

---

**hommes  
& migrations**

---

## **Hommes & migrations**

Revue française de référence sur les dynamiques migratoires

**1282 | 2009**

**Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux**

---

# La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe

Les recherches en cours

**David Ingleby**

---



### **Édition électronique**

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/463>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.463

ISSN : 2262-3353

### **Éditeur**

Musée national de l'histoire de l'immigration

### **Édition imprimée**

Date de publication : 1 novembre 2009

Pagination : 136-150

ISSN : 1142-852X

### **Référence électronique**

David Ingleby, « La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 21 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/463> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.463

---

Tous droits réservés

## **La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe**

# **Les recherches en cours**

Par David Ingleby,  
professeur de psychologie interculturelle, université de sciences sociales d'Utrecht



**Dans l'Union européenne, les immigrants ne bénéficient pas tous des mêmes soins. Les politiques publiques en matière de droits ou d'accès des immigrants aux services de santé demandent à être évaluées. Ainsi la santé des migrants et des minorités ethniques en Europe suscite-t-elle un intérêt croissant de la part des chercheurs.**

**Depuis dix à quinze ans, les études consacrées à cette thématique font face au même défi : forger des critères propres à saisir les blocages des systèmes de soins et la généalogie de leurs références.**

Depuis la Seconde Guerre mondiale, le nombre d'immigrés croît de manière constante. Ces trente dernières années, la population d'immigrés dans le monde a doublé pour atteindre 200 millions, soit 3 % de la population mondiale. En 2008, selon l'Office des migrations internationales (OMI), 44,1 millions d'immigrés se trouvent en Europe centrale et occidentale, pour 44,5 millions en Amérique du Nord.

Par ailleurs, les questions de santé sont passées au premier plan dans les pays occidentaux. Le secteur que Foucault a nommé "la biopolitique" – la gestion scientifique des corps, des idées et des relations sociales, née au XIX<sup>e</sup> siècle – a pris une ampleur sans précédent à partir du milieu du siècle dernier. L'accélération la plus spectaculaire est visible aux États-Unis, où les dépenses par personne liées à la santé (ajustées en fonction de l'inflation) sont huit fois plus élevées qu'il y a cinquante ans. Cette augmentation est liée en partie à l'inefficacité notoire du système de santé américain dans lequel la santé est devenue un bien à exploiter commercialement. Mais elle est largement perceptible aussi dans d'autres pays. Bien que moins alarmante, elle n'en est pas pour autant moins importante.

La santé devient un concept qui englobe de nombreux aspects de la vie courante (à travers la "médicalisation" et la "psychologisation"); des domaines qui étaient autrefois liés davantage à la religion, la morale ou la politique sont dorénavant partie intégrante de la sphère "santé".

Bien qu'il n'y ait, au premier abord, aucune relation déterministe entre ces phénomènes et l'intérêt actuel pour la santé des immigrés, il est néanmoins évident que leur interdépendance revêt un caractère inévitable.

## Les trois dimensions de la diversité

Il y a trois grands types de diversité qui sous-tendent la variété des points de vue sur la question de la santé des immigrés. Au plan national, chaque pays européen a une expérience différente de l'immigration et une certaine histoire politique, comportementale et conceptuelle de ce phénomène. Certains pays, comme la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas, définissent les immigrés comme des "groupes ethniques" avec des "caractéristiques culturelles" qui sont prévisibles selon leur lieu d'origine. D'autres pays, comme la France et la Suède, sont au contraire plus focalisés sur l'histoire récente et la situation sociale actuelle des immigrés.

L'étude de la santé des immigrés touche par ailleurs plusieurs secteurs disciplinaires et professionnels. En sciences sociales, des disciplines comme l'anthropologie, la sociologie, la psychologie et les sciences politiques explorent ces questions. Du côté

des sciences médicales, l'épidémiologie, la santé publique et la quasi-totalité des spécialités cliniques ont engagé des recherches sur ce sujet.

Enfin, sur un plan plus politique, plusieurs cadres politiques ou référentiels<sup>(1)</sup> sous-tendent la recherche sur la santé des immigrés. Dans ce domaine, en effet, les divergences de point de vue sont surtout l'expression de la confrontation de paradigmes – certains ne pouvant s'accorder sur aucun point. Le plus ancien concerne la protection des populations d'accueil contre une possible contagion étrangère. Didier Fassin<sup>(2)</sup> a indiqué les implications symboliques de cette vision, qui a pris de l'ampleur ces derniers temps à cause des épidémies mondiales récentes. Le deuxième concept politique est celui de "la santé publique", davantage neutre. Ce concept s'attache à augmenter le niveau général de la santé des populations, avec pour objectif de maintenir une productivité de la force ouvrière et réduire la charge pour les finances publiques.

