substantialiste, dont certains travaux, nord-américains et britanniques notamment, ont montré la réalité : le culturalisme, qui fait de la culture une essence, souvent idéalisée, de la différence, et la naturalisation, qui fonde en nature, et généralement dans la race, cette différence. Double réification dont les risques ne tiennent bien sûr pas seulement aux apories théoriques auxquelles ils aboutissent, mais aussi aux conséquences pratiques qui en découlent, en termes de réponses politiques et, par exemple, de programmes de santé

publique. C'est ainsi que des spécialistes en ethnoépidémiologie, au Canada, ont proposé des systèmes de prise en charge spécifiques pour les malades de cultures différentes (Massé 1995) et que des ethnopsychiatres, en France, se sont engagés, avec force reconnaissance institutionnelle, dans des psychothérapies constituées sur des bases ethniques en prônant la création de ghettos pour préserver les cultures (Fassin 1999). Le traitement des différences expose assurément à toutes sortes de glissements idéologiques à l'égard desquels la vigilance scientifique et politique est de mise et c'est pourquoi il importe de prendre au sérieux les arguments de ceux qui ne se risquent pas à explorer ce thème.

Pour autant, il est difficile d'y souscrire et ce pour deux raisons. La première est que tout laisse à penser aujourd'hui que des écarts importants existent en matière de mortalité, de morbidité, d'accès aux services et de qualité des soins entre étrangers et nationaux, entre immigrés et autochtones, mais également entre Français en fonction de leur origine. Il suffit de mettre en relation, d'une part, les nombreuses démonstrations des effets de la position occupée dans l'échelle professionnelle, du statut en matière d'emploi, de la réussite dans la carrière scolaire, des conditions de logement, etc. sur la santé et, d'autre part, les désormais multiples observations de la situation défavorisée des étrangers, des immigrés et des Français d'origine non européenne sous ces divers aspects, pour supposer raisonnablement que des disparités importantes existent en termes de mortalité et de morbidité. On peut même ajouter que, si l'on se réfère aux travaux publiés dans d'autres pays, ces disparités ne se résument pas à des différences socioéconomiques, autrement dit que, pour un même niveau socioéconomique, les écarts subsistent entre ces catégories,

attestant les effets propres de discrimination (Williams et Collins 1995). La seconde raison est que l'occultation d'une réalité aussi manifeste n'empêche pas qu'elle soit perçue, de manière plus ou moins diffuse, et exploitée, de façon plus ou moins tendancieuse. D'une part, ce que l'on veut cacher réapparaît à l'insu même de ceux qui prétendent, souvent avec de bonnes intentions, se livrer à cette dissimulation, comme on l'a vu avec la désignation implicite des Africains comme groupe contaminant dans le système national d'information épidémiologique. Et d'autre part, l'escamotage ou la cécité laissent ici la voie libre aux rumeurs et aux manipulations, permettant notamment de donner consistance à l'association historique entre péril épidémique et présence étrangère (Haour-Knipe et Rector 1996). C'est dire si le prix à payer pour le maintien du silence est élevé.

Si la position de dénégarion n'est ainsi guère tenable, elle n'en traduit pas moins une réalité anthropologique : le non dit autour de ces disparités révèle un refoulement social de la question de l'immigration, refoulement qui opère probablement de manière particulièrement efficace dans le domaine de la santé. Dans d'autres domaines, comme l'éducation, le travail ou le logement, qui ont longtemps connu des difficultés semblables en matière de recherche et d'action, les obstacles ont commencé à se lever, ainsi que le montre la publication récente d'un rapport sur la discrimination par le Haut conseil à l'intégration (1998). Que la santé offre un front de résistance encore plus tenace au dévoilement de ces inégalités vaut que l'on s'y arrête. Le modèle français d'intégration ne serait-il pas singulièrement mis à mal si l'on découvrait que les immigrés ou les étrangers, voire leurs enfants, avaient une espérance de vie moindre que les autochtones ou les nationaux ? On sait l'impact

qu'a eu aux Etats-Unis la publication d'une étude révélant que les résidents de Harlem avaient entre 25 et 44 ans une mortalité six fois supérieure à celle de la population blanche du pays et une probabilité de vivre au-delà de quarante ans moindre que les habitants du Bangladesh (McCord et Freeman 1990). Les valeurs que met en jeu la santé constituent un signifiant politique central des sociétés contemporaines et c'est probablement pour quoi la révélation des inégalités dans ce domaine pourrait s'avérer plus douloureuse que dans les domaines de l'emploi ou de l'habitat. L'efficacité des mécanismes de défense opposés à la connaissance de ces disparités manifesterait ainsi la prééminence de la santé dans l'ordre social des légitimités, autrement dit dans la hiérarchie des reconnaissances. C'est bien ce que semble montrer la place prise par les questions de santé dans la légitimation des étrangers et des immigrés.

