



HAL
open science

Précarité de la migration : autour des notions de santé et de capacités

Christophe Gauld

► **To cite this version:**

Christophe Gauld. Précarité de la migration : autour des notions de santé et de capacités. Les Tribunes de la santé : Sève, 2019, 61, pp.75-79. hal-02175878v2

HAL Id: hal-02175878

<https://hal.science/hal-02175878v2>

Submitted on 10 Aug 2019

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.



Précarité de la migration : autour des notions de santé et de capacités

Christophe Gauld*

Résumé

En se plaçant dans un cadre particulier de la philosophie de la médecine, qui considère la santé selon une approche dite « holistique » et globale, la maladie peut être conçue comme une perte des « capacités de second ordre ». Celles-ci correspondent à la faculté d'*acquérir la faculté d'agir* fonctionnellement dans le monde physique et social.

Le migrant précaire, lorsqu'il met le pied sur le territoire d'accueil, ne semble pas avoir accès à ces capacités particulières. Or cette perte permet de distinguer ce qui discerne la maladie de la santé : est considéré comme malade le sujet qui ne peut exprimer ses capacités de second ordre. Cette distinction peut être comprise en termes de handicap psychique. Mais le migrant en situation de précarité en est-il « malade » pour autant, d'un point de vue normativiste ?

Cette approche de la santé conçue en termes de capacité sera discutée dans cet article. Elle sera mise en lumière par la condition du migrant en situation de précarité. Cette vision ne pourrait-elle pas constituer le socle d'une lutte pour la reconnaissance de sa situation ?

Mots-clés : migrants, précarité, capacité de second ordre, maladie.

« Un jeune homme sans instruction quitte son pays (un pays en développement) pour la Suède. Dans son pays natal, il avait ses propres terres, qu'il cultivait assez bien pour se nourrir et nourrir sa famille. Quand il arrive en Suède, disons en tant que réfugié politique, il n'est plus capable de mener une telle vie. Alors qu'il vivait relativement bien dans son pays natal, il en est incapable en Suède. Mais dira-t-on de cet homme en bonne santé dans son pays natal qu'il tombe malade à son arrivée en Suède ? Non, il semble plus plausible de dire ceci : du moment qu'il a la capacité de second ordre [de gagner sa vie], c'est-à-dire qu'il peut suivre avec succès des cours de langue et d'autres cours nécessaires, alors il peut être complètement en bonne santé, et ce aussi dans le contexte suédois. » [1].

QU'EST-CE QUE LA CAPACITÉ DE SECOND ORDRE ?

La capacité est la possibilité pratique d'agir dans le monde. Il existe des capacités de premier et de second ordre. La capacité de premier ordre est la possibilité, normative, d'agir techniquement sur son environnement. La capacité de second ordre est le *pouvoir de développer ses capacités de premier ordre* (une « métacapacité », en somme). Par exemple, la capacité de premier ordre est celle de pouvoir s'exprimer lorsqu'on est à un appareil vocal, ou de marcher lorsqu'on possède un appareil locomoteur fonctionnel. La capacité de second ordre est la *possibilité d'apprendre* une telle fonction¹. Pour en donner

1. La capacité de second ordre dont parle Lennart Nordenfelt, c'est simplement le fait de *rendre possible*. C'est rendre possible ce que la personne a au fond d'elle, et qu'elle n'exploite pas. C'est développer ce qu'elle pourrait faire de mieux pour elle afin de s'en sortir dans son nouvel environnement. Cette capacité particulière, c'est le pouvoir de l'individu de développer son autonomie.

un exemple particulier, apprendre à apprendre est bien une capacité de second ordre. Dans le contexte social actuel, un aspect particulier du texte ci-dessus nous saute aux yeux. On y lit en effet un présupposé théorique qui manque de conformité avec la réalité... Car on y apprend que la « bonne santé » du migrant précaire est garantie par son accès à une « capacité de second ordre », c'est-à-dire à une *formation* dans « des cours de langue et d'autres cours nécessaires ». C'est cette « formation » qui lui permettrait de s'épanouir dans son environnement.

LE MIGRANT PRÉCAIRE PEUT-IL VRAIMENT EXPRIMER SES CAPACITÉS DE SECOND ORDRE ?

