HAL
open science

Travailleurs migrants en santé : une utopie ?

Marguerite Cognet

To cite this version:

Marguerite Cognet. Travailleurs migrants en santé : une utopie ?. Pratiques : les cahiers de la médecine utopique, 2015, Ces maladies que l'on pourrait éviter 69, pp.81-83. hal-01414585

HAL Id: hal-01414585

https://u-paris.hal.science/hal-01414585

Submitted on 12 Dec 2016

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.

Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique. N° 69, pp.81-83

La santé du migrant s'épuise au travail

Marguerite COGNET[1]

Nous traiterons ici des conditions de travail des migrants et de leurs effets sur la santé. Nous étayerons l'analyse sur des enquêtes qui montrent que si les conditions de travail génèrent des problèmes de santé, les difficultés d'accès aux soins et la discrimination contribuent à leur aggravation.

Ali quitte le Maroc en 1975, son frère, déjà en France, facilite son arrivée et les démarches administratives. Pendant quelques années, il trouve des contrats saisonniers comme ouvrier agricole entrecoupés de retours au Maroc. En 1981, il obtient une carte de séjour de 10 ans. Il fait venir sa femme qu'il a épousée en 1979. En 1987, il est embauché pour tailler la vigne d'un village du sud, emploi pour lequel il obtient un contrat à durée indéterminée en 1989. En 1992, son patron lui demande de construire un garage pour ses voitures. En portant un sac de ciment Ali se blesse au dos. Son employeur accepte de le déclarer en accident de travail mais lui demande de dire qu'il portait un sac d'engrais. Il est opéré une première fois et reprend son travail au bout de 2 mois car son patron a besoin de lui pour la vigne et il craint de perdre son emploi. L'année suivante, il est à nouveau contraint de s'arrêter 3 mois pour des douleurs au dos et une hernie. Ali ne demande pas si ce problème est lié à son précédent accident ou aux postures dans son travail. En 2005, alors que ces problèmes de dos perdurent, il doit à nouveau subir une opération qui le laisse immobilisé 9 mois. Le médecin lui déconseille de reprendre le même travail. Aucun lien n'est fait entre son 1er accident de travail et ces suites. En 2006, son patron le licencie en lui expliquant qu'il ne peut pas le payer pour rester assis sur une chaise. Aujourd'hui à 58 ans son revenu s'élève à 900€ dont 600 au titre d'une invalidité reconnue à 50% et le reste en indemnités de chômage. En constituant son dossier de retraite, il réalise qu'il a, au cours de toutes ces années en France, travaillé 12 années qui n'ont pas été déclarées. Il espère pouvoir faire reconnaître ces années afin de toucher une retraite qui corresponde à son activité effective. Pour l'heure, il se perçoit comme un « homme tout cassé », dont les problèmes muscolo-squelettiques limitent fortement les activités quotidiennes. Néanmoins, lui et sa femme ne veulent pas faire de vagues et tiennent à souligner leur bonne intégration; ils souhaitent surtout que leurs enfants fassent des études, trouvent un travail – pas des métiers qui demandent une force physique et/ou non qualifiés comme eux – afin qu'ils puissent dépasser ce qu'eux ont connu.

La vie en France est nuisible à la santé des migrants

Le cas de Ali est assez typique des histoires que rapportent les immigrés quand on les interroge sur leurs parcours en France. Leurs conditions de vie et de travail usent leur capital santé bien plus vite que les majoritaires (Français nés de parents français). La récente enquête Trajectoire et Origine (TeO)[2] a, entre autres, confirmé le moins bon état de santé des migrants même si des différences entre les pays d'origine de ceux-ci peuvent être assez marquées[3]. Les originaires de Turquie, du Maghreb, d'Asie du Sud-Est et du Portugal accusent ainsi une probabilité significativement plus élevée de déclarer une mauvaise santé que les migrants originaires des pays plus riches. Nos

[1] Chercheure, Laboratoire URMIS UMR IRD 205. marguerite.cognet@univ-paris-diderot.fr

[2] Beauchemin, C., Hamel, C., & Simon, P. (Eds.). (2010). *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats* (Vol. 168). Paris: INED & INSEE.