Le cadre référentiel le plus récent concerne le discours sur les droits de l'homme. Cette approche, dont les implications touchent également la sphère de la santé publique, affirme le droit à tout citoyen et même aux non-citoyens, d'obtenir des soins, de même qualité pour tous.

## Comment analyser l'état de santé des migrants ?

Depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, les chercheurs ont tenté de savoir si les immigrés étaient en meilleure santé ou en moins bonne santé que la population en général. L'effet "immigré en bonne santé" a été observé dans un premier temps par Raymond-Duchosal en 1929 et s'explique souvent par une allusion au fait que les immigrés sont des adultes sains pour la plupart ; s'ils étaient en mauvaise santé, ils ne quitteraient pas leur pays. Ceci dit, une grande partie de la littérature sur cette question révèle qu'il n'y a aucune thèse formelle sur le niveau *général* de la santé des immigrés ; les résultats sont variables en fonction des conditions de santé et les groupes de migrants.

La collecte de données sur la santé des immigrés est plus facile dans les pays où les données officielles comptabilisent l'origine et l'ethnicité des individus et où les fournisseurs de soins rassemblent également ces informations sur leurs patients. Or les pays divergent sensiblement sur leur volonté de collecter ce type de renseignements. Souvent, les données médicales existent mais ne peuvent être consultées. Il est alors nécessaire de mettre en place des projets de recherches spécifiques pour qu'une évaluation soit faite sur l'autorisation ou non d'accès aux informations. L'analyse de la santé des migrants se complique lorsqu'on se trouve avec des données qui décrivent la nationalité, le pays de naissance, l'ethnicité, la religion, le

statut de l'immigré, le nombre d'années de séjour dans un pays, la langue parlée en famille, etc. Chacune de ces variables est utile mais complique l'analyse. La variété des systèmes actuellement en usage rend la tâche de comparaison des statistiques sur l'état de santé entre pays extrêmement difficile.

Comme nous l'avons souligné, certains pays se focalisent sur l'ethnicité, alors que d'autres ne considèrent que la position sociale actuelle de l'immigré. Certains chercheurs s'opposent à cette "ethnisation" des immigrés et n'enregistrent que le pays de naissance. Cependant, si l'on considère que l'ethnicité (perçue) peut contribuer à déterminer les réactions sociétales des groupes en question et donc la position sociale des immigrés, on est en droit de se demander si cette approche n'est pas aussi, sur le long terme, dans l'intérêt des immigrés.

Malgré les limites mentionnées ci-dessus, notre connaissance sur l'état de santé des immigrés s'est nettement améliorée ces quinze dernières années. Au départ, la recherche sur l'état de santé des immigrés se concentrait sur les maladies contagieuses. Depuis l'avènement des épidémies mondiales de tuberculose, d'hépatite et du VIH/sida, cet

**Au départ, la recherche sur l'état de santé des immigrés se concentrait sur les maladies contagieuses. Depuis l'avènement des épidémies mondiales de tuberculose, d'hépatite et du VIH/sida, cet angle d'approche a de nouveau été adopté.**

angle d'approche a de nouveau été adopté. La recherche sur les maladies chroniques ou non communicables a une histoire beaucoup plus courte<sup>(3)</sup>. Dans certains groupes apparaît un risque plus élevé de maladies cardio-vasculaires, de diabète ou de certains types de cancer. D'autres groupes de migrants sont davantage touchés par les maladies mentales, les accidents industriels, les maladies périnatales ou les maladies sexuellement transmissibles. Cependant, il est important de réaffirmer que les résultats varient sensiblement d'un groupe, d'un genre et même d'une génération à une autre. Malgré la constatation d'un meilleur état de santé de certains groupes d'immigrés par rapport à la population d'accueil, un diagnostic aléatoire individuel s'avère souvent moins flatteur.

Toujours est-il qu'aucune de ces données empiriques ne peut être analysée de manière superficielle. Il y a risque de préjugés, et les interprétations des variantes sont source de discordes. La validité transculturelle des diagnostics d'une maladie mentale<sup>(4)</sup> ou des autodiagnostic de santé<sup>(5)</sup> est fortement controversée. Pour expliquer ces différences, des critères ont été établis par Stronks<sup>(6)</sup> : les facteurs génétiques, le processus d'immigration, les facteurs culturels, les situations socio-économiques et d'autres

aspects de la position sociale des immigrés dans la société hôte. Depuis que ce modèle a été proposé, peu de résultats probants ont permis d'expliquer l'interaction de ces facteurs. Cependant, il devient de plus en plus évident que leur statut socio-économique défavorable joue un rôle essentiel dans l'état de santé des migrants.