Le migrant précaire, lorsqu'il parvient sur le territoire d'accueil, n'a certes pas la capacité de premier ordre d'être comme il est, chez lui, cultivant « ses propres terres » et capable de « nourrir sa famille ». C'est un fait : il n'en a ni les moyens techniques, ni la possibilité financière et sociale, ni la volonté. Pour résumer, il n'en a pas les capacités de premier ordre. Autour de lui, dans ce nouvel environnement, trop de contraintes l'empêchent d'exprimer ce qu'il sait faire faire et ce qu'il est. Mais peut-il exprimer quoi que ce soit qui puisse *rendre possible* ses savoirs ou ses valeurs ? C'est-à-dire a-t-il seulement accès à une capacité de second ordre ?

Il ne semble pas. Et, en effet, qu'est-il permis, à l'individu qui pénètre sur le territoire d'accueil, lorsque celui-ci ne peut le recevoir convenablement ? Il ne peut pas apprendre facilement la langue du pays, et ce autant en raison des contraintes environnementales que personnelles (altération des facultés cognitives ou perte de motivation intrinsèque, souffrance, voire sidération psychique, etc.). Et donc, par exemple, il ne peut se faire embaucher aisément pour travailler la terre tel qu'il savait le faire dans son pays. Il n'a pas non plus la liberté de s'y retrouver dans le dédale administratif qui s'ouvre devant lui. Il ne peut se *fournir à lui-même* l'opportunité de relations sociales épanouissantes. Il ne trouve pas de porte ouverte lui permettant de fonder une famille tel qu'il le conçoit. Vraisemblablement, la vulnérabilité du sujet en est accrue.

En définitive, il ne peut pas espérer développer sa propre existence, ni ses propres valeurs. Et cette impossibilité fondamentale à un nom : l'impossibilité de pouvoir exprimer ses capacités de second ordre.

Ainsi, au cours de cette période où les demandeurs d'asile et les migrants en situation de précarité sont aussi démunis que les professionnels du domaine de l'asile, du champ de la précarité, et de la psychiatrie publique, le migrant précaire ne peut pas *rendre possible* quoi que ce soit. Il n'a pas accès aux moyens qui lui permettraient de changer sa condition. Il ne peut pas convoiter l'accès à des capacités qui lui fourniraient un travail, un logement, une existence paisible. Il n'a pas la possibilité de changer ses capacités actuelles, et donc sa condition.

LA SANTÉ, C'EST AVOIR DES CAPACITÉS DE SECOND ORDRE

L'autre éclairage remarquable du court extrait de Nordenfelt correspond à l'articulation de deux concepts clés : la notion de capacité avec celle de santé. Il est coutume de concevoir



cette dernière selon un état de « complet bien-être » (tel que promu par l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), ou selon une approche biopsychosociale [2]. L'auteur, dans ce texte, décrit la santé comme l'expression par l'individu de ses pleines capacités et, en l'occurrence, de ses capacités de second ordre.

La santé, donc, c'est simplement avoir des capacités de second ordre. C'est pouvoir progresser. C'est une *possibilité de mouvement hors de sa condition*. Ne pas parvenir à sauter à deux mètres de hauteur ne fait pas de nous quelqu'un en mauvaise santé. Nous n'en avons certes pas la capacité de premier ordre (« c'est trop haut », dira-t-on), mais nous pourrions nous y entraîner : nous en avons la capacité de second ordre [1]. Par contre, pour l'athlète olympique à la jambe cassée, alité, cette impossibilité de premier ordre se double d'une incapacité de second ordre, ce qui définit sa maladie (au sens anglophone de *disease*) [3]. La maladie est ainsi la perte des capacités de premier ordre et de second ordre². Par corollaire, la santé correspond à la *possibilité* d'atteindre ses buts³. Elle ne se résume pas à leur atteinte *effective*, tel que pourrait le décrire l'état de complet bien-être promis par l'OMS.

UN MIGRANT PRÉCAIRE DOIT-IL ALORS ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME MALADE ?

La santé peut être conçue selon une définition holistique, en tant qu'expression des capacités de premier ordre et de second ordre. Le migrant précaire n'a pas accès à ces deux formes de capacité. Est-ce dire que le migrant, en situation de précarité, est *malade* ? Et s'il est considéré comme tel, *de quoi* est-il le malade ? Précisons avant tout que nous entendons ce terme de *maladie* en tant que handicap, d'un point de vue normativiste, considérant la souffrance et la privation de liberté avant tout.

