

VIH - MIGRANTS

Penser la question de la santé des migrants

Danièle Lochak

Université de Paris X-Nanterre, Gisti (Groupe d'information et de soutien des
immigrés)

**L'indicible et
l'impensé: la
" question
immigrée "
dans les
politiques du
sida**

Fassin D.
Sciences
Sociales et
Santé, 1999,
17, 4, 5-35

La difficulté de penser et de dire la " question immigrée " empêche de mettre au jour les inégalités dont sont victimes les migrants et entrave la mise en œuvre de politiques de prévention et d'information en direction d'une population particulièrement touchée.

Immigration et sida : on perçoit sans mal à quel point la question est délicate à aborder, puisqu'elle implique de s'avancer simultanément sur deux terrains qu'on sait piégés, politiquement et idéologiquement. D'où une stratégie d'évitement, tant de la part des chercheurs que des pouvoirs publics : étrangers et immigrés sont les grands absents des statistiques relatives au sida comme des politiques de lutte contre la maladie, alors que l'on sait, par une série d'indices indirects, qu'ils sont sur-représentés parmi les personnes atteintes.

Ce non-dit, selon Didier Fassin, s'explique en grande partie par la crainte de renforcer la stigmatisation des immigrés - de les stigmatiser doublement, en somme, en faisant apparaître au grand jour la fréquence plus élevée parmi eux d'une maladie à la fois stigmatisante et perçue comme source de danger. Mais il révèle aussi une difficulté plus générale à penser la question de

la santé des migrants (1), voire, plus généralement encore, la "question immigrée". A la penser, c'est-à-dire à la formuler dans des termes scientifiquement pertinents, à égale distance entre un "antidifférencialisme" radical qui refuse de prendre en compte les spécificités et un "culturalisme" qui enferme à l'inverse les immigrés dans leur différence.

Or, ce non-dit engendre des effets pervers et se retourne contre ceux-là mêmes que l'on prétend ainsi protéger. Car d'une part il empêche de mettre au jour les inégalités dont sont victimes les immigrés, d'autre part il entrave la mise en œuvre de politiques de prévention et d'information en direction d'une population particulièrement touchée.

Didier Fassin part d'un constat : la pauvreté des données sur l'épidémie en ce qui concerne les populations étrangères ou immigrées (les catégories d'étranger et d'immigré ne se recoupent pas entièrement : les étrangers sont ceux qui n'ont pas la nationalité française, les immigrés ceux qui sont nés hors de France de parents étrangers, et qui peuvent avoir acquis la nationalité française).

Et lorsque ces données existent, on est réticent à les exploiter. Ainsi, les données recueillies à l'occasion de la déclaration obligatoire de la maladie incluant le pays de naissance et la nationalité, mais ce n'est qu'en mai 1999 que, pour la première fois, l'Institut de veille sanitaire qui a succédé au Réseau national de santé publique, s'est résolu à rendre ces statistiques publiques. Ce qui a permis de constater que non seulement les étrangers étaient proportionnellement plus touchés par l'épidémie que le reste de la population, mais que la proportion d'étrangers parmi les malades avait augmenté, passant de 15% en 1996 à 20% en 1998, cette évolution résultant assez logiquement de ce que, comme l'enquête l'a également montré, ils accèdent moins souvent à un dépistage précoce et à une prise en charge thérapeutique (2).

A ce silence, qui commence seulement à être rompu, et qui résultait jusqu'à présent d'une sorte de consensus implicite puisqu'il n'a donné lieu à aucune consigne officielle et n'a jamais fait l'objet d'un quelconque débat, on peut trouver plusieurs explications.

Il y a d'abord, on l'a dit, la crainte que ne soient utilisées à des fins xénophobes des statistiques qui montreraient une incidence élevée de l'infection parmi certaines catégories d'immigrés, notamment les Africains, renforçant ainsi l'amalgame entre phénomène migratoire et péril infectieux.

Mais cet argument se retourne aisément. Car les étrangers apparaissent déjà dans les statistiques, mais sous une forme tronquée, à travers la catégorisation des modes de transmission : sous la rubrique "transmission hétérosexuelle", on trouve en effet les "sujets originaires d'Afrique subsaharienne ou des

Caraïbes" et les "sujets ayant un partenaire originaire d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes". Il en résulte que seuls les Africains (car les originaires des Caraïbes sont le plus souvent français) sont pris en compte, et exclusivement au titre de la contamination par voie hétérosexuelle d'une part, en tant que vecteurs présumés de la maladie d'autre part. Les chiffres donnent donc une image de la relation entre sida et immigration inexacte et en même temps biaisée, puisque basée sur la notion de risque de contaminer les autres, comme si l'origine était un "risque" de même nature que les comportements dits "à risque". De sorte que ces statistiques, qui induisent une vision de l'étranger - et plus particulièrement de l'Africain - comme vecteur de la maladie, sont en définitive plus dangereuses que si elles incluaient systématiquement la variable de la nationalité et de l'origine.