La recherche sur la santé des immigrés nécessite une plus étroite collaboration interdisciplinaire entre chercheurs formés dans les domaines médicaux et sociaux. La recherche épidémiologique doit s'inspirer d'informations disponibles sur le parcours et les origines des groupes d'immigrés – leur histoire, leur culture, leur religion, leur niveau d'éducation, leur travail et les caractéristiques démographiques –, ainsi que les politiques et les attitudes publiques adoptées qui influent aussi sur leurs conditions de vie.

## **Accès aux soins et lecture de santé : une question de références**

Il est nécessaire de subdiviser la question de l'accès aux soins en deux catégories : le droit formel des immigrés aux soins ("le droit") et les conditions d'accès à l'information pour accéder aux soins ("l'accès aux soins").

Le droit des immigrés à obtenir des soins de santé varie en fonction de la catégorie d'immigré concernée (employé, sans-emploi, réfugié, sans-papiers, etc.). En théorie, le droit aux soins est inscrit dans les documents officiels qui précisent les politiques et les programmes de santé de l'État ou des organismes d'assurance-maladie. Ces documents indiquent qui a droit aux soins et à quels types, le montant de la cotisation obligatoire ou le prix de ces soins. Néanmoins, sachant que la théorie et la pratique ne s'accordent pas forcément lorsqu'il s'agit de droit, les règles sont souvent interprétées (pour exemple, la définition d'un cas "d'urgence") et la mise en place de ces règles par les opérateurs ou fournisseurs est variable. De plus, leur connaissance n'est pas toujours complète ou à jour.

Le droit aux soins des sans-papiers est un sujet récurrent de la recherche actuelle. Mis à part le projet en cours Health Care in NowHereland ("les soins de santé dans le pays d'ici et maintenant", [www.nowhereland.org](http://www.nowhereland.org)), la majorité des études ont été conduites par les ONG internationales PICUM (2008) et Médecins du Monde (2007).

D'autres obstacles existent quant à l'accessibilité aux soins. Avant de pouvoir atteindre le soignant, une personne malade (ou quelqu'un de son entourage) doit d'abord constater que des soins sont nécessaires. Ceci dépend de son niveau de "lecture de santé", en particulier d'une connaissance des traitements disponibles et des signes qu'un traitement est nécessaire.

Il est souvent expliqué que les immigrés ont un niveau restreint de “lecture de santé”. C’est un point de vue purement ethnocentrique de la situation. En réalité, il y a plusieurs types de connaissance sur la santé, et celle des immigrés ne correspond pas forcément à celle des autorités médicales. Lorsqu’une personne vient juste d’immigrer ou ne connaît pas encore la société hôte, sa connaissance sur les maladies et les systèmes de soins se fonde sur les croyances, valeurs et systèmes de santé du pays d’origine. En conséquence, les soignants considéreront qu’elle n’a pas une “connaissance de base” sur la santé, qu’elle a des attentes qui ne sont pas en phase avec le système de soins, qu’elle se comporte de façon “inappropriée”, alors qu’elle ne fait qu’utiliser ses connaissances sur la santé.

Les problèmes d’accessibilité peuvent être quantifiés par les niveaux de “consommation des soins” : si les immigrés utilisent des services de santé moins souvent qu’on ne l’aurait supposé, en fonction de la probabilité (chiffrée ou imaginée) de leurs problèmes de santé, alors cela signifie peut-être qu’ils ont besoin d’aide pour trouver ces services. Fournir des informations suffisantes dans la langue des migrants résout souvent ce problème. Une autre raison cependant pour expliquer ce déficit pourrait être que, malgré leur connaissance de l’existence des services, ils ont un point de vue différent sur ce qui leur arrive et sur les soins appropriés à fournir. Ceci est particulièrement vrai lorsque les points de vue médicaux occidentaux diffèrent considérablement des points de vue médicaux qui existent dans les pays d’origine.

Nous avons remarqué déjà que les concepts de santé en vigueur en Occident se sont considérablement diversifiés depuis les cinquante dernières années. Le champ de la santé mentale est un très bon exemple, puisque le nombre et la variété des problèmes de “perturbation mentale” ont fortement augmenté. En 1952, le manuel de diagnostics et de statistiques de l’Association américaine de psychiatrie listait seulement 60 catégories de comportements anormaux, alors qu’en 1994 ce chiffre a atteint 410 catégories.

