

Migration, Santé et Société

Mohammed SEFFAHI

“Ce n’est pas l’immigré qui a un rapport différent à son corps, mais bien les conditions sociales et culturelles particulières dans lesquelles il est placé qui modifient son vécu corporel et induisent l’utilisation du corps comme symptôme-langage”.

La réalité migratoire, dans le domaine de la santé, nous confronte à des situations assez spécifiques pour qu’elle nous paraisse justifier réflexion. En effet, le point de vue du bon sens (ou du sens commun) qui est donné à propos de la santé, dès lors que celle-ci est le fait de migrants, contribue sans doute à suggérer une lecture qui circonscrit la forme du social et le type des individus comme des unités signifiantes pensées, dès le départ, dans une correspondance à une certaine identité associée à la condition des migrants, voire à telle ou telle origine ethnique.

La situation migratoire révèle, de fait, des phénomènes latents existants à la fois dans les sociétés d’accueil et dans les sociétés transplantées. Ce dévoilement justifie, à la fois, l’analyse des représentations de soi, les processus de structuration des identités collectives et les rapports que les médecines dites traditionnelles “ethniques” entretiennent avec la biomédecine.

En effet, les pratiques médicales reposent sur le postulat que le phénomène de la maladie, fait universel, est traité suivant des modalités différentes selon les sociétés et que ces modalités sont liées à des systèmes de croyances et de représentations déterminés, en étroite cohérence avec l’organisation sociale et le système de pensée des populations concernées.

Lorsqu’on s’interroge sur l’efficacité thérapeutique d’une cure dans une société donnée, on ne peut, sans risque de se fourvoyer, évacuer la dimension symbolique des traitements (même si l’exigence intellectuelle à laquelle est subordonné le choix d’un objet comme remède n’exclut

pas l’orientation pragmatique qui la soutend) pour ne retenir que ce qui, à l’aune des pratiques expérimentales occidentales, serait “rationnel”.

La dimension symbolique, loin d’être un artefact inutile, est tout à fait essentielle. Claude Lévi-Strauss a déjà montré (1) qu’il existe une nécessaire congruence entre le remède et le mal à soigner, congruence correspondant à une vision du monde qu’on ne peut ignorer.

La mémoire active des racines : une lecture symptomale

L’importance de la structuration initiale de la personnalité du migrant pose la question des liens entre l’unité et la diversité du “soi” constitué d’identités multiples, de territoires, de possessions divers : son corps, son nom, ses racines, son groupe social d’origine, comme autant de parties de lui-même et donc comme support que “désigne” la société comme espace seul propice à porter la mémoire, une trace indélébile : la trace (2).

La dimension de la mémoire (la continuité), permet au sujet migrant de se situer dans l’horizon temporel et dans l’histoire des groupes sociaux et culturels de référence. Mais, pour que l’identité du migrant s’instaure comme système relativement unifié et continu, elle doit être initialement posée, et posée de nouveau en ses moments successifs, par des actes de séparation, d’autonomisation et d’affirmation, par la différenciation cognitive, affective et culturelle. Sans cela, le sujet migrant s’aliène dans la dépendance à autrui : la perte de soi.

Autrement dit, ce n'est pas l'immigré qui a un rapport différent à son corps, mais bien les conditions sociales et culturelles particulières dans lesquelles il est placé qui modifient son vécu corporel et induisent l'utilisation du corps comme symptôme-langage.

Ce postulat renvoie à des interrogations qui sont universellement valides (le rapport au corps et l'interaction entre indi-

grant va être contraint sans cesse de remanier l'articulation.

Cette impossible ubiquité trouve un écho chez les patients en termes de présence/absence et porte, à travers des troubles de l'identité, directement sur la restructuration de l'image du corps. "Tombé malade", le corps du migrant devient ce qui reste en somme au terme d'un échange migratoire qui a mal tourné.



viduel et social). Il met en jeu, dans notre réflexion, la fidélité à soi-même de l'immigré et la continuité de la trajectoire vitale ; obligeant à faire des choix, il conduit un conflit des valeurs qui compromet le sentiment d'unité personnelle ; enfin, cette articulation menace l'unité de la personne et oblige le migrant à un effort constant de redéfinition de lui-même et de ses rapports aux autres.

La migration est promesse de changement avant d'être obligation de changement. C'est précisément dans l'écart entre les changements attendus dans le projet migratoire et ceux qui vont effectivement découler de la situation de migrant que va naître et se développer un double système de référence en fonction duquel vont être orientés les choix de l'existence du migrant : émigré pour son pays d'origine, il est immigré dans celui qui l'accueille. D'où une existence ubiquitaire, une double définition de soi-même, dont le mi-

Dans notre dimension anthropologique, la maladie du migrant est vécue comme perturbation. Si le corps est bien le lieu du "mal partout", c'est qu'il donne en surface une présentation particulière qui ne constitue qu'un élément d'une offrande symptomatique à la fois encombrante et significative.

Le "défaut fondamental" de la maladie de base, est significativement lié au langage corporel émis par un corps souffrant, affecté (3). Le corps est désigné comme déraciné parce que libidinal et hanté de toute une histoire, la maladie est "une somme du dommage originel" (4), elle se situe essentiellement en tant que "manque" : difficulté de vivre la différence avec la terre d'accueil. ■

* *Sociologue, Lyon*

(1) C. Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale*, Ed. Plon, Paris 1958.

(2) M. Seffahi, "L'étranger : l'homme sans nom et sans visage", in *Forme et création littéraire*, lecture d'Albert Camus, à paraître.

(3) La sémantique du terme "affection" qui signifie à la fois maladie et sentiment ne doit rien au hasard, in G. Nisard, "La santé, concept relationnel", *Confrontations, Revue médicale et scientifique*, Labo. Choay, 1979.

(4) M. Balint, *Le défaut fondamental*, cité par F. Faure in *La Doctrine de M. Balint, Sciences de l'Homme*, Payot 1978