



HAL
open science

Comment l'anthropologie de la santé éclaire certains enjeux des migrations

Sandrine Musso

► **To cite this version:**

Sandrine Musso. Comment l'anthropologie de la santé éclaire certains enjeux des migrations. *Idées économiques et sociales*, 2017, Dossier : Les migrations, 189, pp.20-27. 10.3917/idee.189.0020 . hal-02998341

HAL Id: hal-02998341

<https://hal.science/hal-02998341v1>

Submitted on 26 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Comment l'anthropologie de la santé éclaire certains enjeux des migrations

Sandrine Musso

DANS **IDÉES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES** 2017/3 (N° 189), PAGES 20 À 27
ÉDITIONS **RÉSEAU CANOPÉ**

ISSN 2257-5111

ISBN 9782240044709

DOI 10.3917/idee.189.0020

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2017-3-page-20.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Réseau Canopé.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Comment l'anthropologie de la santé éclaire certains enjeux des migrations

Les rodomontades de certains démagogues promettant de supprimer l'aide médicale d'État qui assure une couverture sanitaire minimale aux étrangers en situation irrégulière illustrent l'ignorance répandue des enjeux en la matière. Sandrine Musso revient ainsi utilement sur ces derniers tout en montrant plus largement que cette entrée constitue un puissant révélateur de la condition plus générale des migrants et de l'inadaptation de leur traitement.

Sandrine Musso,
maîtresse
de conférences
en anthropologie à
Aix-Marseille-Université,
chercheuse
au Centre Norbert-Elias

www.actupparis.org,
rubrique « Étrangers »,
article « François Fillon &
l'aide médicale d'État », publié
[en ligne] le 12 janvier 2017.

Le 12 janvier 2017, les associations Aides et Act up-Paris publiaient un communiqué de presse ¹ dont le titre – « Si un immigrant vient séjourner avec vous dans votre pays, tu l'aimeras comme toi-même. Sérieusement ? » – charriait une double référence : l'une au texte de la bible, et l'autre à celui d'un discours prononcé la veille par l'un des candidats à l'élection présidentielle, François Fillon. En déplacement à Nice le 11 janvier, ce dernier avait en effet déclaré, comme Marine Le Pen avant lui, que s'il était élu président, l'aide médicale d'État (AME) serait supprimée et remplacée par « la seule prise en charge des urgences médicales et des maladies infectieuses ». Rappelant que l'aide médicale d'État était réservée aux personnes dont le revenu était inférieur à 721 euros et concernait environ 300 000 étrangers vivant en France, le communiqué soulignait aussi que ce dispositif ne représentait que 0,4 % des dépenses de santé.

Depuis la fin du xx^e siècle et la dernière grande réforme de la Sécurité sociale, le dispositif de l'aide médicale d'État est rituellement remis en question au titre des « fraudes » qu'il susciterait ou parce qu'il est supposé « creuser le trou de la sécu ». Au-delà des critiques de ces présupposés que des rapports publics sont venus argumenter et documenter [1, 2], le cliché sur lequel il repose vient

néanmoins rendre compte d'une vision singulièrement réductrice des mobilités érigeant la quête de soins en motivation majeure des migrations internationales contemporaines. De ce fait, la santé constitue un bon angle d'entrée pour mettre au jour les présupposés et les impensés des représentations ordinaires des « problèmes » posés par les enjeux des migrations.

Que la défense publique de ce dispositif émane par ailleurs d'associations de lutte contre le sida rappelle à la fois combien elles furent à l'avant-garde des combats des années 1990 contre l'exclusion des soins, mais aussi la part importante de « migrants » dans l'épidémie de VIH en France et en Europe.

Ce sont ces deux axes que le présent article vise à documenter et éclairer. Comment les circulations globalisées en matière de santé, le « prêt-à-penser » existant à leur propos et les perspectives anthropologiques à leur sujet peuvent-ils nous permettre de repenser les enjeux contemporains des migrations ? Par ailleurs, que nous apprend l'histoire sociale du sida, première épidémie pour laquelle ont été mises en place en France des politiques « ciblées » en direction des « migrants/étrangers », sur le traitement social dont ceux-ci font l'objet ?

Mais avant de suivre ces deux fils, il faut s'arrêter sur un enjeu majeur, celui du choix des mots. On

prête à Albert Camus la célèbre phrase selon laquelle « mal nommer les choses, c'est ajouter aux malheurs du monde » : en matière de discours sur les migrations, il ne fait nul doute que cette assertion est particulièrement pertinente.