[3] Hamel, C., & Moisy, M. (2013). *Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé*. Documents de travail, (Vol. 190). Paris: INED.

différentes enquêtes par entretiens vont exactement dans le même sens[4]. Plus spécifiquement, toutes ces études démontrent que la santé se détériore au fur et à mesure de la durée de résidence en France; les hommes et les femmes arrivés depuis plus 20 ans ont une fois et demi plus de risques de rapporter une santé altérée que la population majoritaire alors, qu'à leur arrivée, ils avaient un avantage sur celle –ci ; avantage bien connu dans les pays de forte immigration sous le nom de « l'effet bonne santé des migrants »[5], qui désigne le fait qu'à leur arrivée dans le pays d'installation, les immigrés ont une meilleure santé que les personnes de ce pays ayant le même âge. Cet effet « bonne santé » s'explique en grande partie du fait que pour pouvoir migrer, il faut avoir une bonne santé et avoir une excellente résilience[6].

La détérioration des états de santé des immigrés au fur et à mesure que s'allonge leur durée de résidence en France s'explique principalement par les conditions de vie (niveau de revenus des ménages, type de logement et environnement résidentiel) et les conditions de travail (précarité et type d'emploi ; conditions physiques de l'exercice ; défaut de qualifications mesuré par le niveau de diplôme reconnu en France[7]). Les violences et les discriminations sont également des facteurs lourds de conséquences sur la santé des migrants.

Parmi les 70 migrant-e-s que nous avons rencontré-e-s, près de la moitié associe clairement leurs problèmes de santé à leur condition de migrants que nous pouvons diviser en trois grandes catégories : des problèmes psychologiques ou psychiatriques (avec des traitements sur des périodes plus ou moins longues) liées à la perte des liens sociaux, à l'isolement ; des états dépressifs et leurs manifestations somatiques (ulcères notamment) consécutifs à des discriminations et du harcèlement raciste en particulier sur les lieux de travail et, enfin des accidents sur les lieux de travail (fractures, entorses, hernies, tendinites) parfois reconnus comme tels, parfois contestés par les employeurs, qu'ils soient survenus dans des emplois déclarés ou non.

Quand les immigrés ne sont pas exploités au travail pour des compétences dont ils ne peuvent espérer la rétribution, ils occupent des emplois qui mettent le corps à rude épreuve. Les problèmes de santé rapportés par les migrants sont principalement des problèmes d'hypertension, des troubles circulatoires des membres inférieurs, des cardiopathies sévères et des troubles musculo-squelettiques majoritairement associés à des postures de travail (tendinites, dorsalgies, hernies discales). Viennent ensuite les maladies endocriniennes ou métaboliques (diabète, hypercholestérolémie) liées ou pas à des problèmes circulatoires. Parmi les pathologies musculo-squelettiques, les hernies discales par manipulation de matériaux lourds ou/et peu maniables sont fréquentes. Les femmes déclarent davantage de dorsalgies de postures et de mouvements liées aux activités professionnelles et domestiques. En dehors de conditions de travail difficiles d'autres facteurs influent également sur la santé des migrants.

---

[4] Outre l'enquête qualitative du 2ème volet de l'enquête TeO par questionnaire qui nous a permis de rencontrer 42 migrant-e-s âgé-e-s entre 30 et 60 ans, nous menons actuellement une autre enquête auprès de 30 immigré(e)s âgé(e)s de 55 ans et plus. Dans les deux cas, nous utilisons la méthode de l'entretien biographique qui consiste à faire raconter à l'interviewé sa trajectoire migratoire et explorer avec lui les conditions dans lesquelles il a vécu notamment, les étapes et les incidences de celles-ci sur sa trajectoire et son accès aux droits.