LA RECONNAISSANCE DES ÉTRANGERS ET DES IMMIGRÉS À TRAVERS LA SANTÉ

La condition des étrangers est souvent pensée en termes d'absence ou de privation de droits, civiques ou sociaux. Dans le cas des étrangers en situation irrégulière, on a même pu parler, en référence à l'expression utilisée par Hannah Arendt (1982) pour évoquer les réfugiés et les apatrides, d' "hommes sans droits". Peut-être a-t-on cependant insuffisamment prêté attention au fait que la santé était précisément devenue, y compris pour ceux-ci, l'un des derniers refuges du droit. C'est ainsi que, même au plus fort de la progression des discours xénophobes et des restrictions réglementaires à l'immigration, au moment des débats sur les lois dites Pasqua, puis Debré, notamment, la justification des soins aux étrangers en situation irrégulière malades a tou-

jours fait l'objet d'un large consensus (Fassin 1997). Sans sous-estimer l'efficacité de l'activité militante des associations de médecine humanitaire et de droits de l'homme, il est certain que leur travail a été facilité par l'accord existant dans le monde politique sur ce thème, au point que cette dernière loi, pourtant plus contraignante pour les étrangers dans pratiquement tous les domaines, a encore renforcé la reconnaissance du droit à se soigner pour les étrangers atteints de maladie grave.

L'accès à la protection sociale et aux soins médicaux obéit, dans une très large mesure, au principe d'égalité des droits. Certes, il existe des régimes particuliers, notamment une distinction instituée, parmi les étrangers en situation irrégulière, entre ceux résidant depuis plus de trois ans en France, qui peuvent bénéficier de l'aide médicale de droit commun, et ceux présents sur le territoire français depuis moins de trois ans, qui ont seulement accès à l'aide médicale hospitalière. Mais cette différence ne constitue pas à proprement parler une inégalité dans la mesure où elle n'est pas propre à déterminer une moindre qualité de soins pour les derniers arrivés. Sa raison d'être semble d'ailleurs suffisamment infondée pour que le rapport Boulard préparatoire à la loi sur la couverture médicale universelle suggère la suppression de la distinction et la reconnaissance de droits strictement identiques pour tous, quelle que soit la durée de leur séjour. Cependant, on sait que, plus que les écarts dans le droit, ce sont les différences dans les faits qui instituent de véritables disparités d'accès aux prestations médicales, tant les étrangers tendent à consulter moins souvent et parfois à renoncer à des soins.

Preuve supplémentaire du statut particulier accordé à la santé, le développement de

l'autorisation provisoire de séjour "pour raison médicale" ou "à titre humanitaire", régularisation que l'on accorde pour une courte durée sur la base de l'existence, attestée par une expertise médicale, d'une maladie grave et ne pouvant être soignée dans le pays d'origine. La reconnaissance dont bénéficie cette procédure conduit de nombreux étrangers, conseillés par leurs associations de soutien ou même par des agents bien intentionnés de la préfecture, à s'y engager de préférence à d'autres voies jugées de plus en plus incertaines, quand bien même elles correspondent mieux à la situation de la personne. C'est ainsi que, devant les restrictions toujours plus grandes faites au statut de réfugié, un nombre croissant de demandeurs d'asile déboutés s'est vu orienté vers l'autorisation provisoire de séjour pour soins qui, pour autant qu'ils puissent s'en prévaloir et qu'ils l'obtiennent effectivement, ouvre à ses bénéficiaires la perspective d'un statut juridique précaire de malade en lieu et place de l'asile politique espéré.