Il n’est donc pas anormal que les migrants de pays où les soins psychiatriques sont rares, où seulement les cas graves sont traités, résistent lorsqu’on leur dit qu’ils ont un problème de “santé mentale”. Ils associeront d’office ce terme à des formes extrêmes de folie et donc feront tout leur possible pour éviter les soins pour eux ou pour un membre de leur famille. De même, une mauvaise application des soins prénatals ou une non-conformité avec l’avis médical sont davantage le résultat d’une différence dans les acceptations de la santé que l’ignorance sur ce qui est disponible.

## Créer les conditions de la confiance

Un autre facteur pouvant dissuader une utilisation de service est le manque de considération pour les pratiques culturelles et les coutumes, par exemple en ce qui concerne les repas fournis à l’hôpital ou les contacts entre des patients féminins et des médecins masculins. Dans ce cas, nous pouvons employer le terme anglais très utile de “discrimination institutionnelle”, c’est-à-dire l’incapacité d’une institution médicale à fournir un service adapté à un groupe d’individus parce que les procédures habituelles ne couvrent pas les besoins spécifiques de ce groupe. Cattacin explique également que les systèmes de santé modernes sont “ajustés” aux besoins des utilisateurs majoritaires<sup>(7)</sup>. Ainsi, nous voyons que les concepts “d’accessibilité” et de “qualité des soins” se superposent.

La recherche sur l’accessibilité est souvent menée par de petits bureaux d’experts, pour la simple et bonne raison qu’il est nécessaire d’établir un contact avec le groupe en question afin de découvrir les barrières qui l’empêchent d’accéder correctement au système de soins. Parfois, cette recherche est effectuée directement par les membres du ou des groupes d’immigrés ou de minorités ethniques. Le livre publié par Clarke, dans lequel l’ensemble des études ont été conduites par des immigrés, en est un très bon exemple<sup>(8)</sup>.

La question de la *confiance* est intimement liée à la question de l’accessibilité. Les immigrés ont besoin de se sentir “chez eux” dans les hôpitaux et les cliniques et il est nécessaire de leur adresser le message clair que ces services sont aussi pour eux.

Un manque de confiance peut naître de la position structurellement désavantageuse d'un groupe en particulier et le taux important de discrimination à son égard ; c'est le cas de la communauté rom dans presque tous les pays européens, des groupes noirs au Royaume-Uni, des Albanais en Grèce, des Marocains et des Turcs aux Pays-Bas, ainsi que des musulmans au Danemark.

La promotion de la santé est aussi un aspect important des systèmes de soins, et de plus en plus d'études à ce sujet cherchent à trouver des moyens efficaces pour encourager les immigrés et les groupes minoritaires à prendre les mesures nécessaires pour protéger leur santé.

## **La “bonne pratique” dépend des critères de son évaluation**

Alors que le “droit” et “l'accessibilité” décrivent les obstacles aux soins, la “qualité” concerne le déroulement des soins. Dans ce domaine, la recherche tente de répondre à trois questions : la qualité des soins est-elle adaptée aux immigrés ? Si elle ne l'est pas, pour quelles raisons ? Et comment l'améliorer ?

Les plaintes sur la qualité des soins apportés aux immigrés viennent à la fois des professionnels et des patients. Les professionnels par exemple se plaignent de la difficulté de faire un bon diagnostic et de bien soigner les immigrés. Les patients eux se plaignent de ne pas être pris au sérieux, de ne pas être bien compris ou que les remèdes ne correspondent pas à leurs problèmes. Cette frustration envers le système de soins peut contraindre certains immigrés à recourir à des “guérisseurs ethniques” au sein de leur propre communauté ou à chercher un système de soins dans un autre pays.

À une époque où la médecine est “fondée sur les faits”, il est étonnant de constater que très peu de recherches ont enquêté, au-delà des questions de satisfaction, sur l'efficacité des traitements standards pour les immigrés. Les essais cliniques, pour la plupart, excluent ces groupes, et donc les traitements “fondés sur les faits” ne sont, de fait, pas disponibles. Par ailleurs, les méthodes recommandées pour améliorer la qualité des soins de santé pour les immigrés sont aussi rarement évaluées.