[5] Fennelly, K. (2007). «The healthy migrant effect» in *Minn. Med.*, 90 (3), 51-3.

[6] Cognet, M. (2002). La santé des immigrés à l'aune des modèles politiques d'intégration des étrangers. *Bastidiana,* (39-40), 97-130.

[7] Ce qui n'est pas corrélé aux compétences réelles, ni même aux formations et diplômes obtenus dans le pays d'origine. Ici, qualification est à entendre dans le sens que lui donne Danièle Kergoat, à savoir une appréciation de compétences qui « ne mesure pas un savoir-faire, mais qui reflète un rapport social à un moment historique donné (rapport capital/travail) qui doit être analysé conjointement au triple niveau du secteur, de l'entreprise et de la société globale » Cf. Kergoat, D. (1978). Ouvriers = ouvrières ? Propositions pour une articulation théorique de deux variables: sexe et classe sociale. *Critiques de l'économie politique étrangère, nouvelle série* (5), 65-97. [p. 72].

De la discrimination en emploi au racisme quotidien

Aux conditions de travail pénibles s'ajoutent celles de la vie quotidienne au cœur de grandes cités excentrées, dont l'état de délabrement pèse de manière délétère sur la santé. La majorité des personnes rencontrées ont, à un moment ou un autre de leur vie en France, vécu dans des logements et des environnements dégradés. Au moment des entretiens, ¼ vivait encore dans des quartiers ségrégés, relégués en périphérie ou/et dans un logement surpeuplé ou/et délabré.

Les inégalités socioéconomiques et les inégalités de santé entretiennent des liens de causalité circulaires ; les premières entraînant les secondes et une mauvaise santé a bien souvent pour conséquence une dégradation de la situation sociale (perte d'emploi, de revenus aux conséquences multiples). Partant, une situation économique dégradée peut conduire à un accès aux soins plus difficile avec pour corollaire une dégradation de l'état de santé. A cela s'ajoute les discriminations dont les immigrés sont victimes et qu'ils ne partagent pas avec les majoritaires, même si ces derniers n'en sont pas exempts à divers titres (handicap, orientation sexuelle …). Les discriminations liées à l'origine (réelle ou supposée) et le racisme constituent souvent le chaînon manquant de l'explication des inégalités de santé.

Parmi les facteurs délétères de la santé des migrants, il en est un moins connu – révélé dans nos enquêtes - qui résulte des expériences de discriminations et d'inégalité de traitement perçues de la part des professionnels de la santé et des services sociaux. Les répondants aux entretiens ont rapporté des obstacles fréquents à l'accès et à la continuité des soins, principalement liés à leur méconnaissance des droits, à des difficultés administratives, à des barrières linguistiques et aux coûts des traitements. Ces discriminations s'expriment également du fait de leur situation de migrants, de leur statut juridique ou plus simplement, de leur origine supposée ou de leur couleur. Sont également rapportés, des soupçons de "flemmardise", par certains médecins qui mettent en doute les dires et les symptômes de l'immigrant qui, accueilli en France pour travailler n'aurait pas légitimité à se mettre en arrêt maladie[8].

Les discriminations qui privent les immigrés des soins auxquels ils ont droit ne sont pas du seul fait des médecins. Les enquêtés racontent d'autres situations où ils/elles n'obtiennent pas ce à quoi ils/elles sont en droit de prétendre. Certaines situations rapportées montrent que les commissions de reconnaissance du handicap, voire des assistants sociaux qui accompagnent des dossiers peuvent se comporter de façon préjudiciable à leur endroit[9].