Malade, il pourrait l'être de la société ou de lui-même, puisqu'il ne peut exprimer ses propres capacités. Mais il ne sera sans doute pas nécessaire de répondre à cette dernière interrogation. L'urgence est de comprendre si sa condition d'incapacité doit directement en faire un sujet de soin.

NE RAJOUTONS PAS DES MALADIES LÀ OÙ IL N'Y A PAS LIEU D'ÊTRE...

À la question de savoir si l'absence d'expression des pleines capacités de la personne en situation de précarité le rend « malade », je répondrai d'abord par la négative, pour deux raisons principales. Par là, je vais à l'encontre de la définition de la santé proposée par Nordenfelt. La première raison étant que les capacités (de second ordre) de la personne migrante sont préservées *en puissance* : leur faculté d'être mises en mouvement pourrait être envisageable dans un contexte socio-économique ou une temporalité différente. En effet, il possède de manière *interne* les capacités de réaliser ses buts, mais c'est bien son environnement qui ne le lui permet pas.

2. Nous n'entrerons pas dans le débat sur les *compétences* qu'un sujet peut posséder ou exercer car cette notion ne change en rien la définition de la santé telle qu'elle est conçue ici.

3. Cette notion de *possibilité* permet d'éviter de réduire la maladie à un manque, à une incapacité de premier ordre : ce n'est pas parce que nous avons moins qu'autrui que nous sommes malades (ou pauvres). Mais c'est bien parce que nous n'avons pas la *possibilité d'accéder* au comblement ce manque.

La seconde raison est plus pragmatique. Un des facteurs déterminants de l'exclusion sociale semble être la charge symbolique portée par la *condition* de migrant précaire. Apposer à sa propre perception expérientielle une nouvelle stigmatisante ne pourrait que « jeter un discrédit profond » [4] sur sa situation. Le stigmaté, comme seconde maladie [5], ne fait qu'aggraver la vulnérabilité et la désaffiliation du sujet [6]. En effet, l'exclusion sociale objective, de l'absence de travail à l'absence de papiers, en passant par l'absence de logement, se double souvent d'un sentiment humiliant d'éviction et de désobjectivation [7]. En résumé, à quoi bon construire un « malade » si nous n'en faisons rien ?

MAIS NE PEUT-ON TIRER PROFIT DE LA CRÉATION D'UN NOUVEAU CADRE NOSOLOGIQUE ?

Une expérience de pensée simple pourrait permettre de comprendre comment la position de « migrant précaire malade » serait tenable. Pourquoi a-t-on « créé » des enveloppes nosologiques contenant les pathologies de l'oubli, de la faille, du déni, du mal-être, de l'auto-exclusion [8, 9] ? Chacun de ces cadres empiriques renvoie à une réalité socioculturelle portant atteinte à l'intégrité mentale du sujet. Mais quelle notion renvoie à la souffrance de ne pas pouvoir exercer sa « capacité à développer ses capacités », c'est-à-dire sa capacité de second ordre ? Aucune. Il n'y a véritablement aucune reconnaissance formelle et théorique⁴ de l'absence de capacité de second ordre dans cette population. Autrement dit, il n'y a pas de reconnaissance de la maladie conçue comme incapacité à pouvoir réaliser ses buts. Et toute non-reconnaissance à sa juste valeur, selon Axel Honneth, fait le lit du sentiment d'exclusion [10].

Il est évident que la souffrance psychique de la personne migrante précaire naît, en grande partie, de son incapacité à progresser, à se donner les moyens, et à envisager la réalisation de ses buts ultimes. Ces buts ultimes, aboutissement de l'expression de ses pleines capacités, sont ceux qui lui fournissent un degré de bonheur minimal sur le long terme. Ce constat apparaît d'ailleurs comme une connexion très importante entre la santé et le bonheur. Ne pas reconnaître que le migrant en situation de précarité est en mauvaise santé (conçue comme perte de capacité de second ordre), c'est en fait ajouter à sa souffrance subjective. En somme, c'est accroître sa vulnérabilité.

UNE LUTTE POUR LA RECONNAISSANCE...