“Les bonnes pratiques” pour améliorer la qualité des soins pour les immigrés font état d'un large éventail de stratégies. Un inventaire exhaustif a été dressé dans un rapport produit durant la présidence portugaise de l'UE en 2007<sup>(9)</sup>. Le premier et le plus évident des problèmes à résoudre est la différence linguistique. Les pays diffèrent beaucoup sur leur volonté de fournir des services d'interprétariat professionnels. Dans certains pays comme le Royaume-Uni, la Suède ou les Pays-Bas, les patients immigrés ont un droit légal d'accès au service d'interprétation gratuit.

Dans d'autres pays, ces services sont parfois accordés et seulement aux frais du fournisseur de service ; dans d'autres encore, comme l'Allemagne, très peu de services sont offerts, et généralement aux frais du patient.

Il y a encore beaucoup de recherches à faire sur la qualité des services fournis et les meilleures méthodes – appels téléphonique ou interprétation en face à face – à utiliser dans les différentes situations.

Cependant, les malentendus surviennent certes parce que les médecins et les patients ne parlent pas la même langue, mais aussi parce qu'ils ont des références, des valeurs et des attentes différentes. Ainsi, "les bonnes pratiques" s'appuient sur la notion de "compétence culturelle" ou "adaptation culturelle". Aux États-Unis, par exemple, le vademecum produit en 2000 par le Bureau de Santé des minorités, qui est maintenant reconnu et dont les normes pour les soins de santé sont largement acceptées, faisait référence aux normes pour prodiguer des "soins adaptés culturellement et linguistiquement".

Pendant les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, la vision était davantage axée sur des suppositions stéréotypées

et simplistes plaquées sur les cultures d'immigrés censées être statiques et homogènes. Il suffisait que les professionnels de la santé se renseignent sur des "faits" élémentaires de ces cultures pour faire leur travail de manière "culturellement sensible". Après maintes protestations et reformulations, un concept plus complexe sur "la culture" a été plus ou moins adopté. Par ailleurs, beaucoup des connaissances nommées "compétences culturelles" sont plutôt axées sur les aspects pratiques de la situation socio-économique et juridique des immigrés.

Concernant l'évaluation des "bonnes pratiques", introduite afin d'augmenter les "compétences culturelles", un rapport majeur décrivant les centaines d'études déjà existantes a été rendu par Fortier et Bishop aux États-Unis<sup>(10)</sup>. En Europe, cependant, cette recherche est à peine entamée. Bhui et al.<sup>(11)</sup> ont examiné cent neuf articles décrivant les programmes pour améliorer les "compétences culturelles" des professionnels de la santé. Ils n'en ont trouvé que neuf incluant une évaluation selon le modèle proposé.

## **Des actions inégales pour améliorer la qualité des soins**

Laissons de côté, un moment, l'évaluation de la santé des immigrés et de l'amélioration possible des systèmes de santé à leur égard pour analyser les "dynamiques" engendrées par ces activités. Comment ces activités se créent-elles ? Quels sont les rôles des différents niveaux de gouvernements, des ONG, des organisations de la société civile et des groupes d'immigrés eux-mêmes ?

Pour commencer, il est nécessaire de faire la distinction entre les améliorations "structurelles" et "ponctuelles". Les améliorations "structurelles" des services de santé sont celles qui se font dans le cadre d'une politique publique ; les politiques peuvent être initiées au niveau national, local ou municipal, ou par les fournisseurs de services ou les organismes professionnels. Les améliorations "ponctuelles" sont plus spontanées, et le résultat d'activités individuelles ou d'organisations répondant à des besoins spécifiques.

La frontière entre des projets "structuraux" et "ponctuels" peut parfois sembler floue. Dans les pays où il y a peu de reconnaissance par le gouvernement des besoins médicaux des immigrés, les services qui opèrent à travers des ONG, telles que Médecins du Monde ou le Service jésuite pour réfugiés, peuvent devenir incontournables dans le paysage et même recevoir des financements des gouvernements centraux. Néanmoins, une perception accrue des besoins structurels qui prennent racine dans les mesures politiques pour un progrès durable se fait sentir. Nous aurions pu supposer que les politiques concernant la santé des immigrés se développeraient dans les pays qui ont la plus longue expérience de l'immigration. En Europe, il s'agit des dix pays qui ont vécu les premiers l'expansion économique après la Seconde Guerre mondiale. Par ordre de superficie : l'Allemagne, la France, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Belgique, la Suède, l'Autriche, la Suisse, le Danemark et le Luxembourg. D'autres pays, tels que l'Italie, la Grèce, l'Espagne, le Portugal, l'Irlande, la Norvège et la Finlande, étaient formellement catégorisés

“pays d’émigration” : c’est seulement vers la fin du XX<sup>e</sup> siècle qu’ils ont vécu une forte immigration.