C'est pourquoi il n'est pas inutile de revenir sur les usages comparés de certains termes et expressions dès lors qu'il est question de penser les liens entre migrations, santé, accès aux soins et globalisation.

Nommer : langage, pouvoir, évidences non questionnées et « prêt-à-penser »

Si l'année 2015 et sa « crise des migrants » ont mis en évidence un « soudain souci de sémantique » [3], il n'est de travail sur l'immigration qui ne confronte de toute façon et d'emblée la recherche à une question qui est également centrale dans le cadre des politiques publiques : comment *nommer* son objet ? Toute réalité sociale est enjeu de luttes qui sont aussi, et peut-être avant tout, des luttes pour « nommer » [4]. La nomination n'est jamais une action neutre. Action, car les mots ne sont pas seulement ces « éternelles paroles » immatérielles et sans grandes conséquences. Le langage est performatif ; dire, c'est aussi faire [5], façonner la réalité, d'une autre manière. Les mots posés à propos des *étrangers, des immigrés, des réfugiés et des migrants* dans l'espace public ont assurément montré combien ils pouvaient contribuer à créer les phénomènes qu'ils prétendaient énoncer.

Le choix des mots livre dans le même temps une vision du monde qui les sous-tend. Il est donc important de les situer au sein d'une configuration, de dresser un état des lieux du « nommable », des termes utilisés à un moment donné, car : « Si nommer est [...] problématique, c'est que les mots et les notions s'inscrivent dans un passé (qui constitue leur référentiel historique) et un présent (qui fournit leur trame contextuelle) qu'il s'agit précisément de saisir » [6, p. 20].

Le travail de recherche consiste alors, non pas à séparer le bon grain de l'ivraie, en arbitrant sur les termes qu'il conviendrait d'employer, mais à restituer le sens charrié par les mots utilisés et à expliciter les variations qu'ils connaissent selon les attributs des locuteurs qui en usent et leur visée.

Les recherches portant sur l'ethnicité ont ainsi montré combien « si dans l'étude d'une situation interethnique, il est toujours important de se demander "qui a le pouvoir de nommer ?", le jeu

complexe de labellisation ethnique ne se résume jamais à une pure imposition d'identité de dominant à dominé. Les dominés eux-mêmes reprennent parfois à leur compte les noms que leur attribuent les dominants » [7, p. 163].

S'il y a donc un espace du nommable et des termes déjà là, il existe également des positions différenciées au sein de cet espace. Par voie de conséquence, un même terme peut revêtir, selon qui en fait usage, des significations différentes. Comme l'écrit Judith Butler dans un ouvrage consacré au pouvoir des mots : « Le nom que l'on reçoit est à la fois ce qui nous subordonne et ce qui nous donne un pouvoir » [8, p. 252].

Un certain nombre de travaux sont venus rappeler combien, en matière de migration, les mots étaient articulés avec de forts enjeux politiques et que leurs usages étaient à décrypter : qu'il s'agisse d'une immigration qualifiée de « subie » ou « choisie » [9], de réfugiés *versus* migrants économiques, de mobilités *versus* migrations, d'immigrés *versus* migrants. S'il n'est pas question ici de décortiquer l'ensemble des termes évoqués, il s'agit de remarquer qu'en matière de migrations et de santé, l'inventaire des mots utilisés et l'analyse de leurs usages comparés témoignent de grilles de lectures du monde sous-jacentes. L'ombre du migrant pauvre et malade venant chercher des soins dans des pays plus riches [10] est largement convoquée dans les représentations dominantes, comme l'emploi des termes « tourisme médical » et « migrations sanitaires » le montre. À eux seuls, ces termes soulignent les rapports de pouvoir et l'inégal droit à la mobilité qui structurent les modalités différenciées de la quête de soins dans un monde globalisé. Alors même que la réforme de 1998 instituait la couverture maladie universelle, l'aide médicale d'État pouvait être qualifiée de « salle d'attente de l'universel » pour les étrangers sans papiers [11], inventant la nouvelle population des « exclus de l'universel ». En somme, la santé, comme le logement ou le travail, est venue s'ajouter depuis plus d'une décennie à la litanie des « problèmes » accolés aux phénomènes migratoires.

Anthropologie, migrations, santé, inégalités

Pour l'anthropologue, la santé constitue d'une certaine manière la marque sur les corps de façonnements sociaux, économiques, environnementaux, géopolitiques, etc. En cela, elle a pu être définie



comme le « rapport du corps physique et psychique au corps social et politique, rapport historiquement construit et politiquement constitué » [12].

