

Migration et système de santé vaudois,
du 19^e siècle à nos jours

Taline Garibian
Vincent Barras

Migration et système de santé vaudois,
du 19^e siècle à nos jours



Publié avec l'appui de la / du

- Policlinique médicale et universitaire, Lausanne,
- Société académique vaudoise,
- Cercle des lecteurs et des lectrices des Editions BHMS.

Que chacun trouve ici l'expression de nos vifs remerciements.

Les Éditions BHMS publient trois séries :

- Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé ;
- Sources en perspective ;
- Hors-série.

Direction : Vincent Barras, Jacques Gasser et Brigitte Maire

Rédaction : Brigitte Maire

Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique
(CHUV & Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne),
1, ch. des Falaises, CH-1005 Lausanne

Email : bhms@chuv.ch

Site internet : www.chuv.ch / iuhmsp / ihm_bhms

Les Éditions BHMS portent le label  **anthropos**
décerné par l'Université de Lausanne

Couverture : *L'attente des saisonniers italiens avant le contrôle sanitaire
au poste-frontière de Brigue, 1966.* Photo et crédit : Claude Huber, avec son
aimable autorisation, Collection du Musée historique de Lausanne

Graphisme de couverture : François Meyer de Stadelhofen

Maquette et mise en pages : Brigitte Maire

Relecture du présent volume : Brigitte Maire

Recherche iconographique : Martine Meyer

© 2012 Éditions BHMS, Lausanne

ISBN 978-2-9700640-4-6

ISSN 1664-9915

Imprimé en Suisse sur les presses d'Ange Créations Sàrl à Lausanne

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS

Pourquoi ce livre ? par Jacques Cornuz IX

PRÉFACE

Prendre du recul par Jean Martin XI

I. MÉDECINS ET SOIGNANTS ÉTRANGERS DANS LE CANTON DE VAUD, DE LA FIN DU 19^e SIÈCLE À NOS JOURS

Les médecins étrangers avant la loi sanitaire de 1928	2
<i>L'exercice de la médecine</i>	2
<i>L'accès aux études et à l'enseignement</i>	4
La loi de 1928 et la mise en place d'un certain protectionnisme	6
<i>La loi sanitaire de 1928</i>	7
<i>La FMH et le Service fédéral de l'hygiène publique s'inquiètent</i>	9
<i>Les procédures vaudoises :</i>	
<i>l'influence du Conseil de santé et de la Société des médecins vaudois</i> ...	11
Médecins réfugiés	16
<i>Médecine dans les camps et médecins internés</i>	18
L'après-guerre	20
<i>La naturalisation des médecins étrangers</i>	20
<i>Les infirmières, une main-d'œuvre invisible</i>	21
<i>Les médecins réfugiés hongrois et tchèques</i>	23
<i>Les années septante et quatre-vingts</i>	24
<i>La question des médecins étrangers se discute à l'université</i>	25
<i>Une vieille rengaine</i>	26

II. LES MALADIES : UNE PROBLÉMATIQUE QUI TRAVERSE LES FRONTIÈRES

Guerre et épidémies	28
<i>Au début du 20^e siècle : le choléra russe</i>	28
<i>La Première Guerre mondiale</i>	31
<i>Les réfugiés de la Seconde Guerre mondiale</i>	34
Travailleuses et travailleurs immigré-e-s	38
Du paludisme à la grippe H1N1 : nouvelles menaces et vieilles logiques	44
<i>La médecine tropicale, entre colonialisme, tourisme et humanitarisme</i>	45
<i>Les menaces bactériologiques au 20^e siècle : l'éternelle métaphore de la guerre</i>	47

III. LES MIGRANTS : UNE NOUVELLE CATÉGORIE DE PATIENTS

Les premiers regards sur la santé mentale des réfugiés	51
La folie des Autres : l'apport de l'anthropologie	52
<i>Le milieu : un concept anthropologique utile ?</i>	53
Migrants entre médecine du travail et psychiatrie	55
<i>Une première étude systématique à Lausanne</i>	55
<i>Une question éminemment politique</i>	58
<i>L'irruption de la criminologie</i>	60
Vers une approche critique et multi-culturelle en médecine	62
L'Autre : nouvelle problématique de la médecine et de la santé publique	65

AVANT-PROPOS

POURQUOI UN TEL LIVRE ?

À l'heure où les flux migratoires sont planétaires, du sud au nord, d'est en ouest, où la présence de l'autre génère une tension, où la tentation de se replier sur soi, de fermer les frontières, de vivre en vase clos a tendance à se répandre au sein de la population suisse, il apparaissait primordial de s'interroger sur l'apport de la migration pour le système médico-sanitaire du canton de Vaud.

Les 125 ans de la Polyclinique médicale universitaire représentaient dès lors une magnifique opportunité de répondre à cette interrogation.

Nous sommes heureux que le professeur Vincent Barras et Madame Taline Garibian, de l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, aient accepté de relever ce défi et de synthétiser, dans un ouvrage à la fois clair, précis et vivant, les apports de la migration. Le parcours de ces nombreux professionnels de santé (médecins, infirmiers/ères, dentistes, aides-soignantes) venus d'ailleurs pour la prise en charge des patients de cette région de Suisse, depuis la fin du 19^e siècle à nos jours, fait ici l'objet d'une analyse historique pertinente, utile pour comprendre notre réalité du 21^e siècle. Une réalité bien vivante, puisque plus du tiers du personnel médical, soignant et technique travaillant dans les hôpitaux et institutions sanitaires publics vaudois est d'origine

étrangère (36%)¹. Comment seraient soignés nos patients sans cet apport de la migration ?

Ce livre fait aussi écho à l'une des six missions de la PMU (www.pmu-lausanne.ch) soigner les défavorisés. Ce souci, porté et incarné par le Professeur Alain Pécoud, directeur de la PMU de 1990 à 2011, par le Dr Patrick Bodenmann et son équipe de l'unité des populations vulnérables et du centre de soins infirmiers, et finalement par tous les collaborateurs/trices de la PMU, s'inscrit dans la vision de la PMU, celle d'assurer des soins de qualité, dans une dimension communautaire et un cadre académique, à toute personne, quel que soit son statut social et économique. Qu'ils soient ici, tous, chaleureusement remerciés pour leur engagement.

Professeur Jacques Cornuz, directeur

.....

¹ Statistiques administratives des hôpitaux et institutions sanitaires publiques vaudoises (données SSP, année 2010).

PRÉFACE

PRENDRE DU RECU

Il ne faut pas vouloir être au-dessus des choses, il faut être dedans.
Charles-Ferdinand Ramuz

Comprendre le monde n'est pas le posséder, mais lui appartenir.
Henri Laborit

Nous ignorons s'il restera quelque chose de nous mais nos efforts ont toujours tendu à établir une liaison entre la médecine et la société.

Gustave Delay,
directeur de la Polyclinique médicale de Lausanne, 1925-1937

D'abord, que je dise combien il est judicieux que, à l'occasion du 125^e anniversaire de la Polyclinique médicale universitaire, on ait choisi de s'intéresser aux rapports entre migration et santé: que ce soit du point de vue de mouvements d'étudiants et de professionnels, de facteurs de maladie, et plus récemment de personnes venues d'ailleurs après avoir passé par des déracinements et souvent des traumatismes majeurs.

Mon intérêt est aiguïté par le fait que j'ai été, au service de l'État de Vaud, un héritier, ou un descendant, des protagonistes dont parle ce livre. Après huit ans passés outremer sur quatre continents, qui m'ont amené à passer de la pratique clinique à la santé publique, je suis revenu au pays en 1976 et ai intégré le Service de la santé publique où je suis resté 27 ans – assumant la fonction de médecin cantonal de 1986 à 2003. La période vécue hors de Suisse a marqué mes proches et moi. Nous avons

toujours apprécié de rencontrer et travailler avec des personnes qui ont d'autres cadres de référence, dont les modes de faire sont différents (bien que cela ne rende pas forcément les choses faciles). Mais «La différence, c'est intéressant, enrichissant!».

De retour, quand on demandait si soigner des malades individuels ne me manquait pas, je notais – pas très humble... – que «mon patient, c'est la collectivité cantonale», ou que rien de ce qui concerne la santé des Vaudois-es ne devait m'être étranger. Étant entendu que, pour remplir ce beau mandat, j'étais dépendant de l'aide de beaucoup de collègues, médecins et autres soignants, juristes, professionnels du social et des sciences sociales, parmi d'autres.

Cet ouvrage brosse un panorama des rapports entre la santé, la médecine, ceux qui la pratiquent, les pouvoirs publics et les mouvements de personnes; que ces personnes migrent parce qu'elles viennent ici

en villégiature ou pour s'y faire soigner, ou qu'elles cherchent refuge ou travail. Qu'elles soient riches ou pauvres et souvent maltraitées pas la vie.

Ci-dessous, des commentaires sur ce qu'apporte ce livre. Sur des points choisis parce qu'ils font résonner des enseignements de ma vie ici et ailleurs, en particulier de mon mandat de médecin officiel dans ce canton.

Médecins, soignants et étudiants étrangers

L'histoire décrite dans la première partie ne m'était pas connue en détail mais je la « vois » bien. J'ai vécu et parfois actionné les mécanismes à l'œuvre, qui sont restés pour une bonne part les mêmes: Service sanitaire cantonal, Conseiller d'État chargé de la santé qui prend l'avis du Conseil de santé. Relations avec les associations professionnelles, Société vaudoise de médecine au premier chef. Craintes chroniques de pléthore médicale.

Dans ces pages, j'ai d'abord été frappé – le mot est faible – par tant de remarques et décisions du registre du racisme, spécialement de l'antisémitisme – le fait que je préside la section vaudoise de la Ligue contre le racisme et l'antisémitisme (LICRA) n'y étant pas étranger –, tout en sachant que, durant le premier tiers du siècle et jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, de fort beaux esprits dans notre pays et notre canton étaient antisémites voire sympathisants nazis. D'autres ont été fermes dans des convictions humanistes: on lit avec intérêt (soulagement) la manière dont en 1943 l'Université a refusé d'exclure des étudiants étrangers, notamment juifs italiens, disant qu'elle se place « au-dessus des partis, des nationalités et des contingences de race ».

Quoique forcément subjectif dans mon appréciation du dernier quart du 20^e siècle « sanitaire » vaudois, il me semble ne pas y avoir vécu des circonstances de racisme avéré (étant entendu au reste que c'est une de ces choses qui souvent avancent masquées).