Cependant, il n’y a pas de relation directe entre le nombre d’immigrés dans un pays et le niveau d’attention à leur santé. Les deux pays qui ont fait le plus pour promouvoir la santé des immigrés sont le Royaume-Uni et les Pays-Bas (même si le mouvement “interculturaliste” hollandais s’est quasiment arrêté depuis 2002, du fait de l’influence croissante du populisme d’extrême droite). Des politiques très avancées sont aussi perceptibles en Suède et en Suisse. L’Allemagne et la France ont les plus denses populations d’immigrés en Europe (10,1 millions et 6,5 millions respectivement en 2005, selon l’OMI), mais ils sont loin d’être les premiers de la classe en matière de santé des immigrés. Quant aux politiques de l’Autriche et du Luxembourg, elles sont quasi inexistantes<sup>(12)</sup>.

En contraste, les nouveaux pays d’immigration tels que le Portugal, l’Espagne et l’Irlande ont initié des programmes plus ambitieux pour la santé des immigrés que certains des pays listés ci-dessus. Cattacin et Chimienti<sup>(13)</sup> ont proposé un modèle pour expliquer pourquoi certains pays ont adopté des politiques ambitieuses sur la santé des immigrés, alors que d’autres ne l’ont pas fait.

Un facteur majeur dans la promotion du changement concerne l’implication de l’Union européenne et du Conseil de l’Europe, avec respectivement 27 et 47 États

membres. Dans le domaine des soins de santé, les deux organismes agissent selon le principe de subsidiarité, ce qui signifie qu’ils peuvent promouvoir des changements politiques mais ne peuvent les imposer.

La santé des immigrés figure dans l’agenda de nombreuses présidences de l’UE, notamment celui de la présidence portugaise en 2007, marquée par une grande conférence organisée à Lisbonne. La DG SANCO a également financé en 2006 plus de dix réseaux de recherche majeurs sur le sujet. La

**L’Allemagne et la France ont les plus denses populations d’immigrés en Europe 10,1 et 6,5 millions respectivement en 2005, selon l’OMI, mais ils sont loin d’être les premiers de la classe en matière de santé des immigrés.**

DG Recherche et la DG Emploi, affaires sociales et égalité des chances s’associent également au financement de la recherche sur la santé des immigrés.

La tendance se concentre désormais sur les nouvelles actions dans le domaine de l’égalité des soins et sur la question de la différence socio-économique. Il se pourrait que cette nouvelle priorité prenne le pas dans les travaux sur la santé des immigrés. Le Conseil de l’Europe a publié en 2006 un recueil de “recommandations sur les services de santé dans les sociétés multiculturelles” et, en 2007, a adopté la Déclara-

tion de Bratislava sur la santé, les droits humains et l'immigration. À présent, une nouvelle liste de recommandations sur la santé des immigrés est en préparation. De telles actions n'ont pas un caractère contraignant, mais elles peuvent fournir une légitimité importante pour les initiatives d'autres acteurs.

## **Le manque de coordination des études**

La plupart des recherches décrites dans cet article ont été conduites de manière indépendante dans chaque pays, bien que publiées au niveau international pour certaines. Cependant, les études qui adoptent une perspective européenne comparative sont de plus en plus nombreuses. Colledge et al.<sup>(14)</sup> a également publié le compte-rendu d'une conférence européenne qui s'est tenue à La Haye en 1983. Le débat portait sur l'état de santé des immigrés ouvriers qui sont venus en Europe durant les trois dernières décennies. Les conclusions de cette conférence sont remarquablement – et malheureusement – très similaires à celles de tous les chercheurs depuis : il faut prêter plus d'attention aux études en épidémiologie, aux services d'interprétariat, à la discrimination, au stress psychosocial, ainsi qu'aux différences culturelles. Dans les années quatre-vingt-dix, quatre articles de plus ont été publiés dans des revues, certains se référant aussi à des pays non européens. De 2000 à 2004, six revues majeures sont parues et, entre 2005 et 2008, on comptait un total de neuf revues. Ingleby<sup>(15)</sup> a publié l'inventaire de ce type d'études en langue anglaise en 2008. Puisque beaucoup de nouveaux projets ont été financés au niveau européen depuis 2006, nous pouvons présumer que le total continuera à augmenter.