Inversement, considérer que le migrant en situation de précarité est frappé d'une telle absence de santé, c'est reconnaître sa subjectivité et son individualité dans sa globalité, de manière holistique. Ainsi, au lieu de dire que le migrant en difficulté porte une « nouvelle maladie de l'incapacité », nous devrions plutôt laisser entendre qu'il ne se situe pas dans l'espace de liberté que définit la santé. Cette appréciation semble plus juste que la pré-

4. Je dis bien « formelle et théorique » car, en *pratique*, l'ensemble des fonctions des intervenants du système médico-sociopolitique s'attelle, dans toutes ses actions et sur tous les plans, à promouvoir ces capacités de second ordre.

5. Car en réalité, santé et maladie ne sont pas des notions équivalentes ; la santé définit ses limites selon des principes normatifs (ou statistiques...), et ces limites sont évolutives selon l'histoire et la culture, tandis que la notion de maladie ne se distingue qu'en regard du concept de santé, souvent lorsqu'elle peut être l'instrument du soin.

somption de « maladie d'incapacité de second ordre », ne faisant qu'ajouter un terme à la liste des pathologies de la migration.

Il faut donc reconnaître l'*absence de santé* en termes d'incapacité de second ordre. Il semble préférable de parler « d'absence de santé » plutôt que de maladie. Cette notion nous fait réaliser que le besoin de bonheur minimal est affecté, tout comme sa possibilité de poursuivre ses buts ultimes. Ces principes sont capitaux, voire fondamentaux, dans la lutte pour la reconnaissance de la personne en situation de précarité [11] ⁵.

CONCLUSION

Lorsque nous concevons la santé comme une capacité d'agir dans le sens de l'épanouissement, afin que le sujet atteigne les buts lui fournissant l'intuition du bonheur dans une temporalité qu'il juge satisfaisante (la définition de la santé holistique), nous ne pouvons admettre que la personne migrante qui parvient sur le territoire, avec ses ressources limitées et l'incertitude qu'il porte sur son avenir, puisse être considéré en « bonne santé ». Il ne souffre d'aucun trouble, n'est pourtant pas pathologique ni malade. Mais l'absence de reconnaissance de cette incapacité de second ordre ne peut être éconduite. Elle ajoute à sa vulnérabilité.

Que promet cette lutte pour la reconnaissance ? Elle ouvre le large champ de la philosophie sociale, une éthique issue de la théorie critique, et des pratiques allant de l'intersubjectivité aux droits, en passant par la solidarité et l'affectivité inconditionnelle [10, 12]. Elle appelle à distinguer chez le migrant un sujet, une personne et un individu. Ces trois formes de reconnaissance de l'individu correspondent à une reconnaissance intersubjective, sociale, et juridique.

C'est uniquement à partir de cette lutte pour la reconnaissance que peut naître une pratique orientée vers le développement des *capacités* des personnes en situation précaire.

* **Christophe Gauld est psychiatre à Grenoble et candidat doctorant en épistémologie à l'IHPST (Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques, Paris II).**

RÉFÉRENCES

1. Nordenfelt L. 2000. Action, ability and health. Essays in the philosophy of action and welfare, Dordrecht, Kluwer (trad. fr., Action, capacité et santé, extrait de Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie, Vrin, 2012, textes réunis par E. Giroux et G. Lemoine).
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 1977;196(4286):129-36.
3. Boorse C. On the distinction between disease and illness. Philosophy Public Affairs, 1975;49-68.
4. Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1963 (trad. fr., Stigmate. Les usages sociaux des handicaps, Paris, Minuit, 1975).
5. Finzen A. Psychose und Stigma, Bonn, Psychiatrie Verlag, 2001.
6. Castel, R. La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. Cahiers de recherche sociologique, 1994;22:11-27.
7. Haroche C. Le caractère menaçant de l'humiliation, Le Journal des psychologues, 2007;243:39-44.
8. Furtos J. 2005. Introduction. Souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au-delà de la psychiatrie). In : Jean Furtos éd., La Santé mentale en actes, Toulouse, ERES (p. 9-38).
9. Vandecasteele I, Lefebvre A. De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. Cahiers de psychologie clinique, 2006;26(1):137-62.
10. Honneth A. Kampf um Anerkennung, Frankfurt-sur-le-Main, Suhrkamp, 1992 (trad. fr., La Lutte pour la reconnaissance, Paris, Cerf, 2000).
11. Caillé A. La Quête de reconnaissance. Paris, La Découverte, 2007.
12. Glissant E. Poétique, IV. Traité du tout-monde. Paris, Gallimard, 1997.