Différente, mais pratiquement proche, une certaine xénophobie surgit fréquemment dans les prises de position rapportées (dans les premières lignes du livre, on voit le Conseil fédéral, en 1921, recommander de ne pas accepter d'étrangers dont l'« affinité ethnique » est trop différente). Inquiétude qui tend à se justifier par des allégations de formation insuffisante, d'usage de méthodes différentes, de mauvaise intégration, en un mot d'« étrangeté ». Refrain souvent entendu, où le souhait corporatiste de conserver son pré carré sans voir d'autres venir y brouter n'est pas le moindre motif. Crainte d'« invasion » (*Überfremdung*). En bref, avec des formes et intensités diverses, fonctionnement typique d'une corporation influente et proche des gens de pouvoir – ce qui en soi n'est pas inadmissible; une société est par définition un ensemble d'individus et groupes où s'exercent des influences.

Point d'actualité: au moment où ces lignes sont écrites, plusieurs associations professionnelles médicales suisses manifestent à nouveau des inquiétudes comparables, s'agissant de confrères étrangers venant travailler ici, en particulier de l'Union européenne: on évoque une moins bonne formation de base et/ou post-graduée, la méconnaissance de la langue et de la culture régionale. On entend dans le milieu de la politique professionnelle des propositions qui, *mutatis mutandis*, sont de la même veine qu'il y a 50, 100 ou 150 ans: idées par exemple d'obligation de travailler d'abord plusieurs

années de manière dépendante, en hôpital public ou à des postes où il n’y pas de candidat suisse, autres conditions diverses à remplir – quoique les accords signés par la Suisse en rendent peu probable la concrétisation. Plus ça change... Au reste, faisant ces remarques, je ne prétends pas que les préoccupations en question soient toutes sans fondement. Mais il faut savoir si on veut faire partie d’un monde qui s’eupéanise/se mondialise ou pas – étant entendu qu’on ne saurait exclure qu’une telle démarche ait dans l’un ou l’autre secteur des effets peu souhaitables du point de vue du « propre en ordre » helvétique.

Service de l’État, droit et justice, possible désobéissance civile ?

Ce qui précède m’amène à un questionnement qui m’habite de longue date, à propos d’attitudes de ceux qui sont venus avant nous et que nous tendons à juger de manière critique. Aurions-nous fait beaucoup mieux? Nous serions-nous élevés contre une position critiquable voire scandaleuse largement partagée par le public et les notables autour de nous? Aurions-nous eu le courage de faire œuvre de désobéissance civile? Ou aurions-nous composé, transigé, au nom du politiquement faisable, du moindre mal vu à court terme?

À quelques reprises il est arrivé au médecin cantonal que j’étais d’aller dans un sens de désobéissance civile, vis-à-vis du chef du Département ou du Conseil de santé. Par exemple pour affirmer, au moment où l’épidémie de sida fleurissait chez les toxicomanes, qu’il n’était pas possible de vouloir exiger une ordonnance médicale pour obtenir

des seringues stériles en pharmacie (!). Un peu plus tard, pour dire qu’il était judicieux d’un point de vue de santé publique de distribuer des seringues gratuitement.

Comme médecin cantonal, j’avais à formuler des préavis ou prendre des décisions dites de police sanitaire. Au nom des règles en vigueur et de la pratique du Département, j’ai dû préaviser le retrait de l’autorisation de pratique de médecins d’origine étrangère qui avaient rendu service à notre canton durant des années, mais dont on jugeait ne plus avoir besoin. Difficile. J’ai alors dit à l’un ou l’autre qu’il arrivait que ma fonction m’amène à agir comme un salaud (*sic*). Les serveurs de l’autorité publique sont confrontés à cela. Découverte de ce que le droit n’est pas toujours la justice (parfois *summa jus est summa injuria*). Avec, scénario connu, le choix entre assumer malgré le malaise et s’efforcer de faire en sorte que ces situations se reproduisent le moins possible, ou rendre public son désaccord et démissionner ou être démissionné.

Pour être depuis longtemps en contact avec des collègues et organisations qui se préoccupent des personnes venues d’ailleurs, je sais avec quelle fréquence certains professionnels sont confrontés, avec leurs clients, à des situations où « ce n’est pas juste »: de ne pas croire celui-ci qui cherche refuge, de juger que ses raisons pour être accueilli sont insuffisantes, de dire que ses troubles de santé peuvent adéquatement être traités dans son pays d’origine ou sont du registre de la simulation, etc. Je leur rends hommage pour la persévérance de leur engagement, pour le maintien de leur indignation, pour leur résistance à la frustration et au *burnout*.

Les maladies à travers les frontières

Dans la période considérée, il y a toujours eu des étudiants étrangers à Lausanne. Au début du 20^e siècle, beaucoup venaient de Russie (on voit dans les pages qui suivent des rappels des drames à large échelle, qui ont eu des dimensions racistes, liés aux épidémies de choléra dans ce pays, qui faisaient peur jusque chez nous – « St-Petersbourg est à moins de soixante heures de Lausanne »...). Grâce aux travaux de l'historienne Geneviève Heller¹, j'ai découvert la personnalité et l'action du D^r Charlotte Olivier, Allemande venue de Russie, fer de lance de la lutte contre la tuberculose et contre ce qui en fait le lit (pauvreté, promiscuité). Elle a été un grand médecin vaudois (par son mariage!), une sorte d'héroïne de la santé publique – dont le nom a été donné à un auditoire du CHUV. Mais c'est plus à un tempérament bien trempé guère de chez nous qu'on doit ce qu'elle a réalisé; poursuivant ses objectifs, sur le terrain et par des actions hardies, parfois de mouche du coche, auprès des politiques. Ceci à vrai dire jusqu'à des propositions autoritaires, utiles à la salubrité publique, mais peu conformes aux sensibilités actuelles quant au droit des individus de se déterminer en toute liberté...

La question me passe à nouveau par la tête: dans les bottes de Charlotte Olivier, comment aurais-je agi? Moins vivement sans doute, en étant plus prêt à composer. Avec quelle moindre efficacité par rapport à la sienne?

S'agissant de maladies infectieuses, la grande affaire au moment où je suis revenu au pays en

• • • • •
¹ Geneviève HELLER, *Charlotte Olivier: la lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud*, Lausanne, Éditions d'En bas, 1992.

1976 était la rage, arrivant d'Europe de l'Est. Elle concernait des animaux et n'a pas, à ma connaissance, donné lieu à des manifestations hostiles aux personnes. Puis est venu le sida, notre « Guerre de Troie » de la fin du siècle². On a pris conscience vers 1985 de ce que, plutôt qu'une énigme médico-scientifique isolée, il s'agissait d'un vrai grand problème de santé publique. Avec l'explosion de problématiques éthiques majeures, alimentées par le fait que la science n'avait pas de réponse efficace (la société occidentale pensait avoir vaincu les maladies infectieuses, mais elles étaient de retour, et quel retour). D'où une floraison de propositions dont beaucoup menaient à des formes de stigmatisation, discrimination, exclusion, limitation de la liberté des personnes concernées. Propositions auxquelles la Suisse a bien résisté grâce à des leaders de santé publique courageux, notamment à l'Office fédéral de la santé publique. D'autres pays, y compris parmi ceux dits « éclairés », ont fait moins bien: par exemple les États-Unis, qui ont longtemps refusé tout visa aux personnes séropositives.

Les migrants, actuellement

Étrange, étranger, mots de même origine... Il est bon que le titre de cette troisième partie soit « Naissance d'une catégorie de patients », illustrant une orientation sociologique, anthropologique. Parce que c'est une dimension fondamentale de la problématique.

On lit avec grand intérêt comment, au sortir de la Seconde Guerre, l'Académie suisse des sciences

• • • • •
² Jean MARTIN (éd.) *Faire face au sida*, Lausanne, Favre, 1988.

médicales confie à la psychiatre zurichoise Maria Pfister-Ammende le soin de mener une enquête sur la santé mentale des internés; ses résultats viennent renforcer la perception des troubles dont ces derniers souffrent comme conséquence des atrocités de la guerre et des vicissitudes de leur parcours migratoire (notion qui n'a pas pris une ride!). Et, dans les années suivantes, la naissance d'une migration professionnelle peu qualifiée, venue d'abord d'Italie, va mettre au défi la communauté médicale. Par exemple, j'évoque ce que nos confrères d'il y a un demi-siècle appelaient le « syndrome transalpin », dénomination péjorative des comportements démonstratifs, jugés pusillanimes, des travailleurs migrants italiens (des allégations de ce type se voient encore s'agissant de demandes à l'assurance-invalidité par des personnes issues de l'immigration).

L'influence du milieu, donnée majeure de santé publique, retient alors plus l'attention. L'intérêt porté aux caractéristiques particulières des troubles de santé des migrants est d'abord le fait des psychiatres. Les moins jeunes parmi nous ont connu les professeurs Hans Steck et Pierre-Bernard Schneider (le premier est cité écrivant que « la réaction psychologique et psychopathologique au déracinement est connue de vieille date »). À juste titre, le présent ouvrage présente les recherches concernant les immigrants italiens, dans les années 1960, du Dr Jean-Louis Villa, de la Polyclinique psychiatrique de Lausanne, disparu prématurément; il en vient à estimer que « son activité relève moins du traitement de pathologies psychiques que d'un travail de régulation sociale », « que c'est à chaque citoyen suisse de participer au bon accueil des

travailleurs ». Toutes les notions pertinentes ne sont pas d'aujourd'hui.

Ceci à une époque où on pensait qu'il y a une bonne manière de se comporter si on se sent malade, vis-à-vis de soi et vis-à-vis du docteur ou de l'hôpital... alors qu'il n'y a jamais qu'une bonne manière. Le besoin est maintenant largement reconnu de compétences cliniques transculturelles adéquates; la PMU y contribue avec d'autres, mais les besoins restent grands. Nous sommes loin du compte.

À cet égard, des publications récentes apportent des contributions substantielles³. Nous sommes tous des migrants, souligne le pédopsychiatre J.-C. Métraux, pionnier du domaine :

Mes rencontres avec des migrants et des rescapés ont allumé une conscience de nos similitudes propre à étourdir notre obsession des différences. Nous sommes tous semblables avant d'être différents. Découvrir nos ressemblances nous permet de penser et de développer ensemble, de co-construire un monde de sens partagé⁴.

Dans un ouvrage par des professionnels de Suisse romande⁵:

Le terme migrant a une signification au sein d'une matrice comprenant des douaniers, des policiers, des travailleurs sociaux, des thérapeutes, des bureaux, des armes, des centres d'accueil ou de détention, des idées communes ou savantes, des slogans politiques...

.....