Si l'on s'attache à observer quelles sont les migrations et mobilités liées, soit à la quête de soins, soit au fait de prodiguer des soins et du *care* dans le monde contemporain, cela nous conduit de toute évidence assez loin de clichés mettant en scène des personnes pauvres et malades déterminées à profiter de systèmes de santé de pays plus privilégiés.

Celles-ci en effet s'expriment en des flux variés. Flux qui ne sont d'ailleurs pas réductibles à des déplacements de personnes : médicaments, traditions médicales, modèles sanitaires dans la « *global health* » sont aussi un ensemble de matérialités médicales, d'objets et de représentations du corps et de la personne qui, par-devers elles, circulent [13].

Le « voyage médical » a toutefois une longue histoire, notamment en Europe, partir pour se soigner sous d'autres climats ou ciels faisant partie des recours envisageables [14]. Aujourd'hui, des flux importants de déplacements ayant pour objet la quête de soins des nords vers les suds sont documentés par des programmes de recherche ayant trait au tourisme médical en Inde [15, 16], aux recours « psychotro-

piques » [17] ou à visée de guérison d'addiction. Des recours peuvent concerner la chirurgie esthétique et les soins dentaires vers des destinations aussi variées que la Tunisie, l'Asie ou la Roumanie en Europe de l'Est [18]. D'autres axes de quêtes de soins sud-sud existent également, suivant les linéaments de relations historiques et géopolitiques qu'elles explicitent [19]. Des recours, enfin, à des procédures médicales auxquelles le droit est dénié et l'accès impossible dans le pays de résidence, comme l'aide médicale à la procréation, motivent des déplacements : être un couple de même sexe, un couple non marié ou une femme célibataire peut être un obstacle à l'accès aux technologies médicales de procréation.

Par ailleurs, les « migrants » constituent une catégorie non négligeable des pourvoyeurs et demandeurs de soins dans le monde contemporain. Les analyses de la « *global care chain* » [20] ou de la *nanny chain* insistent sur la manière dont un ensemble de flux de migrations, notamment féminines, sont orientés vers des fonctions professionnelles en lien avec le soin aux nourrissons, aux jeunes enfants et aux personnes âgées. La faible reconnaissance symbolique de ces tâches de *care*, leur statut subalterne dans la hiérarchie des professions, fait écho

au fait qu'elles soient souvent prodiguées par des personnes originaires d'autres sociétés ou descendantes de migrants racisés.

Parmi le « prêt-à-penser » au sujet des migrants, leur vulnérabilité singulière en matière de santé est parfois désignée comme constitutive, allant jusqu'à faire de la migration la métaphore d'une maladie. Il s'agit toutefois de ne pas verser dans ce cliché, et pour ce faire, dorénavant, d'examiner combien les contraintes encadrant les mobilités et les discriminations peuvent avoir des effets en termes de santé.

Trajectoires migratoires, santé et maladie

Les discriminations administratives et juridiques affectent l'accès à la prévention et aux soins de certains migrants, voire les exposent de manière importante à certaines pathologies, notamment de ceux qui ne disposent pas de statut légal sur le territoire, lesquels constitueraient entre 10 et 15 % des migrants internationaux.

La migration récente des mouvements de personnes originaires des suds tentant de rejoindre une Europe de plus en plus restrictive sur les conditions d'entrée et d'accès au séjour ont aussi des conséquences sur la santé. Les trajectoires qui prennent le tour de véritables « parcours du combattant » exposent différemment selon le genre et l'âge mais de manière structurelle à des violences ayant des conséquences sur la santé physique et psychique.

Mais la santé est très rarement un déterminant du départ. Elle ne serait un motif de migration que pour 3,1 % des personnes enquêtées dans le cadre de l'étude de MDM en 2016, chiffre en baisse pour cette année-là, mais qui, depuis le début de ces études, n'a que très rarement excédé 10-12 % des motifs affichés, même si ce qui préside au départ est toujours complexe et multifactoriel.

Parmi les 214 millions de migrants internationaux, l'écrasante majorité n'est pas issue des catégories les plus pauvres de la société dont ils émigrent. Car migrer coûte cher et demande « des

“Migrer coûte cher et demande “des forces”, [...] ce sont ceux et celles qui sont en meilleure santé qui partent : c'est le fameux effet favorable aux migrants”

Ces discriminations juridiques et administratives, en contexte d'édification de la « forteresse Europe » depuis la dernière décennie du xx^e siècle, ont aussi des effets sur les modes de recours comme sur l'expérience des institutions de santé.