Mais les raisons de cette occultation des origines doivent aussi être recherchées dans un souci plus général de ne pas singulariser la population immigrée, de façon à ne pas la rendre trop visible aux yeux de l'opinion. Cette raison politique se double d'un argument scientifique : l'origine ou la nationalité ne serait pas une variable pertinente pour expliquer les disparités en matière de santé, celles-ci n'étant que le reflet de la position qu'occupent les immigrés dans la société, plus souvent placés dans une situation défavorisée.

Cette attitude, commune aux responsables politiques et aux chercheurs, doit être rapportée, selon Didier Fassin, à une idéologie "anti-différencialiste" profondément ancrée dans la culture politique française. Elle serait en somme une retombée du "modèle républicain" qui refuse de prendre en compte les différences au nom de l'universalisme.

Mais une retombée néfaste dès lors que la non prise en compte - ou plutôt, comme on l'a vu, la prise en compte tronquée - des origines dans les statistiques a un prix. De fait, les quelques données chiffrées publiées pour la première fois en 1999, assez rudimentaires et qui ne portent que sur l'entrée dans la maladie, attestent l'intérêt qui s'attacherait à pouvoir mieux cerner les contours de l'épidémie dans la population étrangère et immigrée. Sur le plan du savoir, d'abord, il importe de connaître la réalité de la maladie parmi les immigrés et de ne pas occulter les inégalités dont ils sont victimes, concernant en particulier le retard au diagnostic, le recours aux soins, l'accès aux médicaments. Certes, les inégalités face à la santé proviennent d'abord de ce que les étrangers sont sur-représentés parmi les catégories défavorisées et de ce que leurs conditions de vie et d'habitat sont plus précaires que la moyenne de la population vivant en France. Mais, outre qu'il n'est pas indifférent de constater cette sur-représentation, il est également vrai que, même à statut socio-économique égal, les étrangers sont

victimes de formes de discrimination spécifiques, liées par exemple à l'absence de titre de séjour, à des comportements racistes, à la méconnaissance des institutions, qui rendent plus malaisé l'accès aux soins - discriminations qu'il importe de mettre en lumière.

Sur le plan de l'action, ensuite, on renonce, au nom du refus des différences, à définir des programmes spécifiques en direction des immigrés, alors qu'on sait par ailleurs que c'est parmi eux que l'infection progresse le plus rapidement, que le dépistage est le moins effectué et que le traitement est le plus tardif.

Le postulat universaliste n'empêche pas - et même favorise indirectement en entretenant la méconnaissance - le développement dans le milieu soignant d'une lecture culturaliste de la maladie (3) qui débouche sur la représentation d'un sida "africain" mettant en avant la sexualité exubérante, la polygamie, le refus d'utiliser le préservatif... Cette lecture culturaliste qui étiquette les patients en fonction de leur origine empêche de voir que les Africains se comportent face à la maladie de façon cohérente et rationnelle et observent les mêmes conduites que les Français placés dans des situations identiques (4).

Mais si on se laisse aisément convaincre des inconvénients de l'invisibilité - ou plutôt de la visibilité tronquée - des étrangers dans les statistiques relatives au sida, on a bien conscience aussi - et Didier Fassin le premier - des risques que comporte un système d'enregistrement et de diffusion de données faisant apparaître l'origine des personnes.

Il y a d'abord le risque, déjà mentionné car le plus évident, d'une utilisation xénophobe ou raciste de telles statistiques. Ce risque peut être réduit sinon supprimé, en ne diffusant les données ainsi produites qu'avec les éléments d'explicitation et de mise en garde indispensables, à l'image de ce qu'on s'est efforcé de faire pour les données, encore plus sensibles, relatives à la délinquance (5).

L'autre risque, plus sérieux encore, est de "réifier" les variables ethniques, de leur conférer une épaisseur, une réalité intrinsèque, "de les faire accéder à une vérité de "nature" ou de "culture".

Naturaliser les différences, c'est référer les variables ethniques à la biologie et postuler que les risques spécifiques à l'égard de la maladie et les inégalités devant la santé s'expliquent par les caractéristiques biologiques; culturaliser les différences, c'est postuler que les disparités en matière de santé dépendent de variations de comportements sous-tendues par des traits culturels, eux-mêmes déterminés par l'appartenance ethnique.