Autre illustration de cet investissement de légitimité dans la santé, la gestion de la question de l'habitat insalubre à travers le problème du saturnisme. Maladie connue de longue date et rapportée depuis plusieurs décennies à une intoxication par le plomb des peintures des vieux bâtiments, cette pathologie n'a fait l'objet de préoccupations publiques qu'au cours de la période récente, à la suite du décès de plusieurs enfants à Paris et dans sa banlieue. On a "découvert" alors que les immigrés, en particulier d'origine africaine, laquelle est retrouvée dans près de neuf cas d'intoxication grave sur dix, vivaient dans des conditions d'insalubrité qui n'étaient guère tolérables. Cette réalité, dont il était difficile qu'elle soit passée inaperçue aux yeux des responsables politiques locaux et nationaux,

venait, avec cette pathologie, de trouver une possibilité d'expression publique. La mobilisation des organisations humanitaires, des associations d'habitants, des spécialistes locaux de la santé publique a finalement permis d'inscrire le saturnisme, et à travers lui, l'insalubrité de l'habitat dans le texte de loi sur l'exclusion. En particulier, des mesures réglementaires plus efficaces contre les propriétaires peu enclins à effectuer les travaux nécessaires ont été mises en place, donnant des moyens légaux pour la réhabilitation du parc immobilier privé.

De la confrontation de ces trois faits – maintien d'un principe d'égalité dans l'accès aux soins, valorisation de l'autorisation provisoire de séjour pour soins et traitement de l'habitat insalubre à travers le saturnisme – pris comme exemplaires, il ressort que la santé jouit d'un régime de légitimité privilégié dans nos sociétés. Si l'on est prêt à justifier l'inégal accès au marché du travail ou du logement, on reconnaît à l'immigré le droit de se soigner comme les autres. Si l'on prône des politiques de plus en plus restrictives à l'égard des étrangers en situation irrégulière, on accorde plus généreusement un titre de séjour temporaire pour raison humanitaire aux malades. Si l'on n'a pas les moyens de concevoir une véritable politique de logement social pour ces populations immigrées, on est toutefois prêt à mettre en œuvre des programmes pour reloger les victimes du saturnisme. Le corps vient ainsi imposer une sorte de loi morale supérieure sur laquelle vient se briser la vague de la xénophobie. La maladie et la souffrance offrent une base minimale pour un consensus politique de tolérance et même de reconnaissance de l'étranger.

Au concept de biopouvoir, dont Michel Foucault (1976) dénonçait l'impérieuse imposition aux sociétés occidentales à travers une

double normalisation des corps et des populations, on pourrait substituer, pour rendre compte de ce phénomène qui excède de beaucoup la question de l'immigration, mais y prend une signification particulière parce qu'il se situe précisément au point de rencontre des corps et des populations, celui de biolégitimité (Fassin 1998b). En somme, ce que nous mettons au cœur de la reconnaissance de l'étranger, c'est la légitimité de la vie même. En reprenant la distinction heuristique opérée par Giorgio Agamben (1997) entre les deux mots signifiant la vie, en grec, on peut dire que la reconnaissance suprême que nous accordons est celle de la "vie nue", *zoé*, comme fondement de la légitimation de la "vie politique", *bios*, de l'immigré. C'est sur le terrain de la mise à l'épreuve du corps par la maladie et la souffrance que nous sommes prêts à reconnaître son droit à exister. Non qu'il n'ait, évidemment, une existence sociale dans la cité, mais, dans le processus de remise en cause de sa légalité et même de sa légitimité, cette existence biologique vient imposer sa vérité absolue.

Cette biolégitimité trouve, dans le monde contemporain, sa réalisation la plus achevée et la plus complexe à la fois dans la raison humanitaire. La plus achevée, parce que, sur la scène internationale, en Bosnie ou au Soudan, comme sur la scène nationale, avec le thème de l'exclusion des soins, elle met la question de la vie, voire de la survie, au-dessus de toute autre considération. La plus complexe aussi, parce qu'elle prétend jouer sur les deux registres de la vie nue, avec la figure du camp de réfugiés, et de la vie politique, avec la question des droits de l'homme (Fox 1995). S'agissant des étrangers, il est ainsi manifeste qu'une tactique humanitaire a été mise en œuvre, permettant d'utiliser la légitimité de la vie pour gagner sur le terrain de la légalité du droit. Plus

explicitement, c'est en s'appuyant sur la reconnaissance du corps malade et du corps souffrant comme objets d'investissement d'une sensibilité partagée que les associations de médecine humanitaire et de défense des immigrés regroupées dans le collectif Urmed ont fait pression sur les gouvernements successifs pour maintenir l'accès aux soins médicaux pour les étrangers en situation irrégulière. Autrement dit, la biolégitimité peut aussi donner des armes pour la défense du droit. Mais il n'en reste pas moins remarquable que ce soit la vérité du corps qui fonde la reconnaissance dans le monde civique.