Le rapport de Médecins du monde (MDM) sur l'accès aux soins des migrants en Europe, rendu public en novembre 2016, montre ainsi la pluralité des effets de la précarité administrative sur l'appréhension à avoir recours aux soins : absence de suivi des femmes enceintes, absence de vaccination pour la majorité des enfants, déficit d'accès aux dépistages de pathologies chroniques.

Les contraintes politiques, sociales, économiques et juridiques qui façonnent les mobilités et l'intensi-

fication des forces », c'est pourquoi ce sont ceux et celles qui sont en meilleure santé qui partent : c'est le fameux effet favorable aux migrants (« *healthy migrant effect* ») dont nombre d'études sur les migrations internationales ont rendu compte.

C'est en revanche après plusieurs années d'installation dans la société dite d'accueil que cet état de santé, associé à des déterminants de la santé en lien avec le traitement social des migrants et minorités (logement, travail, etc.), connaît une dégradation.

L'exemple de l'étude « Parcours de vie, VIH/sida et hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France » est édifiant en ce qu'il révèle qu'une proportion très importante de personnes migrantes a été exposée à la contamina-

tion après son arrivée en France, alors même que ces pathologies ont longtemps été pensées comme « importées ». Les auteurs de l'étude estiment ainsi qu'entre 37 et 49 % des migrants originaires d'Afrique subsaharienne suivis en France pour le VIH ont contracté le virus après leur arrivée sur le territoire. Ces chiffres rejoignent ceux d'autres enquêtes quantitatives européennes (l'enquête Amase évoque 37 % pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Grande-Bretagne) [21]. Ce sont les épreuves du contexte de précarité régnant sur les premières années après l'arrivée qui peuvent être considérées comme des déterminants d'exposition aux risques d'infection.

tifs, supposée politiquement dangereuse à publiciser parce que l'extrême droite était susceptible de l'instrumentaliser. Au tournant des années 2000, un travail de fond a donc été opéré sur la « définition de la situation » de cette atteinte disproportionnée. Car l'« altérité dangereuse » propre à toujours être mise en accusation en temps d'épidémie va être requalifiée en « lourd tribut » payé par les personnes de nationalité étrangère, tenues éloignées des campagnes de prévention et devant affronter nombre d'épreuves liées à la précarité administrative et économique. De sorte qu'au tournant du xx^e siècle, à l'invisibilité succède la promotion d'une politique ciblée, où la visibilité des « migrants » dans la communication publique sur

“Plusieurs études estiment qu'entre 37 et 49 % des migrants originaires d'Afrique subsaharienne ont contracté le virus après leur arrivée sur le territoire français”

Ces résultats de recherches récentes rejoignent d'autres études ayant montré qu'en dépit d'une meilleure santé au départ, les personnes immigrées, voire leurs descendants, présentent un certain nombre de spécificités documentées en termes de santé perçue et de recours aux soins [22].

L'exemple du sida

L'histoire sociale du sida, première épidémie pour laquelle ont été mises en place en France des politiques ciblées en direction des « migrants/étrangers » [23], est riche en leçons politiques comme ses commentateurs l'ont régulièrement souligné [24, 25].

D'abord « indicible et impensée » pendant la première décennie de l'épidémie, les chiffres du sida chez les personnes étrangères en France n'ont été rendus publics qu'en 1999 [23, 26, 27]. La surreprésentation des personnes de nationalité étrangère dans les cas de sida, situation visible dans les hôpitaux et certaines associations, était aux yeux de responsables de politiques publiques, mais aussi d'acteurs associa-

la maladie est conçue comme un outil d'amélioration de l'accès à la prévention, et où la question est perçue comme prioritaire. Des évolutions majeures se font jour avec ce que l'on pourrait décrire comme une sortie de la gangue de la spécificité et de l'invisibilité qui avaient jusque-là caractérisé l'appréhension de cette question [28]. La publication de chiffres en est un signe indéniable, mais aussi l'entrée dans le droit de la catégorie « étranger malade » [29], la publication de brochures et d'outils de prévention en langues étrangères, et surtout le choix de promouvoir une visibilité des migrants dans la communication publique sur la maladie, là où la « peur de la peur » avait prévalu en termes de stratégie politique de communication [30]. Les premiers spots de prévention à la télévision mettant en scène deux femmes africaines parlant du dépistage du VIH sont diffusés en 2002, ce qui traduit, d'une part, une évolution globale de la politique de lutte contre le sida en faveur d'un ciblage plus explicite, mais aussi les revendications portées par certaines associations immigrées deve-