- 3 Betty GOGUIKIAN RATCLIFF et Olivier STRASSER (éds), *Clinique de l'exil - chroniques d'une pratique engagée*, Genève, Georg, 2009; voir aussi notes 4 et 5.
- 4 Jean-Claude MÉTRAUX, *La migration comme métaphore*, Paris, La Dispute, 2011.
- 5 Claude DE JONKHEERE, Charles CHALVERAT, Loïse RUFINI STECK, Abdelhak ELGHEZOUANI, *Le thérapeute et le diplomate - Modélisation des pratiques de soin aux migrants*, Genève, ies éditions, 2011.

À garder à l'esprit. À plusieurs reprises les auteurs évoquent la notion stimulante de patient/migrant expert: expert de son existence d'abord, des conditions qu'il rencontre, des institutions et professionnels de soins et d'aide, du cadre légal du pays où il est arrivé. Ils insistent sur le fait (qu'on occulterait facilement) que les migrants consultant des psychothérapeutes sont en fait souvent des personnes réagissant, ou qui ont réagi, de manière normale à des situations anormales.

Il n'y a pas dans ce domaine de modèle unique de prise en charge. Les mêmes auteurs parlent de bricolage intelligent. C'est par l'emploi pragmatique de plusieurs méthodes, d'approches diversifiées qu'on maximise les chances de succès (de soulagement pour le moins) dans des situations toujours complexes et souvent dramatiques.



Dans la relation avec des patients migrants et leur traitement, dans la lutte contre les maladies infectieuses, dans les tâches de police sanitaire, grands sujets de ce livre, les clés de l'action « juste », du mieux qu'on peut faire (parfois du moins mal), sont me semble-t-il un mélange de connaissances scientifiques et de compétences cliniques, notamment transculturelles, d'expérience, d'attention au cadre juridico-social, mais aussi de respect des personnes, d'humanisme et de compassion, de bon sens enfin.

Il n'est pas rare que les réactions, décisions, démarches de nos prédécesseurs suscitent des questions, la critique ou l'incompréhension. Je crois qu'ils étaient pour la plupart, comme nous, soucieux d'un certain bien commun, vu à/de leur époque. Souvenons-nous qu'on est toujours plus intelligent après. De temps en temps, demandons-nous

comment, dans cinquante ou cent ans, nous serons jugés.

Et tirons profit, autant que nous le pouvons, de ce que « la différence, c'est enrichissant ».

Jean Martin

Ancien médecin cantonal vaudois

Membre de la Commission nationale suisse d'éthique

MÉDECINS ET SOIGNANTS ÉTRANGERS DANS LE CANTON DE VAUD, DE LA FIN DU 19^E SIÈCLE À NOS JOURS

Les exigences liées à l'exercice de la médecine en Suisse par des professionnels étrangers éclairent l'évolution des politiques migratoires mises en place par l'État depuis le début du 20^e siècle. Si les médecins – membres qualifiés d'une profession libérale – ne peuvent passer pour représentatifs de l'ensemble des migrants, les politiques menées à leur encontre participent néanmoins de la gestion des flux migratoires et témoignent des considérations économiques et sociales dont elles découlent.

Comme l'ont décrit les historiens travaillant sur les politiques d'accueil en Suisse, dès les années 1910, «les contemporains associent la présence étrangère à un certain nombre de périls¹». Cette crainte concerne tout particulièrement la santé économique du pays:

L'obsession née en 1917 de l'afflux des réfractaires, déserteurs et autres réfugiés de guerre resurgira toute fraîche et prête à l'emploi à chaque montée de pression sur le marché du travail et à chaque vague de fugitifs en quête d'asile².

Après la Première Guerre mondiale, la politique d'accueil de la Suisse repose principalement sur

.....

- 1 Gérard et Silvia ARLETTAZ, *La Suisse et les étrangers*, Lausanne, Éditions Antipodes et Société d'histoire de la Suisse romande, 2004, p. 56.
- 2 André LASSERRE, *Frontière et camps*, Lausanne, Payot, 1995, p. 13.

deux principes: le contrôle du marché du travail et la défense de l'identité nationale³. À la politique d'assimilation par la naturalisation se substitue progressivement une politique d'accueil et d'intégration plus restrictive. Ainsi, une circulaire du Conseil fédéral publiée en décembre 1921 enjoint les gouvernements cantonaux de ne pas accepter des personnes qui, «par l'état de leur culture et leur affinité ethnique apparaîtraient comme des éléments hétérogènes⁴». Au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, la politique en la matière se modifie encore: la Suisse accueille désormais en nombre des travailleurs étrangers indispensables au bon fonctionnement de l'économie. Cette politique est revue dès les années soixante, lorsque la présence de ces derniers suscite des tensions caractérisées par un regain de xénophobie.

L'histoire des soignants migrants nous renseigne donc sur l'histoire sociale non seulement de la migration, mais également de la pratique médicale, vue comme un secteur professionnel, avec ses réseaux, ses acteurs et ses pratiques. Parfois inscrite

.....

- 3 Gérard ARLETTAZ, «La Suisse, une terre d'accueil en question. L'importance de la Première Guerre mondiale», in *L'émigration politique en Europe aux 19^e et 20^e siècles*, Actes du colloque de Rome, École Française de Rome, 1991, pp. 139–159.
- 4 Cité dans Gérard et Silvia ARLETTAZ, *La Suisse et les étrangers*, op. cit., p. 104.

en négatif, cette histoire révèle les trajectoires de ceux et celles qui, pour différentes raisons, n'ont pas été autorisés à s'établir dans le canton. Certes, leur profession leur confère a priori un certain statut social, mais ce fait ne doit pas faire oublier que la médecine est également un secteur économique, doté de puissantes associations de praticiens actives dans la défense des intérêts de leurs membres, et capables de peser sur certaines décisions politiques et administratives. Ce poids se fait sentir à travers une procédure qui conditionne presque systématiquement l'autorisation d'exercer à l'obtention d'un titre de séjour.

LES MÉDECINS ÉTRANGERS AVANT LA LOI SANITAIRE DE 1928

L'exercice de la médecine

En Suisse, l'exercice de la médecine par les étrangers est régi au double niveau fédéral et cantonal. Dès 1877, la loi fédérale sur l'exercice des professions médicales institue des examens fédéraux dont la réussite est obligatoire pour quiconque souhaite exercer sur le territoire. Le texte prévoit néanmoins la possibilité de reconnaître des diplômes étrangers, pour autant qu'un accord de réciprocité soit signé avec le pays concerné. Dans la pratique, de telles conventions sont très rarement signées, à l'exception de celles qui traitent de l'exercice de la médecine en zone frontalière. En 1888 par exemple, la Société vaudoise de médecine se prononce contre la signature d'un accord avec l'Angleterre: cette

décision, motivée dans une lettre adressée au chef du Département fédéral de l'intérieur, est publiée dans la *Revue médicale de la Suisse romande*⁵. Le comité de la Société vaudoise de médecine précise bien qu'il «verrait sans aucun déplaisir [le] corps médical renforcé d'éléments étrangers⁶», mais estime que cela constituerait une inégalité de traitement en faveur des médecins anglais qui n'auraient pas besoin de «présenter les mêmes garanties scientifiques que les nationaux⁷». En clair, les médecins suisses estiment que leurs collègues anglais sont moins bien formés. Un deuxième argument pointe le peu d'utilité d'un tel accord pour la Suisse:

Pour un ou deux Suisses que des circonstances spéciales attireront en Angleterre, un très grand nombre d'Anglais viendront offrir leurs soins à leurs compatriotes établis en Suisse à la faveur de cette convention qui serait en fait uniquement à leur avantage⁸.

Il s'agit de ne pas signer un accord qui ne profiterait qu'à l'Angleterre. Le comité ajoute que «si des pays tels que la France ou l'Allemagne qui ont des examens d'État uniques et très sérieux, pays dans lesquels un certain nombre de nos compatriotes pourraient avoir au moins quelques chances d'établissement avantageux, proposaient une convention semblable, il y aurait lieu de l'accueillir plus favorablement⁹».

Ce sera chose faite l'année suivante, en 1889. La Suisse signe alors une convention avec la France, mais celle-ci porte uniquement sur la pratique

• • • • •

5 «Convention médicale avec l'Angleterre», *Revue médicale de la Suisse romande*, 8, 1888, pp. 193-194.
6 *Idem*.
7 *Idem*.
8 *Idem*.
9 *Idem*.

frontalière de la médecine. Les étrangers qui veulent pratiquer en Suisse devront donc théoriquement obtenir le diplôme fédéral. Toutefois, les cantons disposent d'une certaine marge de manœuvre dans l'octroi des autorisations de pratiquer. La portée de la loi n'est en effet pas clairement définie. En conséquence, au cours du siècle à venir, les cantons prévoient, dans leurs législations respectives, de permettre à des médecins non titulaires du diplôme fédéral de pratique, dans la mesure où ils sont en possession d'un certificat de capacité étranger équivalent¹⁰.

Dans le canton de Vaud, c'est la loi sanitaire de 1928 qui clarifiera cette question. Auparavant, les documents attestant des procédures d'autorisation de pratiquer sont rares, et le nombre de médecins étrangers établis dans le canton ne préoccupe pas particulièrement les autorités vaudoises. En 1921, Gustave Delay¹¹ rédige un rapport¹² sur la pléthore médicale dans lequel il n'évoque absolument pas la question des étrangers. Tout au plus suggère-t-il de limiter l'accès aux études de médecine pour lutter contre la surpopulation médicale sans faire mention des étudiants étrangers, certes beaucoup moins nombreux depuis l'éclatement du premier conflit mondial.

Pourtant, cette problématique commence à intéresser les associations de médecins. En 1921 par

exemple, la Société des médecins bernois adresse un courrier au chef du Service sanitaire cantonal vaudois afin de connaître le nombre de médecins suisses et étrangers à qui une autorisation de pratiquer dans le canton a été délivrée depuis 1890. Il ressort des chiffres donnés par le Service sanitaire que le nombre d'étrangers admis à la pratique est extrêmement faible. De fait, jamais plus d'une autorisation par année ne leur a été accordée¹³. En comparaison, les médecins suisses sont entre neuf, pour l'année 1890, et vingt-huit, pour l'année 1920, à recevoir cette autorisation. En 1923, la Fédération des médecins suisses nomme une commission chargée d'étudier plus avant cette question. Dans son rapport, publié dans le *Bulletin des médecins suisses* en 1925, cette commission admet qu'elle « s'est rendu compte que la question était moins pressante qu'il ne lui avait semblé tout d'abord¹⁴ ». Néanmoins, dans le contexte du développement spectaculaire des cliniques sanatoriales de l'époque, la menace que constituerait une politique trop souple vis-à-vis des médecins étrangers est clairement envisagée :

L'autorisation de pratiquer donnée à des médecins étrangers qui venaient pourvus de leurs titres [...] dans les sanatoria de certaines stations d'étrangers, ne paraissait, en soit, nuire que peu aux médecins suisses tant que ces messieurs ne venaient dans notre pays que pour la saison, amenant avec eux le cortège des clients cosmopolites. Mais peu à peu, et par le fait de la guerre surtout, la situation se modifia. Certains étrangers eurent l'autorisation de s'établir à demeure et leurs titres purent à la clientèle

.....