On peut certes regretter que le politique doive en passer par le corps, que l'accès aux soins soit mieux reconnu que le droit au travail, que la maladie soit plus légitime que l'asile politique pour celui qui prétend à un titre de séjour, que la mise en avant d'une pathologie soit plus efficace que la revendication de la dignité pour aborder la question du logement insalubre. On peut aussi penser que, dans un temps où l'immigré a si peu de reconnaissance sociale et l'étranger apparaît à beaucoup aussi illégitime, il n'est pas sans importance pratique que l'on puisse s'appuyer sur cette reconnaissance de la santé et cette biolégitimité pour défendre des droits, c'est-à-dire une place dans la société. A la représentation de l'immigré comme "corps étranger" du monde social, qui prévaut dans un certain discours politique, mais aussi plus fondamentalement dans le sens commun, il faudrait alors substituer l'idée d'une vérité du corps de l'étranger.

Vérité dans laquelle le corps peut servir d'instrument politique, comme on l'a vu dans la médiatisation des reconduites à la frontière de malades graves ou encore dans les grèves de la faim qui ont marqué le mouvement des sans-papiers. Vérité qui, dès lors, n'exprime

pas seulement notre reconnaissance de l'autre, mais aussi notre connaissance de nous-mêmes. Vérité qui ne met pas seulement à l'épreuve le corps de l'étranger, mais également ce qui est incorporé dans nos principes de souveraineté.

RÉFÉRENCES :

- Agamben G. (1997), *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Seuil, Paris.
- Aïach P. (1987), "Les inégalités sociales de santé en France", in *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*, P. Aïach, R. Carr-Hill, S. Curtis, R. Illsley eds., La Documentation française-INSERM, Paris, 17-42.
- Arendt H. (1982), *Les origines du totalitarisme. L'impérialisme*, Fayard, Paris.
- Cazein F. et al. (1995), "Connaissance du statut sérologique avant le diagnostic de sida", *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 46, 202-203.
- Cong H.G. et al (1992), *Recours aux soins et morbidité des défavorisés*, CREDES, Paris.
- Couturier E. et al. (1993), "Prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne", *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 46, 202-203.
- Desplanques G. (1990), "L'inégalité sociale devant la mort", in *Mortalité et causes de décès en France*, M.H. Bouvier-Colle, J. Vallin, F. Hatton eds, Doin-INSERM, Paris, 257-287.
- Fassin D. (1997), "La santé en souffrance", in *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, D. Fassin, A. Morice, C. Quiminal eds., La Découverte, Paris, 107-123.
- Fassin D. (1998a), "Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés", *Plein Droit*, 38, 29-35.
- Fassin D. (1998b), "Politique des corps et gouvernement des villes", in *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, D. Fassin éd., La Découverte, Paris, 7-46.

- Fassin D. (1999), "L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit", *Annales. Economie. Sciences Sociales*, sous presse.
- Foucault M. (1976), *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Gallimard, Paris.
- Fox R. (1995), "Medical Humanitarianism and Human Rights", *Social Science and Medicine*, 41 (12), 1607-1616.
- Haour-Knipe M., Rector R. eds. (1996), *Crossing Borders. Migration, Ethnicity and AIDS*, Taylor and Francis, Londres.
- Haut Comité de la Santé Publique (1998), *La santé en France, Rapport général*, La Documentation française, Paris.
- Haut Conseil à l'Intégration (1998), *Lutte contre les discriminations*, Rapport au Premier Ministre, La Documentation française, Paris.
- Jouglu E. (1994), "Sources d'information et indicateurs disponibles", in *Actes des Journées d'Etudes Santé, précarité et exclusion sociale, Observatoire de la précarité*, Montpellier, 89-93.
- Massé R. (1995), *Culture et santé publique*, Gaétan Morin, Montréal.
- McCord C., Freeman H.P. (1990), "Excess Mortality in Harlem", *The New England Journal of Medicine*, 322 (3), 173-177.
- Mizrahi A., Mizrahi A. (1994), *État de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques*, CREDES, Paris.
- Mizrahi A. et al. (1993), *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*, CREDES, Paris.
- Noiriel G. (1986), "L'immigration en France, une histoire en friche", *Annales esc*, 4, 751-769.
- Williams D.R., Collins C. (1995), "US Socioeconomic and Racial Differences in Health : Patterns and Explanations", *Annual Review of Sociology*, 21, 349-386.