nues des interlocutrices des pouvoirs publics. Le plan national 2001-2004 entend *rendre visibles* les migrants dans la communication grand public. Tandis qu'un des objectifs principaux énoncés est de « réduire l'écart existant entre la population française et la population étrangère ». À partir de 2003, les chiffres, enfin disponibles, de la déclaration obligatoire de séropositivité venant souligner l'importance de l'épidémie chez les personnes hétérosexuelles originaires d'Afrique subsaharienne vont renforcer ces orientations. Mais ces évolutions entérinent en outre, dans le champ de la lutte contre le sida, celles relatives au traitement social de la question immigrée en France : à partir de la fin des années 1990, en effet, la reconnaissance de l'existence de discriminations et la mise en place de politiques de lutte contre ces dernières vont figurer dans l'agenda politique. Venant requalifier ce qui était auparavant désigné sous le terme d'« intégration » [31], la diffusion du vocable de discriminations, tant à l'échelle des débats publics qu'à celle des politiques publiques censées lutter contre elles, marque une rupture dans la mise en forme des problèmes liés à l'immigration. Elle s'articule en outre avec les questions à la fois statistiques et politiques liées à la visibilité des « générations issues de l'immigration ».

À partir de 2004, l'alliance entre mise en place de dispositifs de « discrimination positive » et une visibilité épidémiologique massive des migrants originaires d'Afrique subsaharienne est de mise. En 2004, en effet, la France se dote du premier plan national étrangers/migrants de lutte contre le sida, dont les principes (agir auprès des migrants à la fois comme une composante de la société française et comme un groupe spécifique, prendre en compte la diversité en évitant les stéréotypes) sont reconduits depuis. C'est une première dans l'histoire de la santé publique française. C'est aussi le signe de l'extension à ce domaine des questions de reconnaissance de la diversité qui traversent la société française.

La scène du sida est donc aussi un observatoire de choix des évolutions contemporaines du traitement de l'altérité dans la société française. Qu'il s'agisse de la production sociale des dynamiques de l'épidémie, de polémiques relatives à l'invisibilité statistique et à la gestion « postcoloniale » des populations immigrées, de l'adaptation socioculturelle des messages et politiques préventifs, la lutte contre le sida constitue un observatoire de tout premier choix des enjeux attachés à l'interaction entre la société française et ses « immigrés ».

Comme cela a été évoqué plus haut, les études conduites aujourd'hui en France comme en Europe sur ces questions tendent à montrer comment, alors que pour les personnes originaires du continent africain le prisme de la « pathologie d'importation » était de mise, entre un tiers et la moitié des personnes deviennent séropositives, soit au cours de la trajectoire de migration, soit dans la société dite d'accueil.

C'est, aujourd'hui comme hier, dans ce contexte, l'accès aux droits qui demeure un enjeu central, malgré depuis 1998 la possibilité de régularisation ouvrant l'accès théorique à une carte de séjour de plein droit aux étrangers malades. Sans cesse remis en question [32], ce droit théorique se heurte dans la pratique à un contexte où la criminalisation de l'immigration et le paradigme de la gestion des flux migratoires entrent en opposition avec les politiques visant à promouvoir l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins des populations migrantes, qu'il s'agisse du sida ou d'autres problèmes de santé. C'est l'une des leçons politiques des luttes conduites à partir du sida que de l'avoir, dès 1991, fait observer.

À des échelles très diverses, l'histoire sociale du sida rend compte d'enjeux toujours fort actuels de la manière d'envisager l'articulation entre santé et migration, et fort éloignés de ce qui est rendu visible dans l'espace public à l'occasion des débats électoraux. Le trait saillant des phénomènes de migration contemporains est la part que la loi et le droit y occupent, et la santé n'y échappe pas. Toutefois le droit à la santé, comme l'écrit Anne-Marie Moulin, est un droit de l'homme dit de « deuxième génération » par rapport aux droits énoncés au siècle des Lumières : « À la différence des précédents, il s'agit d'un "droit-pouvoir" ou encore d'un "droit-créance" étroitement lié à des conditions concrètes de réalisation » [33]. Enfin, les limites de la « raison humanitaire » [34] sont évidentes dès lors que l'universel et le national sont mis en tension : du corps « légitime », le corps de l'étranger malade est redevenu un corps exceptionnellement « toléré ».