10 Voir Josef HOFSTETTER, « Les règles du droit fédéral sur l'exercice de la médecine par les étrangers », in *Les étrangers en Suisse. Recueil de travaux*, Lausanne, Université de Lausanne, 1982, pp. 83-95; 94.

11 Gustave Henri DELAY (1873-1937), est directeur de la polyclinique médicale avant d'être nommé chef du Service sanitaire cantonal.

12 ACV, K VIII f 1, Gustave DELAY, *Considérations sur la pléthore médicale*, 23 août 1921.

.....

13 Le questionnaire ne porte que sur les années 1890, 1900, 1910, 1912, 1914, 1916, 1918 et 1920. Nous ne disposons donc pas de l'ensemble des chiffres pour cette période.

14 Arnold VERRREY, « Rapport de la commission pour l'étude de la question du port de titres étrangers en Suisse », *Bulletin des médecins suisses*, 6, 1925, pp. 229-232.

suisse une garantie de meilleur traitement que le simple diplôme de « Docteur » des médecins autochtones¹⁵.

C'est bien la question du port de qualificatifs étrangers qui inquiète la commission, soucieuse de protéger le titre de Docteur obtenu par les médecins diplômés d'universités suisses. En réalité, les médecins étrangers, dans la mesure où ils amènent avec eux leur propre clientèle, ne semblent nullement constituer une menace pour les praticiens suisses. En revanche, dès lors qu'ils sont susceptibles d'exercer auprès d'une clientèle suisse et de faire de l'ombre aux médecins suisses, le danger se précise, et la Fédération des médecins suisses revoit sa position.

L'accès aux études et à l'enseignement

Au tournant du siècle, l'Université de Lausanne accueille un grand nombre d'étudiants étrangers et notamment des étudiantes russes. Entre 1870 et 1910, celles-ci représentent 80% à 90% du nombre total d'étudiantes et la majorité d'entre elles se retrouve sur les bancs de la Faculté de médecine. Cette surreprésentation féminine, qui s'observe également à Genève ou Berne, est due à une relative facilité d'accès aux carrières médicales en Russie pour les femmes¹⁶. Toutefois, leur présence fait débat, non seulement à Lausanne, mais dans l'ensemble de la Suisse. Une série d'articles et

15 *Idem*.

16 Natalia TIKHONOV, « Les étudiantes russes dans les universités suisses à la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle : les raisons d'un choix », in Anne-Lise HEAD-KÖNIG et Liliane MOTTUWEBER, *Les femmes dans la société européenne*, 8^e Congrès des historiennes suisses (= Cahiers de la Société d'histoire et d'archéologie), Genève, Droz, 2000, pp. 91-103.

d'opinions publiés dans la *Gazette de Lausanne* dès le début du 20^e siècle révèle les tensions. En 1903, le journal rapporte que les étudiants suisses de la Faculté de médecine ont fait circuler une pétition demandant « des mesures destinées à leur assurer de la place dans les auditoires et les laboratoires¹⁷ ». Cette requête vise surtout à restreindre l'accès aux études aux porteurs d'un diplôme ou d'un certificat étranger – principalement russe – dont la valeur s'avère difficile à évaluer :

Les journaux suisses qui se publient dans nos villes universitaires discutent tous de la question dite des Russes. [...] Tous admettent qu'il ne peut pas être question de leur fermer la porte de l'université pour le seul motif qu'ils sont russes. Mais tous aussi réclament qu'ils soient soumis à un contrôle plus strict [...] au point de vue d'un meilleur contrôle des titres scientifiques présentés pour l'immatriculation¹⁸.

Le cas d'une sage-femme russe autorisée à exercer dans le canton donnera lieu à une discussion au Conseil de santé en 1888. Si celle-ci, titulaire du diplôme suisse, travaille en toute légalité, un membre du Conseil suggère néanmoins « qu'à l'avenir on agisse avec plus de circonspection dans l'admission des élèves de la maternité; il s'agit en premier lieu de favoriser les personnes du pays¹⁹ ».

Pendant la Première Guerre mondiale le nombre d'étudiants et d'étudiantes russes chute à l'instar du nombre total d'étrangers vivant sur le sol helvétique. Paradoxalement cette évolution

17 « Étudiants en médecine », Brève signée F.-A. F., *Gazette de Lausanne*, 1^{er} mai 1903.

18 « Les Russes et nos universités », article signé Ed. S., *Gazette de Lausanne*, 31 janvier 1908.

19 ACV, K VIII b 6, Procès-verbal du Conseil de santé, séance du 28 janvier 1899.



Une volée d'étudiants et d'étudiantes à la Faculté de médecine de Lausanne, 1909 (les étudiantes, en majorité russes, forment près de 60% du total)
(Source et crédit: Musée de l'Élysée, Lausanne)

ne contribuera pas à apaiser le climat xénophobe palpable dans le pays²⁰.

La présence de personnes étrangères au sein du corps enseignant de l'*Alma mater* suscite également quelques mécontentements au point de

devenir un problème d'ordre politique. Durant la Première Guerre mondiale, la nationalité même des professeurs en vient à acquérir un caractère très conflictuel²¹. En 1915, un article publié dans la revue zurichoise de culture et de politique *Wissen*

.....
²⁰ Gérald ARLETTAZ, «La Suisse une terre d'accueil en question...», op. cit., p. 143.

.....
²¹ Voir François WISARD, *L'Université vaudoise d'une guerre à l'autre. Politique, finance, refuge*, Lausanne, Éditions Payot, 1998, p. 56.

und Leben fait état de l'importance numérique des étrangers et notamment des germaniques au sein du corps professoral des différentes universités suisses. Pour éviter la polémique, le chef du Service de l'enseignement supérieur décide de ne plus nommer de professeurs étrangers, du moins pendant la durée du conflit²². Ainsi, à la fin de la guerre, la candidature de Nicolas Popoff (1881–1959) au poste de professeur d'embryologie est écartée, bien que celui-ci ait suivi l'ensemble de sa formation supérieure à Lausanne²³. Au lendemain de la guerre, la question subsiste et une controverse éclate à l'occasion de la nomination du professeur de pathologie. Deux camps s'affrontent, l'un en faveur de la nomination de Max Askanazy (1865–1940)²⁴, dont les compétences supérieures ne sont niées par personne, et l'autre en faveur de Bélisaire Huguenin qui présente l'avantage d'être de nationalité suisse. Les partisans d'une préférence locale estiment nécessaire de favoriser la relève suisse. Au final, les autorités décident de nommer Max Askanazy, mais celui-ci décline finalement l'offre. C'est donc sur un troisième candidat, Christophe Saucin, jusque-là jamais mentionné, que se portera le choix du chef du Département²⁵.



Le professeur Nicolas Popoff, d'origine bulgare, nommé en 1931 à la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lausanne (Source et crédit: Musée historique de Lausanne)

LA LOI DE 1928 ET LA MISE EN PLACE D'UN CERTAIN PROTECTIONNISME

C'est durant l'Entre-deux-guerres qu'émerge la menace de la pléthore médicale. Difficile à définir, et, a fortiori, à mesurer, elle est néanmoins régulièrement brandie comme un péril par les associations de médecins. Cette volonté de protéger un marché

• • • • •
²² *Idem*, p 59.

²³ *Idem*, p. 60. Popoff sera toutefois nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine lausannoise en 1931.

²⁴ Askanazy avait été nommé en 1905 professeur de pathologie à l'Université de Genève, où il finira sa carrière.

²⁵ François WISARD, *L'Université vaudoise...*, op. cit., pp. 67–68.

national ne contraste pas avec les politiques protectionnistes qui essaient en Europe à cette période; de fait, elle en découle partiellement.

La loi sanitaire de 1928

En 1928, le Grand Conseil se penche sur la loi sanitaire qui encadre notamment l'exercice de la médecine:

La question est de savoir qui a le droit de pratiquer cet art infiniment délicat, cette science infiniment compliquée de guérir ou d'essayer de guérir ses semblables.

C'est d'emblée le titre qui apparaît comme l'unique moyen légitime de certifier des compétences qui doivent reposer sur un savoir scientifique:

En confiant l'art de guérir et ses annexes à des spécialistes, en distinguant ces spécialistes à l'aide du diplôme fédéral, notre loi n'innove pas, [...] elle répond à un besoin qui est celui de la sécurité et de la conservation; [...] et nul doute ne subsiste qu'elle ne s'imposera toujours mieux si la lutte contre les irréguliers de la médecine est poursuivie avec rigueur.

L'enjeu de cet article de loi n'est pas vraiment lié à l'éventuelle présence de médecins étrangers dans le canton; il s'agit surtout d'éliminer les pratiques dites populaires, celles des «meiges», charlatans, rebouteurs et autres exploités de tout crin», dont la loi fédérale de 1877 visait déjà explicitement l'élimination. L'article voté stipule donc que seules les personnes titulaires du diplôme fédéral sont habilitées à exercer la médecine. Le rapporteur précise que la commission a évoqué lors de ses travaux le cas des étrangers détenteurs du diplôme fédéral:

On a même émis en commission l'opinion qu'il était quelque peu vexant de voir de nombreux étrangers autorisés à pratiquer chez nous, dans l'une ou l'autre branche médicale, par le fait qu'ils étaient porteurs du diplôme fédéral; mais ça c'est une autre histoire qui regarde Berne²⁶.

Un article publié dans la *Gazette de Lausanne* résume bien la teneur des débats et la volonté du législateur:

Pour ce qui est de l'exercice des professions médicales [...] le projet s'est placé sur le terrain d'un nationalisme légitime. [...] Les études que les jeunes gens font dans les universités suisses sont excellentes, et le diplôme fédéral a en lui-même une grande valeur; d'autre part, le nombre de jeunes gens de notre pays qui s'adonnent aux études médicales est de plus en plus considérable, de sorte que le pays se suffit entièrement à lui-même et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à l'étranger²⁷.

De la même manière que la législation fédérale, la loi prévoit également que le Service sanitaire, sur préavis du Conseil de Santé et au vu des diplômes présentés, autorise certains étrangers à pratiquer si, «à la suite d'un examen subi dans un état étranger, [ils] ont obtenu un diplôme les autorisant sans aucune restriction à pratiquer dans le territoire de cet État pour autant que la réciprocité est stipulée dans un traité».