Bien que ces efforts soient les bienvenus, ils manquent de cohésion et d'une politique systématique de recherche. Mais une politique rigide et centralisatrice aurait sans doute plus d'inconvénients : cela empêcherait la créativité, l'innovation et la diversité. À présent, de nouveaux projets surgissent d'une manière plutôt spontanée : les agences ne coordonnent pas leurs efforts entre eux et il y a peu de synergie entre les différents projets, avec pour résultat des efforts étalés de manière irrationnelle. De plus, la connaissance ne semble pas se développer de manière cumulative. Si l'on pense que les premières études comparatives ont été menées depuis 1983, il y a beaucoup de sujets surtraités avec les mêmes conclusions et les mêmes recommandations. Ce manque de politique de cohésion s'illustre par le manque de clarté des critères d'inclusion de certains pays dans des projets ou des réseaux internationaux aux dépens d'autres. Le fait d'en faire partie tient sûrement davantage aux contacts internationaux qui figurent dans le carnet d'adresses du porteur du projet qu'à autre chose. La coordination des efforts est nécessaire non seulement au sein des agences de

financements, mais aussi entre elles. Par exemple, la DG SANCO, la DG Recherche et la DG Emploi, affaires sociales et égalité des chances de la Commission européenne ont toutes commandé des études pionnières sur ce thème. Or il n'y a aucun signe pour une coordination des efforts entre les agences. Les mêmes remarques sont applicables au manque d'harmonisation entre les projets financés par l'UE et ceux initiés par l'OMS, l'OMI et les différentes fondations privées.

## **Des projets d'avenir : MIGHEALTH.NET et COST HOME**

Cependant, certains projets visent tout de même à réduire la fragmentation des efforts de recherche à travers l'Europe et à accroître le niveau de coopération internationale. Le premier projet, MIGHEALTH.NET ("Le réseau d'information sur les bonnes pratiques dans les soins de santé apportés aux immigrés et aux minorités ethniques en Europe"), a été financé par la DG SANCO d'avril 2007 à avril 2009<sup>(16)</sup>. Ce projet est la suite de IMISCOE/OIM ("Enquête européenne sur la santé des migrants"), mis en place en 2005. Il a promu la création de sites Internet dans dix-sept pays, avec la possibilité de télécharger des informations sur la santé des migrants et des minorités ethniques. Au départ, il était prévu d'imiter la formule de Wikipedia, c'est-à-dire de trouver des experts capables de fournir l'information sur leur propre spécialité de manière bénévole, mais il a été nécessaire de payer des assistants pour mettre en ligne la plupart des informations. Les sites Internet (ou *wikis*), reliés entre eux et à une centrale en langue anglaise, recensent des informations sur des individus, des organisations et des ressources sur la santé des migrants et des minorités. La plupart des *wikis* sont dans la langue du pays concerné et la traduction par logiciels est utilisée pour réduire les barrières linguistiques. Un site Internet existe pour la France et se développe, mais les financements doivent encore être trouvés pour qu'un *wiki manager* permanent puisse l'optimiser.

Le deuxième projet, le réseau HOME ("Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe", soit "Santé et protection sociale pour les migrants et les minorités ethniques en Europe") est entièrement financé par COST-Coopération européenne dans les sciences et la technologie. Les actions de COST rassemblent régulièrement les chercheurs de plusieurs pays pour des ateliers, conférences et visites, afin de résoudre des problèmes fondamentaux dans ce domaine d'intérêt. Le programme ne finance pas lui-même la recherche ; l'action de COST est une sorte de *think tank*. Le réseau HOME court de mai 2007 à mai 2011 et implique actuellement près de cent membres de vingt-neuf pays.

Il y a environ dix ateliers par an. Chaque atelier regroupe environ dix à quinze membres de l'action qui ont un intérêt particulier pour le sujet en débat, ainsi qu'un nombre équivalent d'intervenants invités. Puisqu'il est important qu'un grand nombre de pays soit représenté, le nombre de participants par pays est strictement respecté. Le but du réseau HOME est de stimuler la collaboration interdisciplinaire et internationale. De surcroît, le fait d'introduire une perspective transnationale apporte de nouveaux indices dans la recherche des causes de la mauvaise santé et permet d'échanger sur les bonnes pratiques. Il y a eu, en effet, un très vif échange de points de vue entre les membres de différentes disciplines dans les domaines des sciences sociales et médicales. L'élément international est aussi très important, car la rencontre permet aux membres de découvrir ce qui se passe dans les autres pays et la possibilité d'échanger sur des problèmes similaires. Afin d'encourager la coopération entre les différents réseaux qui opèrent dans ce secteur à l'intérieur de l'Europe, les réunions du réseau HOME sont souvent tenues au même moment que des réunions d'autres projets ou réseaux. La participation des jeunes chercheurs est particulièrement encouragée, avec des projets de publications et des sessions de formation.