De quelques paradoxes de la globalisation

Avec 244 millions de migrants internationaux en 2016 (un peu plus de 3 % de la population mondiale), et l'apparition de zones de transit inédites, la globalisation humaine implique un effacement relatif des catégories qui avait permis par le passé d'analyser

les migrations. Les distinctions se sont estompées entre pays de départ, pays d'accueil et pays de transit, certains d'entre eux étant les deux ou les trois à la fois (Mexique, Turquie, Maroc) [35]. *A contrario*, les frontières qui encadrent les espaces nationaux restent des « animaux politiques bien vivants » [36] : sur les 248 000 kilomètres de frontières terrestres existantes, 26 000 ont été instituées depuis 1991.

Partout dans le monde, se règlent régulièrement des problèmes de frontières : par médiation politique ou par l'intervention de la Cour internationale de justice. La surveillance électronique par satellite des forêts tropicales et des aires désertiques se met en place, développant une véritable économie politique de la frontière, et transformant en véritable parcours du combattant certaines trajectoires migratoires. La globalisation n'a donc pas, tant s'en faut, aboli les frontières : elle est même la scène de leur renforcement. Pas un jour sans que ceci ne produise des morts : l'imaginaire et le désir d'ailleurs, l'aventure du départ, tout comme les inégalités globales que traduisent les mobilités, ne sauraient être endiguées par les forteresses contemporaines.

Ce sont les contraintes politiques, juridiques, économiques et sociales façonnant les mobilités contemporaines qui produisent de la vulnérabilité, laquelle n'est pas intrinsèque aux migrants et les affecte de manière non homogène.

Cela témoigne d'un profond paradoxe du monde contemporain : la globalisation est liée à une dynamique de disparition des frontières au sens de la circulation généralisée permise et, dans le même temps, génère un monde où l'obsession des frontières et le désir de murs [37] semblent n'avoir jamais été aussi forts. En termes de santé, alors que les produits, les soignants, les modèles sanitaires circulent, il est par ailleurs possible de souligner la globalisation des déterminants de santé, des catégories pour la qualifier en temps de *global health*. Mais, indéniablement, la circulation et l'accès à des technologies médicales restent profondément inégaux, notamment dans des contextes de systèmes de santé rendus exsangues, soit par des politiques d'ajustement structurel imposées, soit par la guerre.

Bien sûr, à l'image de ce que ce texte a tenté de montrer, il convient d'être attentif à ce qui n'est jamais évoqué en termes de migrations et de mobilités en lien avec la santé au regard de ce qui fait quotidiennement notre actualité. Mais ce détour

par les questions de migration telles que les aborde l'anthropologie de la santé débouche sur deux traits saillants de l'actuelle anthropologie de la globalisation : l'encampement du monde [38], où les indésirables trouvent à être accueillis et leur santé traitée et surveillée de façon humanitaire, mais aussi la politique de la survie [39] que donne à voir cette attention portée à la survie des corps, là où la légitimité de leur présence est niée dans l'espace politique.

La médecine, la maladie et la santé constituent dans le monde contemporain un observatoire majeur des économies morales du temps présent [34, 40], une perspective capitale sur les enjeux liés à la mondialisation [41, 42], dans un contexte où la santé publique constituerait aujourd'hui une « nouvelle religion du salut » [43]. Ce qui se joue autour de la santé est au cœur de la formulation des valeurs contemporaines, qu'il s'agisse de l'appréhender sous l'aspect de ses enjeux économiques, politiques, symboliques et imaginaires ou immatériels. Certaines études anthropologiques ont porté sur la sanitarisation de problèmes sociaux [44], la politisation des problèmes de santé et leurs liens avec la violence structurelle et les inégalités [45], la manière dont la « biologie endommagée » constitue aujourd'hui un socle d'accès à des droits et à des formes de citoyenneté « thérapeutique » ou « biologique » [46, 47]. Le suivi de trajectoires au long cours en France de personnes étrangères régularisées « au titre de la maladie » a par ailleurs fait l'objet d'approches centrées sur les types variés de « colonisation du monde vécu » auxquelles les identités « de papier » et l'identité sociale de malade comme socle de reconnaissance pouvaient donner lieu [48].