Comme nous l'avons vu, de tels traités sont extrêmement rares, et le député Charles Secretan ne manque pas de citer l'exposé des motifs, parfaitement clair à ce sujet:

Or en ces temps de protectionnisme à outrance, les pays qui offrent la réciprocité sont infiniment rares

.....
²⁶ Bulletin du Grand Conseil, séance du 15 mai 1928, pp. 259–261.

²⁷ «Projet de loi sur l'organisation sanitaire vaudoise», article non signé, *Gazette de Lausanne*, 10 mars 1928.

pour autant qu'il y en a et nos nationaux peuvent être tranquilles.

La réciprocité semble faire office de garde-fou, un garde-fou que personne, toutefois, ne souhaite utiliser.

L'absence d'une véritable politique de reconnaissance de diplômes étrangers induit un paradoxe. La volonté de protéger les médecins suisses prêterait également les Suisses diplômés à l'étranger qui souhaitent (re)venir s'établir en Suisse. Cet état de fait heurte certains députés qui souhaiteraient voir la législation assouplie pour ces cas de figure. Secretan estime par exemple « qu'il y a quelque chose à prévoir au point de vue national, au point de vue des Suisses qui sont à l'étranger ». L'atmosphère qui règne alors en Europe pousse le législateur à se préoccuper de cette question :

Nous avons à l'étranger un certain nombre de Suisses qui, [...] ont fait des études de médecine, de pharmacie, de vétérinaire et qui pratiquent dans ces États qui ne sont pas liés au nôtre par un traité de réciprocité. Et il est arrivé que ces États, avec le mouvement national aigu que nous subissons dans toute l'Europe, décrètent qu'un jour tel médecin de la faculté de Paris, ou tel dentiste d'une faculté allemande, ne pourra plus pratiquer à moins d'être un national [...]²⁸.

Ce paradoxe fait l'objet d'une discussion acharnée lors des débats du Grand Conseil sur les dispositions transitoires prévues pour régler les cas des praticiens qui seront privés de leur droit d'exercer lors de la mise en application de la nouvelle loi. Cette question concerne notamment les assistants-dentistes, puisque, pénurie oblige, beaucoup avaient été autorisés à exercer sous l'autorité d'un dentiste

• • • • •

28 Bulletin du Grand Conseil, séance du 16 mai 1928, p. 341.

sans pour autant être titulaires du diplôme fédéral. De plus, il s'avère que certains assistants-dentistes ou « mécaniciens-dentistes » exercent de manière indépendante, alors que la loi prévoit qu'ils soient supervisés par un médecin-dentiste. Les députés doivent donc décider à quelles conditions ces praticiens pourront continuer d'exercer leur profession. Les arguments avancés illustrent bien les enjeux économiques et sociaux autour desquels se cristallise la réglementation de l'exercice de certaines professions libérales. Lorsque le canton manquait de praticiens, les politiques de recrutement et de formation étaient plutôt incitatives :

Nos dentistes suffisaient donc à peine à leur tâche. Pour y satisfaire, ils s'adjoignirent en qualité d'assistants des étrangers, porteurs de diplôme, ou bien ils initièrent à leur profession ceux de leurs mécaniciens qui [...] avaient des aptitudes suffisantes [...]. C'est ainsi que, par la force même des circonstances et de par la volonté des dentistes porteurs du diplôme fédéral, des assistants étrangers, d'ailleurs porteurs de diplômes étrangers, ou de simple mécaniciens intelligents et travailleurs, furent appelés à collaborer avec leur maître²⁹.

Il importe à certains députés que des dispositions assouplissent la loi afin de ne pas mettre fin brutalement à des situations tolérées jusque-là. Ainsi, pour le député Henry Valloton-Warnery, il s'agit bien d'une question de justice :

Ces hommes ont pratiqué l'art dentaire depuis des années, certains depuis 20 ans à la satisfaction de tous. [...] Allons-nous leur retirer leur gagne-pain³⁰ ?

Ces arguments s'opposent à ceux avancés par les Sociétés de personnes diplômées qui, comme

• • • • •

29 Bulletin du Grand Conseil, séance du 22 mai 1928, p. 453.

30 *Idem*, p. 461.

l'explique le Conseiller d'État Norbert Bosset³¹, font pression sur le gouvernement pour qu'il légifère et, en définitive, qu'il réserve la pratique de l'art dentaire aux seuls porteurs d'un diplôme suisse. Comme pour les médecins, le problème des Suisses porteurs d'un diplôme étranger est particulièrement sensible. Ces cas sont évoqués par le député Chevalier:

Je n'ai pas besoin de rappeler un ou deux exemples typiques [...] de Suisses chassés d'autres pays, après y avoir fait des études, qui ont été expulsés parce que le nationalisme [...] les a forcé à rentrer chez nous où on les a autorisés à travailler³².

En clair, certains députés estiment nécessaire de protéger au mieux le droit de pratique des Suisses qu'ils détiennent un diplôme étranger ou non; une telle position, à l'évidence, se heurte au principe d'égalité.

La FMH et le Service fédéral de l'hygiène publique s'inquiètent

Au cours des années trente, la question des médecins étrangers se fait de plus en plus pressante pour la FMH ainsi que pour le Service fédéral d'hygiène publique. Celui-ci, inquiet d'un éventuel afflux de médecins en Suisse à la suite des mesures protectionnistes prises dans les pays voisins, écrit en 1933 au Service sanitaire cantonal:

Le Conseil fédéral examine, en effet, la question de savoir si, en présence de cette situation, il y aurait lieu pour lui de prendre des mesures en vue de la protection de nos nationaux. Les communications reçues de nos

universités et de certains gymnases semblent en effet montrer que nous sommes menacés, étant donné les circonstances qui existent actuellement dans certains États, par une véritable invasion d'étudiants étrangers qui chercheront un jour ou l'autre à obtenir le droit d'exercer la médecine en Suisse³³.

De son côté, la FMH mène également chaque année une enquête auprès des différents services sanitaires cantonaux afin d'établir le nombre d'étrangers exerçant sur le territoire³⁴. Selon les chiffres fournis pour l'année 1934 par le Service sanitaire cantonal, 417 médecins pratiquent dans le canton. Six d'entre eux sont des étrangers, parmi lesquels on compte deux femmes³⁵. La mise en place d'une politique de recueil de données statistiques témoigne de la volonté d'évaluer plus précisément les flux migratoires et leur incidence sur le marché du travail. L'Office central de police des étrangers entend établir des données précises sur les mouvements de personnes en se fondant largement sur la structure professionnelle de l'immigration³⁶.

De fait, la FMH intervient elle-même directement dans les processus d'octroi des autorisations de travail:

Les cas à régler par les autorités fédérales concernant l'entrée en Suisse, le permis de séjour et de travail de médecins étrangers, sont toujours soumis à la Fédération des médecins suisses par la Police fédérale des étrangers et l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail.

.....
33 ACV, K VIII f 251, Lettre du Service fédéral d'hygiène au chef du Département de l'intérieur, 25 juillet 1933.

34 ACV, K VIII f 254, Correspondance entre le Secrétariat général de l'Association des médecins suisses et la direction de l'hygiène du canton de Vaud.

35 *Idem*.

36 Voir Gérald et Silvia ARLETTAZ, *La Suisse et les étrangers*, op. cit., p. 114.

31 *Idem*, p. 464.

32 Bulletin du Grand Conseil, séance du 3 septembre 1928, p. 877.

Ainsi, l'administration fédérale délivre des autorisations de pratiquer la médecine sur préavis de la FMH. Cet état de fait témoigne de l'influence de cette dernière sur la politique migratoire. Elle a le pouvoir de réguler la migration des médecins. Pour ce faire, le secrétariat général suit deux directives :

1. *Établissement de médecins étrangers en Suisse.* Nous nous y opposons par principe. 2. *Entrée en Suisse de médecins étrangers désireux d'occuper des postes d'assistant ou de remplaçant; octroi du permis de travail et prolongation des permis de séjour et de travail de médecins étrangers se trouvant déjà en Suisse.* [...] donner suite aux demandes reçues seulement lorsqu'il aura été prouvé que tous les efforts faits pour engager des médecins suisses sont restés sans effet.

Aux yeux de la FMH, cette politique restrictive se justifie d'autant plus « qu'un nombre considérable de places d'assistants payées et non payées sont actuellement occupées par des étrangers, mais en raison aussi de l'affluence naissante de professeurs étrangers qui, une fois en Suisse, ne limiteront pas leur activité à l'enseignement, mais en viendront sans aucun doute à déployer également une activité pratique ».

Une fois de plus, ce sont les politiques protectionnistes mises en place ailleurs en Europe qui justifient à ses yeux de telles directives :

Il incombe à l'organisation médicale de réserver aux médecins suisses le champ du travail indigène, toute possibilité d'activité leur étant presque entièrement fermée en dehors de notre pays³⁷.

C'est notamment le cas lors d'une affaire qui oppose la Société médicale valaisanne au Conseil d'État de ce canton, lequel a délivré une autorisation de pratiquer à un médecin australien vivant à Montana et non porteur du diplôme fédéral. Le recours ira jusqu'au tribunal fédéral qui donnera raison à l'autorité cantonale. Un article du *Bulletin des médecins suisses* dénonce le jugement rendu par la plus haute cour du pays, tout en expliquant le contexte de l'affaire: le médecin australien a bénéficié du soutien de la clientèle anglo-saxonne de Montana ainsi que des commerçants et autres acteurs du secteur touristique. La venue de ce médecin est donc évidemment perçue comme bénéfique pour l'industrie touristique cantonale, largement tributaire de la clientèle anglo-saxonne. Les intérêts du secteur touristique se heurtent donc ici aux intérêts des médecins, ce que note bien la FMH :

Une grave infraction au droit usuel, coutumier et général de pratiquer [...] est faite en faveur d'étrangers [...] avec la complicité des commerçants valaisans, escomptant de cette infraction un développement réjouissant de leurs affaires, et sans avoir cure le moins du monde des intérêts des médecins suisses³⁸.

Du moment que l'argument économique ne sert plus la cause du protectionnisme médical, la FMH s'appuie sur des arguments culturels. Usant d'une rhétorique identitaire, elle insiste sur la singularité des médecins suisses :

Est-il si sûr que cela, en effet, que lorsque nous aurons «anglosaxisé» nos stations climatiques, en y supprimant nos propres médecins avec tout ce qui a pu les faire apprécier, en constituer l'originalité suisse, nous

• • • • •
³⁷ «L'examen des demandes de médecins étrangers pour l'obtention du permis de travail», Article non signé, *Bulletin des médecins suisses*, 15, 1934, pp. 465-466.