Ces deux projets internationaux et interdisciplinaires sont des étapes importantes vers la création d'une plus grande cohérence et d'une meilleure communication entre le monde de l'immigration et celui de la santé. Comme c'est le cas dans les sociétés modernes multiculturelles, la confrontation des points de vue est continue, mais heureusement cela se fait dans un contexte de discussion amicale. Les projets ont une vie courte et il faudrait encourager un soutien plus structurel et durable pour le développement de la connaissance et des bonnes pratiques en matière de santé des migrants – quelque chose de comparable avec le

Bureau de la santé des minorités (Office of Minority Health - OMH) aux États-Unis, qui a su rassembler un large éventail d'acteurs travaillant tous à la réduction des disparités de santé et de soins. En Europe, nous pouvons prédire que la crise économique et le chômage qui en découle feront que le soutien politique pour tout ce qui concerne l'immigration sera particulièrement réduit. Mais on peut tenter de garder espoir : les huit années de l'administration Bush n'ont pas empêché le Bureau de la santé des minorités d'opérer des changements fondamentaux dans les approches sur la diversité au sein du système de santé américain. ■

### Notes

1. S. Cattacin, & M. Chimienti, "Migration et santé. Émergence d'une nouvelle problématique d'intégration", *Forum* 2(3), 2004, p. 9-11.
2. D. Fassin, "Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun", in J.P. Dozon & D. Fassin (eds.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, p. 181-208.
3. R.S. Bhopal, E. Cantor-Graae, "The Contribution of Social Factors to the Development of Schizophrenia: A Review of Recent Findings", *Canadian Journal of Psychiatry*, n°52, 2007, p. 277-286 ; R.S. Bhopal, *Ethnicity, Race and Health in Multicultural Societies*, Oxford, Oxford University Press, 2007.
4. A. Kleinman, "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems", *Social Science and Medicine*, n°12, 1978, p. 85-93.
5. T. Chandola & C. Jenkinson, "Validating Self-Rated Health in Different Ethnic Groups", *Ethnicity and Health*, n°5, 2000, p. 151-159 ; V.H. Menece, S. Shooshitari, P. Lambert, "Ethnic Differences in Self-Rated Health Among Older Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis", *Journal of Aging and Health*, 19, 2007, p. 62-86.
6. K. P. Stronks, P. Uniken-Venema, N. Dahhan & L. Gunning-Schepers, "Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model", *TSG* n°77, 1999, p. 33-40.
7. S. Cattacin, & M. Chimienti, in collaboration with Carin Björngren Cuadra, *Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health: National Policies Compared*, Working paper n°1, University of Geneva, 2007.
8. K. Clarke, (ed.) *The Problematics of Well-Being: Experiences and Expectations of New Finns in the Finnish Welfare State*, Tampere, University of Tampere Press, Research Reports, Series A, n° 9, 2005.
9. R. Portugal, B. Padilla, D. Ingleby, C. De Freitas, J. Lebas, & J. Pereira Miguel, *Good Practices on Health and Migration in the EU*, Report prepared for the conference "Health and Migration in the EU: Better Health for All in an Inclusive Society", 2007.
10. J. P. Fortier, & D. Bishop, *Setting the Agenda for Research on Cultural Competence in Health Care: Final Report*, Edited by C. Brach. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health and Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.
11. K. Bhui, N. Warfa, P.Edonya, K. McKenzie, & D. Bhugra, "Cultural Competence in Mental Health Care: A Review of Model Evaluations", *BMC Health Services Research* 2007, p. 7-15, doi:10.1186/1472-6963-7-15, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/15>.
12. D. Ingleby, *New Perspectives on Migration, Ethnicity and Schizophrenia*, Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 1/08, IMER/MIM, Malmö University, Sweden, 2008.
13. S. Cattacin, & M. Chimienti, in collaboration with Carin Björngren Cuadra, *Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health: National Policies Compared*, op. cit.
14. M. Colledge, H.A. van Geuns et P.G. Svensson (eds.), *Migration and Health: Towards an Understanding of the Health Care Needs of Ethnic Minorities*, Proceedings of a Consultative Group on Ethnic Minorities (The Hague, Netherlands, November 28-30, 1983), World Health Organization, Copenhagen (Denmark), Regional Office for Europe, 1986.
15. D. Ingleby, *Published Reports and Collaborative Projects on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe, 1985-2008*, 2008. Available at: <http://mighealth.net/eu/images/a/a4/Reports8.doc>.
16. Voir <http://mighealth.net>.