Les inégalités de santé telles qu'elles sont envisagées par l'anthropologie viennent souligner l'inégale valeur des vies, leur inégal accès au « comptage », l'inégal traitement de leurs disparitions. C'est aussi ce que met au premier plan le nombre de morts en Méditerranée, régulièrement publicisé par l'association SOS Méditerranée², qui se donne pour objectif de « sauver des vies³ » dans le contexte de ce qui est qualifié depuis 2015 de « crise des migrants ». Elle témoigne à travers son journal de bord en ligne, où un record chasse l'autre en termes de personnes recueillies dans des bateaux de fortune, combien l'enjeu de la santé, dans ce que deviennent certaines des trajectoires migratoires contemporaines, se résume parfois juste à une affaire de vie ou de mort.

² www.sosmediterranee.fr

³ Mais aussi de porter secours et témoigner.

Bibliographie

- [1] **CONSEIL NATIONAL DU SIDA**, « Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun », avril 2014. En ligne : <https://cns.sante.fr>, suivre « Rapports et avis ».
- [2] **GEOFFARD P.-Y.**, « Les bons comptes de l'aide médicale d'État », *Libération*, 13 février 2017. En ligne : www.liberation.fr.
- [3] **CANUT C.**, « Migrants et réfugiés : quand dire c'est faire la politique migratoire », *Vacarme*, 12 juin 2016. En ligne : www.vacarme.org/article2901.html.
- [4] **BOURDIEU P.**, *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.
- [5] **AUSTIN J. L.**, *Quand dire c'est faire*, Paris, Seuil, 1970 (1962).
- [6] **FASSIN D.**, « Nommer », in **FASSIN D., FASSIN É.** (dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française* Paris, La Découverte, 2006.
- [7] **POUTIGNAT P., STREIFF-FÉNART J.**, *Théories de l'ethnicité*, Paris, PUF, 1995.
- [8] **BUTLER J.**, *Le Pouvoir des mots. Discours de haine et politique du performatif*, Paris, Éditions Amsterdam, 2004.
- [9] **HÉRAN F.**, *Avec l'immigration. Mesurer, débattre, agir*, Paris, La Découverte, 2017.
- [10] **MUSSO S.**, « Les migrants sont par nature vulnérables », in **OUATTARA F., RIDDE V.** (dir.), *Les idées reçues en santé mondiale*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal/Presses de l'EHESP, 2015.
- [11] **VEISSE A.**, « Les salles d'attente de l'universel », *Vacarme*, n° 17, 2001, p. 45-47.
- [12] **FASSIN D.**, *Les Enjeux politiques de la santé*, Paris, Karthala, 2000.
- [13] **SAKOYAN J., MUSSO S., MULOT S.**, « Quand la santé et les médecines circulent », introduction au dossier thématique « Médecines, mobilités et globalisation », *Anthropologie & Santé*, 2011. En ligne : <https://anthropologiesante.revues.org/819>.
- [14] **MUSSO S.**, « Dossier n° 2. Regard sur... La santé et l'immigration », *Bulletin Amades*, 64, 2005. En ligne : <https://amades.revues.org/269>.
- [15] **DUVAL C.**, « Tourisme médical : l'Inde, destination privilégiée des Africains », *Jeune Afrique*, 18 avril 2017. En ligne : www.jeuneafrique.com.
- [16] **PORDIÉ L.**, « Se démarquer dans l'industrie du bien-être. Transnationalisme, innovation et indianité », *Anthropologie & Santé*, n° 3, 2011. En ligne : <https://anthropologiesante.revues.org/805>.
- [17] **AMSELLE J.-L.**, *Psychotropiques*, Paris, Albin Michel, 2013.
- [18] **MUSSO S., SAKOYAN J., MULOT S.**, « Migrations et circulations thérapeutiques : Odyssées et espaces. Introduction au dossier thématique « En quête de soins : soignants et malades dans la globalisation », *Anthropologie & Santé*, n° 5, 2012. En ligne : <https://anthropologiesante.revues.org/1040>.
- [19] **SAKOYAN J.**, « Les mobilités thérapeutiques. Bilan et perspectives depuis les Comores », *Anthropologie & Santé*, n° 5, 2012. En ligne : <https://anthropologiesante.revues.org/1035>.
- [20] **HOCHSCHILD A. R.**, « Global Care Chains and Emotional Surplus Value », in **HUTTON W., GUIDDENS A.** (eds), *On the Edge. Living with Global Capitalism*, Londres, Vintage, 2001.
- [21] **DESGRÉES DU LOÛ A., FRANCE L.** (dir.), *Parcours. Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France*, Paris, La Découverte, 2017.