• • • • •
³⁸ Henry LADAME, «Une infraction au droit coutumier suisse de pratiquer. Ses conséquences, son épilogue nécessaire», *Bulletin des médecins suisses*, 11, 1930, p. 438.

n'aurons pas vendu notre âme pour un plat de lentilles, c'est-à-dire troqué des biens moraux inestimables, [...] la dignité nationale, le sentiment légitime de notre valeur personnelle, pour des avantages tangibles, apparents, mais en réalité illusoire et chimériques?

L'argument économique n'est dès lors louable que s'il est utilisé en faveur des médecins suisses. Et l'auteur de l'article de plaider en faveur d'une constitution qui rendrait le diplôme fédéral obligatoire pour pratiquer, une loi claire qui selon l'auteur aurait l'avantage de ne plus « abandonner aux cantons le soin de fixer les conditions d'application du droit de pratiquer³⁹ ». Certains médecins suisses, déjà relativement influents lorsqu'il s'agit de régir leur secteur d'activité, entendent bien se prémunir contre les décisions politiques qui pourraient nuire à la sauvegarde de leurs intérêts. La possibilité d'une association avec d'autres professions libérales est également évoquée. C'est bien la défense d'un secteur économique, voire d'une situation professionnelle qui est poursuivie, dans un contexte où le durcissement net de la FMH reflète la crispation nationaliste générale des États européens.

Les procédures vaudoises: l'influence du Conseil de santé et de la Société des médecins vaudois

Les archives du Service sanitaire cantonal vaudois contiennent la correspondance échangée au sujet des autorisations de pratiquer. Cette correspondance rend compte des procédures administratives dont relèvent les autorisations de pratiquer. Il est difficile de savoir si les lettres consultées contenues

dans ces fonds constituent un corpus complet, et une analyse statistique des autorisations apparaît donc peu pertinente. Nous nous en tiendrons à l'examen des autorités consultées et des arguments invoqués pour justifier ces décisions.

En règle générale, c'est le Département de justice et police qui demande au Service sanitaire cantonal le préavis du Conseil de santé et des hospices, lorsqu'un médecin souhaite obtenir une autorisation de séjour. Ce Conseil est né en 1885 de la fusion du premier Conseil de santé instauré au début du siècle et de la commission des hospices. Composé du chef du Département de l'intérieur, du chef du Service sanitaire cantonal, de quatre membres dont un médecin pris en dehors de l'administration, ainsi que du vétérinaire cantonal⁴⁰, il « s'occupe aussi bien du contrôle de l'exercice de la médecine dans le canton, que des problèmes de santé publique (épidémies, salubrité), de la prise en charge des tuberculeux ou de la gestion des établissements hospitaliers publics⁴¹ ».

En outre, la loi sur l'organisation sanitaire de 1928 prévoit que le Conseil des hospices donne son préavis au Conseil d'État en ce qui concerne les autorisations de pratiquer la médecine⁴². Un certain nombre de ces demandes concernent des étrangers amenés à travailler comme assistants dans des sanatoriums. En 1935, par exemple, le chef du Service sanitaire informe le Département de justice et police qu'il a répondu favorablement à la

.....
⁴⁰ Loi sur l'organisation sanitaire de 1928, article 6.

⁴¹ Pierre-Yves DONZÉ, *L'ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)*, Lausanne, Éditions BHMS, 2007, p. 231.

⁴² Loi sur l'organisation sanitaire de 1928, dispositions générales, article 34.

.....
³⁹ *Idem*, p. 439.

demande d'un médecin palestinien, B., souhaitant travailler comme médecin assistant au Sanatorium du « Chamossaire » à Leysin. La lettre précise que cette décision fait suite au préavis favorable du Conseil de santé, lequel avait estimé que « si jusqu'à maintenant, la station n'a jamais trouvé d'assistant suisse, porteur du diplôme fédéral de médecin pour faire un remplacement à Leysin, c'est que les conditions auxquelles sont engagés les assistants ne sont pas suffisantes⁴³ ».

De fait, l'engagement de médecins étrangers dans les sanatoriums d'altitude ne constitue pas une exception. La situation géographique reculée et les conditions salariales découragent souvent les candidats nationaux.

Au cours des années trente la politique menée par le Conseil de santé et des hospices est extrêmement restrictive, et il n'est pas rare que les décisions soient motivées, à l'interne, par des arguments antisémites. Le docteur Otto Loewenstein (1889-1965) fait les frais de cette politique. Né en 1889 en Allemagne, il est formé à Bonn et se spécialise en psychiatrie et psychologie expérimentale. Il quitte l'Allemagne en 1933 pour échapper aux persécutions nazies et gagne la Suisse. Il exerce alors à la clinique de la Métairie à Nyon et sa réputation s'étend bien au-delà de la petite ville qu'il habite. En 1935, le Conseil de santé est amené à se prononcer une première fois sur ce cas, au moment où la Police fédérale des étrangers décide de ne pas renouveler son permis de séjour. Marc Guillerey, alors médecin directeur de la clinique de la Métairie, fait recours contre cette décision auprès des autorités fédérales.

• • • • •

43 ACV, K VIII f 256, Minute de lettre du chef du Service sanitaire cantonal au Département de justice et police, 9 février 1935.

Il joint à son recours une lettre écrite par François Naville, professeur de médecine légale à l'Université de Genève. Dans le même temps, il envoie également cette même lettre au Service sanitaire cantonal afin que celui-ci donne un préavis favorable capable d'influencer la décision rendue par Berne. Conscient des enjeux politiques motivant ces décisions, Naville commence par préciser que la présence du D^r Loewenstein sur le territoire ne se fait pas au détriment d'autres médecins suisses :

Au moment où le professeur Loewenstein est arrivé en Suisse, j'avais en vain cherché à Genève et fait chercher dans d'autres cantons suisses, des médecins psychiatres qualifiés pour aider le médecin directeur de la Métairie. Je n'avais pas trouvé de candidat et ultérieurement mes recherches dans ce sens sont restées négatives⁴⁴.

Naville insiste également sur les compétences indéniables du docteur allemand et sur l'apport scientifique et clinique que représente sa présence en Suisse. En bref, « par sa double spécialisation, l'activité du prof. Loewenstein ne fait concurrence à personne en Suisse. Par contre, grâce à ces connaissances reconnues par le monde savant, il a été possible de créer et de faire fonctionner un institut de diagnostic et de traitement des anomalies mentales de l'enfance, et un institut expérimental pour le dépistage des troubles organiques dans toute espèce de maladies nerveuses de cause complexe⁴⁵ ».

Malgré cette lettre élogieuse, le Conseil préfère ne pas donner de préavis, argumentant que cette affaire relève des autorités fédérales. Nous

• • • • •

44 ACV, K VIII f 256, Lettre du Professeur Naville à M. le D^r Guilleret, médecin directeur de la Métairie et par lui au Conseil de santé du canton de Vaud et aux autorités fédérales, 9 janvier 1935.

45 *Idem*.

ne disposons pas du procès verbal de la séance du Conseil lors de laquelle cette question a été discutée. Toutefois, une consultation a souvent lieu par écrit avant la séance, ce qui permet de se faire une idée des opinions de ses membres, consignées sur un bulletin. Globalement, les membres du Conseil s'étonnent qu'aucune candidature suisse ne corresponde au poste et estiment n'avoir aucune raison de donner un préavis dans un sens ou dans l'autre⁴⁶. Le Service sanitaire cantonal s'abstient donc de soutenir le recours engagé par la Métairie. Il semble pourtant que la Police fédérale des étrangers soit obligée de revenir sur sa décision puisque le cas de Loewenstein est à nouveau évoqué dans les archives du Service sanitaire cantonal quatre années plus tard.

Cette fois, c'est le Département de justice et police du canton de Vaud qui demande au Département de l'intérieur de consulter le Conseil de santé et des hospices au sujet de la prolongation du titre de séjour du psychiatre. Ce dernier rend un préavis négatif et, une fois encore, le bulletin de consultation rend compte de la nature des arguments invoqués. Un des membres du Conseil demande ironiquement :

Loewenstein est protestant, pourquoi a-t-il quitté l'Allemagne⁴⁷ ?

En dépit de cette remarque ironique sur l'origine juive du psychiatre, le Conseil justifie son refus « du

point de vue médical⁴⁸ ». Manifestement, la renommée et les compétences du médecin ne suffisent pas à convaincre. Le psychiatre et sa famille quittent la Suisse et partent s'installer aux États-Unis.

D'une manière générale, l'engagement de médecins juifs s'avère problématique pour un certain nombre de médecins ou membres du Conseil de santé. En 1938, lorsque le docteur Felix Georgi, directeur de la clinique de Bellevue, fait une demande pour engager un médecin allemand et juif, un membre du Conseil de santé fait remarquer lors de la consultation préliminaire :

Avant de prendre une décision, il serait intéressant de connaître les différentes offres par M. le dr. Georgi. Je ne peux, en effet, admettre que l'on nous impose, sans autre, un allemand israélite⁴⁹.

Le Conseil, sensible aux difficultés de recrutement que rencontre le directeur de la clinique Bellevue, décide finalement de délivrer une autorisation de pratiquer, mais il est précisé que celle-ci ne sera valable qu'une année et sera non renouvelable⁵⁰. Lorsque le directeur du Sanatorium neuchâtelois à Leysin demande, quant à lui, d'engager un médecin belge, il justifie sa démarche en expliquant :

En général, on reçoit des offres de Juifs allemands, pour lesquels je n'ai personnellement aucune sympathie et qui ont une mentalité trop différente pour être acceptée facilement par nos malades⁵¹.

.....
⁴⁶ ACV, K VIII f 256, Bulletin de consultation auprès des membres du Conseil de santé du 18 janvier 1935.

⁴⁷ ACV, K VIII f 259, Bulletin de consultation auprès des membres du Conseil de santé, mai 1939.

.....
⁴⁸ ACV, K VIII f 259, Minute de lettre du chef du Département de l'intérieur au Département de justice et police, 27 mai 1939.

⁴⁹ ACV, K VIII f 258, Bulletin de consultation auprès des membres du Conseil de santé du 11 février 1938.

⁵⁰ *Idem*.

⁵¹ ACV, K VIII f 258, Lettre du directeur du Sanatorium de Leysin au chef du Département de l'intérieur, 19 avril 1937.