Conclusion

A ce jour, toutes les études confirment que les migrants sont les plus exposés aux risques de santé dont les plus connus sont la tuberculose, le sida et l'hépatite[10]. Ils sont également plus vulnérables aux troubles psychiatriques post-traumatiques liés à des expériences de guerre ou à la migration elle-même[11]. Cependant, ces études révèlent aussi que les migrants consultent tardivement, en raison de difficultés d'accès aux soins. Parmi ces difficultés d'accès, nous retrouvons fréquemment : la précarité[12], les sous déclarations d'employeurs, le refus de soins auxquels l'ensemble des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME font face[13], ou des soins non optimaux[14]

---

[8] Ce qu'avait déjà expliqué Sayad Cf. Sayad, A. (1999). *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris: Seuil.

[9] Cognet, M., Hamel, C., & Moisy, M. (2012). Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. Revue Européenne des Migrations Internationales (REMI), 28 (2), 11-34.

[10] Lot, F. *& al.* (2012). « Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B », *BEH*, (2-3-4), 25-30.

[11] Veïsse, A., Wolmark, L. & Revault, P. (2012). « Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner », *BEH,* (2-3-4), 36-40

[12] Mizrahi, A., Mizrahi, A. & Wait, S. (1993). *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*, Paris, Rapport du CREDES.

[13] Gabarro, C. (2012). CPAM : le soupçon érigé en pratique. *Plein droit*, *92* (1), 16–19.

[14] Philibert, M,. Deneux-Tharaux, C. & Bouvier-Colle, M-H. (2008). « Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? » BJOG. 115 (11), 1411-18.

Si les analyses susceptibles d'expliquer les inégalités de santé sont encore peu développées en France, l'ensemble des travaux menés soutient clairement que les disparités en santé relèvent de déterminants sociaux qui pourraient être corrigés[15]. Lors de la conférence de 2011[16] à Paris, Michael Marmot, président de la commission des « déterminants sociaux de la santé » de l'OMS, exposait les objectifs visant à réduire les inégalités de santé dans le monde. Il soutenait que ces objectifs ne pourraient être atteints que si la santé était appréhendée comme un enjeu transversal à toutes les politiques, reposant de facto sur « deux mécanismes de mise en œuvre des politiques : l'égalité et l'équité en santé dans toutes les politiques ; des systèmes de services efficaces basés sur les meilleures connaissances disponibles ». Ces objectifs sont transposables à l'échelle nationale. En lien avec les divers éléments évoqués dans cet article sur la santé des immigrés, ces recommandations nous invitent, d'une part à combattre les préjugés et stéréotypes qui les stigmatisent et favorisent les pratiques racistes discriminatoires – loin des imaginaires sociaux, les migrants ne viennent pas en France pour « profiter » du système de santé. A leur arrivée en France, ils sont en meilleure santé que la population française au même âge ; ils recourent moins souvent aux soins et la prise en charge des pathologies dont ils souffrent intervient à des stades plus avancés, voire tardifs – qui organisent les conditions de vie et de travail qui leur sont faites et les réduisent aux états où nous les retrouvons aux âges avancés. Elles invitent d'autre part, à mieux prendre en considération la population migrante dans les politiques de santé publique, notamment par l'intégration systématique de la dimension migration dans la veille sanitaire permettant de repérer les plus vulnérables. Beaucoup reste à faire. Il faut tout à la fois lever les obstacles institutionnels qui favorisent les représentations des immigrés dans des figures de soumission et domination, et travailler à la prise de conscience des rapports minoritaires/majoritaires pour mieux les subvertir. Ce n'est pas le moindre des défis mais c'est la voie pour penser l'utopie d'un monde plus égalitaire où les migrants comme les autochtones pourront devenir les acteurs de leur propre histoire.

---

[15] Marmor, T. R., Barer, M.L. & Evans, R.G., (1996). Les déterminants de la santé de la population : comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques, in Evans, R.G., Barer, M.L. & Marmor T.R., Eds., *Etre ou ne pas être en bonne santé*, Paris & Montréal, John Libbey Eurotext - PUM, 223-36

[16] Marmot, M. (2010). Combler le fossé en une génération. Communication présentée à la Conférence *Réduire les inégalités de santé*, Paris : DGS / IReSP, 11 janvier.