Le risque de réification et d'étiquetage est d'autant plus élevé que les données sont intégrées à un dispositif statistique étatique qui produit un effet d'officialisation de la connaissance, parant ainsi l'origine ethnique d'une sorte de légitimité institutionnelle et symbolique. C'est la perception de ce risque qui, pour partie,

explique - indépendamment du tour polémique stérile qu'a pu prendre la controverse (6) - les critiques sévères adressées à la proposition de généraliser l'utilisation des catégories ethniques dans les fichiers statistiques de l'Insee, afin de disposer d'outils plus fins pour étudier à la fois les phénomènes de discrimination et les processus d'intégration de la population immigrée (7).

Se pose également la question de la pertinence des variables choisies. Ainsi, dans les déclarations obligatoires, par exemple, le médecin doit renseigner, dans le groupe de transmission hétérosexuelle, la rubrique "origine géographique". Mais que faut-il entendre par origine? Le lieu de naissance du malade ou bien celui des parents? Et dans quelle mesure l'origine est-elle une variable plus significative que l'endroit où l'on vit, ou que l'endroit où l'on a commencé sa vie sexuelle? (8) De même, à l'occasion de la mise en place du système de déclaration obligatoire de la séropositivité, il a été proposé non seulement de faire apparaître la nationalité mais de distinguer les "Français d'origine" et les "Français par acquisition" sans qu'on se soit apparemment interrogé sur la justification d'une telle distinction. Ces deux exemples montrent bien que les variables relatives à l'origine ne doivent pas être utilisées comme si elles étaient des caractéristiques stables et définitives: elles ne doivent être introduites que par rapport à une problématique déterminée et sous une forme où elles sont effectivement pertinentes par rapport aux phénomènes que l'on cherche à éclairer : ici, pour identifier des mécanismes d'inégalité ou de discrimination spécifiques. Une autre précaution méthodologique, pour éviter cette réification, devrait imposer de ne jamais utiliser isolément l'approche statistique, mais de la combiner avec des études qualitatives, sociologiques et anthropologiques.

Il importe enfin de ne pas couper les données relatives à la nationalité ou à l'origine des autres indicateurs : sexe, éducation, capital économique, statut social, dont la prise en compte permet d'une part de ne pas imputer aux caractéristiques liées à l'immigration une valeur explicative en soi et d'autre part d'analyser leurs relations d'interdépendance ou d'indépendance. On adhérerait en définitive assez volontiers à cette formule de Didier Fassin qui résume bien les enjeux et les difficultés de l'entreprise: "Si nous voulons être universalistes, il faut voir que la cécité scientifique et politique autour des questions d'immigration contribue à nous en éloigner. Il faut lever le voile sur ces formes contemporaines d'inégalité, tout en étant vigilant." (9)

Ceci renvoie à une question plus générale qui est de savoir jusqu'à quel point on peut et/ou on doit faire abstraction des différences pour lutter contre les inégalités. L'idéal universaliste, qui impose de traiter tous les êtres humains de la même façon en dépit de ce qui les différencie les uns des autres, reste un principe fondamentalement protecteur contre les discriminations.

Il y a pourtant un moment où, pour garantir l'égalité des droits, il faut prendre acte des différences, à la fois pour assurer une égalité véritable dont la réalisation est entravée par des inégalités de fait et pour respecter en chaque individu sa part d'altérité. Tout en sachant, pour mieux s'en prémunir, que le risque existe d'étiqueter ceux dont on reconnaît la différence, de les enfermer dans leur différence.

1 - Voir Didier Fassin, Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés?, *Plein Droit*, la revue du Gisti, n°38/avril 1998.

2 - Voir Florence Lot, Les données sur le sida dans la population étrangère en France, *Hommes & Migrations*, mai-juin 2000, "Santé, le traitement de la différence", p. 83.

3 - Voir Laurence Kotobi, Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital, *Hommes & Migrations*, précité, p. 6'-?

4 - Voir Didier Fassin, Santé: des inégalités sociales sans droit de cité, in *Mouvements* n°4, mai-juin-juillet 1999

5 - Voir par exemple Pierre Tournier, Philippe Robert *Etrangers et délinquances. Les chiffres du débat* L'Harmattan, 1991

6 - On pense ici à la virulence des attaques portées par Hervé Le Bras contre les travaux de Michèle Tribalat.

7 - pour une présentation plus nuancée et moins polémique des positions en présence, on peut se reporter aux contributions de Patrick Simon, Alexis Spire et Sandrine Bertaux dans le dossier intitulé "Les immigrés dans les statistiques"

in *Plein Droit*. La revue du Gisti, n°41-42/avril 99.

8 - Voir Augustin Gilloire, Les catégories d'"origine" et de "nationalité" dans les statistiques du sida, *Hommes et Migrations*, précité, p. 73.

9 - Didier Fassin, Santé: des inégalités sociales sans droit de cité, article précité.