Cette propension à l'antisémitisme n'est évidemment pas l'exception dans la Suisse des années trente. Elle s'accompagne d'ailleurs d'une méfiance générale à l'égard des Allemands. En 1935, un membre du Conseil de santé commente l'éventuelle nomination d'un médecin germanique aux Rives de Prangins en ces termes :

Il est de notre devoir de ne pas favoriser une invasion germanique au point de vue médical⁵².

Si les médecins contestent rarement la supériorité scientifique allemande dans le domaine médical, leur présence n'en est pas pour autant souhaitée. Quoi qu'il en soit, le domaine médical semble être l'objet des mêmes enjeux que les autres secteurs d'activité économique. Au lendemain de la Première Guerre mondiale, le marché du travail apparaît comme un bien national qu'il est nécessaire de protéger et de « réserver en priorité aux Suisses⁵³ ». L'idée de marché national participe de la construction identitaire de la Suisse des années trente, marquée par la peur de l'*Überfremdung* :

Dans tous les domaines de la vie, le critère de nationalité acquiert sa pertinence ; la frontière entre étrangers et nationaux se creuse⁵⁴.

Le Conseil de santé et des hospices est également amené à se prononcer sur un certain nombre de cas de médecins suisses, diplômés à l'étranger qui reviennent en raison des lois restreignant le droit de pratique. En 1938 par exemple, le docteur

• • • • •
52 ACV, K VIII f 265, Bulletin de consultation auprès des membres du Conseil de santé du 29 juillet 1935.

53 Gérald et Silvia ARLETTAZ, *La Suisse et les étrangers*, op. cit., p. 113.

54 *Idem*, p. 123.

Max Nadoleczny, de nationalité suisse – mais non porteur du diplôme fédéral – et vivant à Munich, demande l'autorisation d'exercer dans le canton ; il semble ne pas représenter une menace objective pour les médecins déjà établis, puisque sa spécialité, les maladies de la voix et du langage, n'est selon ses dires pas représentée en Suisse romande. Par ailleurs, il assure ne pas être capable d'avoir une grande clientèle étant donné son âge avancé⁵⁵. Sur demande du chef du Service sanitaire cantonal, la commission des intérêts professionnels de la Société vaudoise de médecine⁵⁶ est consultée. Sa réponse éclaire les tiraillements qui agitent l'association professionnelle au sujet des médecins et diplômés étrangers :

En principe, la Société vaudoise de médecine est opposée à l'octroi d'une autorisation de pratiquer la médecine à des médecins non porteurs du diplôme fédéral. Déroger à cette règle constituerait un dangereux précédent⁵⁷.

Toutefois, cette position claire se heurte à l'environnement de venir en aide aux compatriotes victimes du contexte politique. La commission souligne qu'il s'agit bien d'une question d'ordre général qui

• • • • •
55 ACV KVIII f 260, Lettre du docteur Max Nadoleczny au Conseil d'État du canton de Vaud, 7 février 1939.

56 On ignore sur quelles bases les autorités décident de consulter ou non la Société vaudoise de médecine. À partir de la fin des années trente, il semble que la Société soit presque systématiquement consultée lorsque le Conseil de santé doit se prononcer sur des autorisations de pratiquer de médecins étrangers alors que ce n'était pas le cas jusque-là. S'il est difficile de savoir ce qui a prévalu à ce changement de pratique, il est certain toutefois qu'il témoigne de l'influence exercée par les Sociétés médicales sur les procédures.

57 ACV KVIII f 260, Lettre de la commission des intérêts professionnels au chef du Service sanitaire cantonal, 24 février 1939.

dépasse le simple cas de Nadoleczny. Elle estime qu'il y aurait lieu d'assouplir les règles qui prévalent aux autorisations de pratiquer au vu du contexte particulier :

Autant l'on doit se montrer intransigeant à l'égard des réfugiés *étrangers* qui voudraient s'établir chez nous ; autant devrait-on, à notre avis, s'efforcer de faciliter aux médecins *suisses* le retour dans leur pays d'origine⁵⁸.

Lors de l'élaboration de la loi sur l'organisation sanitaire de 1928, les médecins suisses diplômés de l'étranger ne représentaient que quelques cas au sujet desquels il ne semblait pas nécessaire de légiférer précisément. Au cours des années trente, la situation a évolué. Des lois protectionnistes, notamment en ce qui concerne l'exercice de la médecine, ont été progressivement promulguées dans les pays voisins. Il importe donc, selon la Société de médecine de « venir rapidement en aide aux Suisses, médecins non porteurs du diplôme fédéral, qui ont perdu leur situation à l'étranger et de trouver une solution qui rende possible leur établissement dans les conditions exigées par les lois cantonales⁵⁹ ».

La commission précise que de telles mesures avaient été prises à la fin des années dix, lorsqu'une vague de médecins suisses établis en Russie avaient regagné le pays. Le retour de médecins nationaux privés de leur droit de pratique n'est plus, aux yeux de la Société vaudoise de médecine, un phénomène qu'il faut traiter au cas par cas, mais bien une véritable question d'ordre professionnel dont les autorités doivent se saisir. Finalement, Nadoleczny sera autorisé à pratiquer comme assistant, sous la

direction d'un médecin porteur du diplôme fédéral à la condition qu'un titre de séjour lui soit délivré⁶⁰. La loi de 1928 prévoit explicitement que les titulaires d'un diplôme étranger ne peuvent pratiquer qu'en tant qu'assistants. Il semble dès lors difficile pour les autorités de faire preuve de souplesse, même si elles le désirent quand il s'agit de médecins suisses.

Dans le canton de Vaud, c'est donc d'une part à travers le Conseil de santé et des hospices, d'autre part par la Société vaudoise de médecine que s'exprime la tendance corporatiste et patriotique régnant au sein de la profession : une tendance qui se traduit par la volonté de limiter le nombre de médecins étrangers désireux de travailler en Suisse, mais également par une attention particulière à leurs conditions d'engagement. Les sociétés de médecins ne manquent pas de dénoncer le recours à des médecins étrangers à moindre coût pour des places que les médecins suisses ne veulent pas occuper. Cette analyse discutée au comité central de la FMH est relayée en 1938 par le *Bulletin des médecins suisses* :

L'impossibilité de trouver des médecins suisses pour certains postes déterminés provient très fréquemment de ce que les conditions et les appointements offerts sont inacceptables. Nous ne pouvons tolérer que là où les crédits nécessaires pour un poste indispensable ne sont pas accordés par les autorités, on se contente de résoudre la question en recourant à des médecins étrangers prêts à travailler à n'importe quelles conditions et en augmentant de ce fait la pléthore médicale, de plus en plus inquiétante⁶¹.

58 Idem. Souligné dans le texte original.

59 Idem.

60 ACV KVIII f 260, Minute de lettre du chef du Département de l'intérieur au Consulat général de Suisse à Munich, 24 mars 1939.

61 « Extraits du procès-verbal de la séance du Comité central des 2-3 juillet 1938 », *Bulletin des médecins suisses*, 19, 1938, p. 372.

Il est difficile d'évaluer le bien-fondé de cette analyse. La pléthore reste une notion difficile à évaluer; par ailleurs, le nombre de médecins diffère énormément d'une spécialité à l'autre, et leur empressement à se porter candidat à des postes dépend largement des conditions de travail. Globalement, on estime qu'entre 1880 et 1920, le nombre d'habitants par médecin chute en moyenne de 2,7% par année⁶². Quoi qu'il en soit, le sentiment de pléthore n'est pas partagé par l'ensemble du corps médical. En psychiatrie par exemple, où le personnel manque, les médecins responsables regrettent les difficultés rencontrées par les médecins étrangers désireux de s'installer en Suisse:

Les plaintes de la Fédération des Médecins Suisses, et plus encore celles des médecins assistants [...] nous paraissent, à nous autres psychiatres, un peu amèrement comiques: nous voyons, en effet, cette Fédération qui est censée nous représenter aussi, préavisser constamment auprès des Autorités Fédérales pour empêcher que des médecins étrangers ne prennent dans nos asiles les places dont les médecins suisses *ne veulent absolument pas*⁶³.

Tous les domaines de la médecine ne sont donc pas égaux face à la « concurrence étrangère ».

MÉDECINS RÉFUGIÉS

L'histoire des camps d'internés en Suisse a déjà fait l'objet de travaux importants. En revanche, le sort des médecins étrangers, travaillant ou non dans les camps, est plutôt mal connu. Or, un certain nombre

62 Pierre-Yves DONZÉ, *L'ombre de César*, op. cit., p. 73.

63 André RÉPOND, « Un paradoxe: Surabondance et manque de médecins », *Bulletin des médecins suisses*, 20, 1939, p. 16. En italique dans le texte original.

d'internés sont médecins ou étudiants en médecine. Le Service sanitaire cantonal reçoit en général deux types de demandes concernant les médecins internés: ceux-ci souhaitent soit exercer dans les camps, soit suivre des cours à l'Université.

La politique menée par le Service, sous l'égide du Conseil de santé et des hospices, se durcit dès 1943, au point que les demandes sont presque systématiquement refusées, du moins celles des médecins juifs. Cette politique résulte de la décision du Conseil, prise conjointement avec la Société vaudoise de médecine, de ne pas autoriser les réfugiés juifs à exercer dans le canton⁶⁴. L'autorité cantonale ne cache pas ses craintes, au vu de la situation en Europe, de ne jamais voir repartir ces migrants. C'est ce motif qui justifie en 1943 le refus du Conseil de voir un ressortissant français poursuivre ses études de médecine à Lausanne. Celui-ci estime que, « suivant l'évolution des événements, certains de ces étrangers ne pourront probablement pas retourner dans leur pays. À ce moment-là, ils demanderont fatalement l'autorisation de pratiquer leur profession dans notre Canton. Comme l'Université leur délivre des certificats ou diplômes, nous nous trouverons dans l'obligation d'accorder des autorisations de travail, ce qui ne manquera pas de nous mettre dans une situation désagréable après la guerre⁶⁵ ».

La position du Conseil au sujet des étudiants étrangers n'est pas du tout du goût de l'Université, bien plus accueillante vis-à-vis des étudiants étrangers que les autorités cantonales et fédérales. En 1940, plus de cent étudiants juifs américains sont

64 Pierre-Yves DONZÉ, *L'ombre de César*, op. cit., p. 74.

65 ACV, K VIII f 101, Lettre du Service sanitaire cantonal à l'Office cantonal du contrôle des habitants, 20 décembre 1943.

autorisés à s'immatriculer en médecine, non sans que cette décision fasse du bruit⁶⁶. Et en 1943, le Service sanitaire s'inquiète des mesures prises en Italie à l'encontre des médecins juifs qui se voient retirer la possibilité d'exercer et demande à l'Université s'il n'y a pas lieu de limiter leur présence en son sein, de peur que, privés de débouchés dans leur pays, ceux-ci choisissent de rester. L'Université défend sa politique égalitariste: les dix-neuf étudiants italiens inscrits en médecine « donnent satisfaction et leur comportement dans le pays, comme à l'Université est irréprochable. Quant à leur état d'israélites, nous ne nous en occupons pas, et la Police fédérale est plus à même que nous de le préciser. À la Faculté de médecine, nous nous plaçons au-dessus des partis, des nationalités et des contingences de race⁶⁷ ».