- [22] **HAMEL C., MOISY M.**, « Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé », document de travail, n° 190, Ined, 2013. En ligne : www.ined.fr/fr/publications/document-travail/immigres-descendants-sante/.
- [23] **MUSSO S.**, *Sida et minorités postcoloniales. Histoire sociale, usages et enjeux de la cible des « migrants » dans les politiques du sida en France*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale et ethnologie, Paris, École des hautes études en sciences sociales, décembre 2008.
- [24] **PINELL P.** (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, PUF, 2002.
- [25] **DODIER N.**, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Éditions de l'EHESS, 2003.
- [26] **LOT F., PILLONEL J., LAPORTE A., SAVIGNY J.**, *Le sida dans la population étrangère résidant en France*, Paris, INVS, 1999.
- [27] **FASSIN D.**, « L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida », *Sciences sociales et santé*, n° 4, vol. 17, 1999, p. 5-36.
- [28] **MUSSO S.**, « Les Suds du Nord », in **BOURDIER F., BROQUA C., EBOKO F.** (dir.), *Les Suds face au sida*, Paris, Éditions de l'IRD, 2011. En ligne : http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers12-09/010051853.pdf.
- [29] **MUSSO S.**, « L'étranger malade : une cause devenue digne d'être défendue », *Plein droit, Revue du GISTI*, n° 111, décembre 2016.
- [30] **BROQUA C.**, « La lutte contre le sida », in **CRETTEZ X., SOMMIER I.** (dir.), *La France rebelle : tous les mouvements et acteurs de la contestation*, Paris, Éditions Michalon, 2006, p. 377-393.
- [31] **LORCERIE F.**, « La lutte contre les discriminations, ou l'intégration requalifiée », *VEI Enjeux*, n° 121, 2000, p. 69-81.
- [32] **OBSERVATOIRE DU DROIT À LA SANTÉ DES ÉTRANGERS**, « La régularisation pour raison médicale en France. Un bilan de santé alarmant », Paris, ODSE, 2008. En ligne : www.odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008_.pdf.
- [33] **MOULIN A.-M.**, « Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé : un regard épistémologique », *Anthropologie & Santé*, n° 1, 2010. En ligne : <https://anthropologiesante.revues.org/114>.
- [34] **FASSIN D.**, *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, La Découverte, 2010.
- [35] **WIHTOL DE WENDEN C.**, *La Question migratoire au xx^e siècle. Migrants, réfugiés et relations internationales*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009.
- [36] **FOUCHER M.**, *L'Obsession des frontières*, Tempus Perrin, 2012 [3^e éd.].
- [37] **BROWN W.**, *Murs : les murs de séparation et le déclin de la souveraineté étatique*, Les Prairies ordinaires, 2009.
- [38] **AGIER M.** (dir.), *Un monde de camps*, Paris, La Découverte, 2014.
- [39] **ABELES M.**, *Politique de la survie*, Paris, Flammarion, 2006.
- [40] **WILLEN S.**, « Migration, 'illegality' and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness », *Social Science and Medicine*, 74(6), 2012, p. 805-811.
- [41] **MULOT S., MUSSO S., SAKOYAN J.**, (coord.), « Médecines, mobilités et globalisation », *Anthropologie & Santé*, n° 3, 2011. En ligne : <http://anthropologiesante.revues.org/718>.
- [42] **COGNET M., HOYEZ A.-C., POIRET C.** (dir.), « Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations », *Revue européenne des migrations internationales*, 28 (2), 2012.
- [43] **MASSÉ R.**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel », in **HOURS B.** (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001, p. 41-66.
- [44] **NAUDÉ A.-J.**, « Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration », *Revue Hommes et migrations*, n° 1225, mai-juin 2000, p. 13-22.
- [45] **FARMER P.**, *Infections and Inequalities*, University of California Press, 1999.
- [46] **PETRYNA A.**, *Life Exposed. Biological Citizens after Chernobyl*, Princeton University Press, 2003.
- [47] **NGUYEN V. K.**, *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Durham, Duke University Press, 2010.
- [48] **MUSSO S.**, « Être régularisé au titre de la maladie en France », in **BOËTSCH G.**, « Corps des affects – Corps en migrations », *Corps*, CNRS Éditions, n° 10, 2012, p. 153-163.