La politique d'accueil menée par l'Université s'inscrit en porte-à-faux avec la méfiance dont font preuve Berne, le canton et les associations de médecins. D'ailleurs, les autorités académiques voient d'un très mauvais œil l'incursion du Conseil de santé et des hospices dans les procédures d'admission des étudiants de la Faculté de médecine. Le recteur fait part de la position des autorités universitaires au chef du Département de l'instruction publique et des cultes dans une lettre qu'il lui adresse en 1943 :

Le Service sanitaire entend limiter le nombre d'étudiants en médecine, singulièrement celui des étudiants

.....
 66 François WISARD, *L'Université vaudoise d'une guerre à l'autre*, op. cit., p. 412.

67 Archives de l'Université de Lausanne, 2.4.3.1, Internés italiens, Lettre du doyen de la Faculté de médecine, Placide Nicod, au Recteur de l'Université Roger Secrétan, 27 mars 1943. Les chiffres indiqués font référence au plan d'archivage de la Faculté de médecine daté du 24 avril 2008.

étrangers et plus particulièrement celui des étudiants israélites. Ce contrôle-là, l'université ne saurait l'admettre.

Le recteur souligne que cette mesure est proprement illégale, rien ne justifie qu'un service cantonal autre que l'Université ne statue sur les conditions d'immatriculation dans l'établissement. Par ailleurs, il fait remarquer que le nombre total d'étrangers est plutôt faible. Ainsi, la Faculté de médecine ne compte que 76 étudiants étrangers (21%) alors qu'en 1906 ils étaient 396, soit 84%. Enfin, il rappelle que même si ces étudiants achèvent leurs études dans le pays, ils n'obtiennent pour ainsi dire jamais d'autorisation d'exercer et ne constituent pas une menace pour les diplômés nationaux. Le recteur demande par conséquent « que le Service sanitaire renonce à intervenir dans les autorisations d'études demandées par des étrangers, et que soient soumis à un nouvel examen tous les cas où la décision a été prise sur la base d'un préavis du Service sanitaire contraire à celui de l'Université⁶⁸ ».

L'Université n'hésite pas également à intervenir directement auprès de l'Office cantonal du contrôle des habitants pour commenter les décisions rendues par le Conseil de santé et des hospices :

Une fois de plus, je me permets de vous faire remarquer que, si le Conseil de santé donne un préavis négatif dans la crainte de voir ce jeune homme prendre dans les services hospitaliers de l'État une place qui reviendrait normalement à un Suisse, il sort nettement de ses compétences et commet un abus de pouvoir⁶⁹.

.....

68 ACV, K VIII b 213/10, Lettre du recteur de l'Université de Lausanne au chef du Département de l'instruction publique et des cultes, 25 novembre 1943.

69 ACV, K VIII b 213/10, Lettre du chancelier de l'Université de Lausanne à l'Office cantonal de contrôle des habitants et de police des étrangers, 22 novembre 1943.

Malheureusement, nous ignorons quelle suite a été donnée à ces courriers. Toutefois, on constate que le Conseil continuera de se prononcer sur les autorisations et, comme nous le verrons ci-après, demandera également d'être consulté lors de demandes de naturalisation de médecins.

À la fin de la guerre les demandes sont en augmentation, du moins selon le Service sanitaire cantonal qui, soucieux de favoriser les nationaux, demande aux autorités universitaires une liste des diplômés suisses à qui il entend proposer en premier les places disponibles. Globalement, lorsque le Service sanitaire consent à délivrer une autorisation d'exercer à un médecin étranger, c'est à titre gratuit, sous la direction d'un médecin suisse et pour une durée limitée.

Médecine dans les camps et médecins internés

La pratique de la médecine dans les camps est souvent laissée aux internés eux-mêmes. S'ils peuvent, à cet effet, recevoir des autorisations de pratiquer celles-ci sont strictement encadrées. Les soins doivent être donnés uniquement dans les camps de travail et les centres d'accueil, aux habitants de ces camps et uniquement aux indigents. Enfin, il doit impérativement s'agir de soins de première nécessité. Le canton prend soin de veiller à la stricte application de la loi et n'hésite pas à engager des procédures s'il soupçonne des cas irréguliers. En 1944, le docteur H. W. fait l'objet d'une enquête pour pratique illégale de la médecine dentaire dans un camp. Le chef du Service sanitaire cantonal est alerté par la Société vaudoise des médecins-dentistes «qu'un Monsieur B., interné au camp du

Château de Mon-choisi, à la Rosiaz, a été l'objet de la part du dentiste d'une pose de couronne, ce qui est contraire à l'esprit des autorisations données aux praticiens internés dans l'exercice de l'art dentaire. Pour mémoire, seuls les soins d'urgence leur sont autorisés⁷⁰».

Le chef du Service sanitaire prie l'Office cantonal de contrôle des habitants et de police des étrangers de procéder à une enquête. Lors de la procédure, le dentiste incriminé et son patient sont entendus. Le dentiste explique travailler dans ce camp depuis un an et demi et affirme que c'est la seule couronne qu'il a posé depuis lors. Par ailleurs, il relève que cette intervention, qui se pratique régulièrement dans les camps, était urgente⁷¹. Finalement, après consultation d'un avocat, le Service sanitaire renonce à poursuivre le praticien pour exercice illégal de la médecine.

Environ septante médecins réfugiés travaillent dans des camps en 1944. Leur activité se limite aux cas les plus simples puisque toutes les interventions complexes «sont traitées à l'hôpital ou par un médecin suisse⁷²». À l'approche de la fin des hostilités, le professeur Alfredo Vannotti, directeur de la policlinique médicale, demande l'autorisation qu'un médecin réfugié italien assiste à ces cours et le suive lors de certaines de ses consultations. Il sollicite également l'autorisation pour un médecin interné, déjà autorisé à enseigner aux réfugiés italiens, de présenter des malades de la policlinique lors d'un cours qu'il donne aux étudiants réfugiés

• • • • •
⁷⁰ ACV, K VIII f 264, Lettre de la Société vaudoise des médecins-dentistes au chef du Service sanitaire cantonal, 22 avril 1944.

⁷¹ ACV, K VIII f 264, Procès-verbal d'audition de W., 12 août 1944.

⁷² ACV, K VIII f 264, Lettre de la direction générale des camps de travail à la Police cantonale des étrangers, 29 mars 1944.

italiens. Il est précisé que les malades seraient sélectionnés sur une base volontaire. Peut-être en raison du caractère spécifique de la polyclinique, le Département de l'intérieur ne formule aucune objection à ces demandes.

Ce type d'initiatives voit également le jour à l'initiative du Secrétariat pour médecins réfugiés⁷³. Ce dernier entend mettre en place un programme de formation pour médecins réfugiés exerçant dans les camps, afin de favoriser leur retour à la vie civile :

Beaucoup de ces hôtes involontaires ont perdu le contact avec leur profession et n'ont pu suivre les progrès faits par la médecine ces dernières années. Il serait donc souhaitable que ces médecins puissent rafraîchir ou compléter leurs connaissances afin d'être à même de reprendre immédiatement leur activité professionnelle à l'étranger. Le départ de ces réfugiés est proche; il y est activement travaillé⁷⁴.

L'action envisagée consiste donc à placer des médecins réfugiés dans des établissements hospitaliers publics étant précisé que ces médecins « ne seront pas considérés comme des assistants et leur admission ne devra pas entraîner le départ d'un médecin ou assistant suisse⁷⁵ ». Le placement ne devrait en outre pas excéder trois mois. Dans une lettre que la direction centrale des camps de travail adresse à la Police cantonale des étrangers, il est précisé qu'« aucune prolongation de séjour ne serait accordée et qu'en aucun cas les internés ne pourraient rester dans une des cliniques comme assistants volontaires. Ce cours n'a que le but exclusif d'apporter une aide au Service médical des homes

et des camps et de donner à ces internés une chance de réussite après la guerre. Ce ne sera en aucun cas une raison de séjour définitif en ville⁷⁶ ».

En dépit de ces précautions, il semble que cette initiative n'ait pas été particulièrement bien accueillie par le Service sanitaire cantonal. La demande est finalement revue à la baisse, et les médecins internés auront juste la possibilité de suivre certains cours universitaires en tant qu'auditeurs, sans avoir aucun contact avec des malades cette fois⁷⁷.

Malgré ces initiatives, la Suisse, à l'instar de ses voisins européens, opte pendant la guerre pour une politique d'accueil des travailleurs étrangers relativement dure. La France de Vichy, par exemple, promulgue en 1940 une loi interdisant aux étrangers l'exercice de la médecine⁷⁸. Dans le canton de Vaud, bien qu'aucune décision de nature législative ne motive cette politique, la situation est semblable : les médecins juifs se voient empêchés d'exercer leur profession. Ni les instances politiques, ni les médecins siégeant dans des organes étatiques ou membres du comité de la Société vaudoise de médecine ne s'opposent à cette position qu'on justifie aisément en invoquant la pléthore médicale. Il n'est pas étonnant de constater que cet arrangement prend plus particulièrement pour cible les médecins juifs qui font les frais d'un réflexe de défense national, protectionniste et corporatiste teinté de xénophobie et d'antisémitisme.

73 Organe dépendant de l'Office central d'aide aux réfugiés.

74 ACV, K VIII f 264, Lettre du secrétariat des médecins réfugiés au directeur du Service sanitaire cantonal, 6 septembre 1945.

75 *Idem*.

76 ACV, K VIII f 264, Lettre de la direction générale des camps de travail à la Police cantonale des étrangers, 29 mars 1944.

77 ACV, K VIII f 264, Lettre du doyen de la Faculté de médecine au chef du Service sanitaire cantonal, 13 mai 1944.

78 Henri NAHUM, « L'éviction des médecins juifs dans la France de Vichy », Archives juives, 41, 2008, pp. 41-58.

L'APRÈS-GUERRE

L'Après-guerre est pour la Suisse un moment d'ouverture migratoire, dans le sens où elle mène une politique de recrutement de travailleurs étrangers, surtout italiens. Nous en verrons plus loin l'importance sur le plan de la politique sanitaire. Ces ouvriers sont pour la plupart accueillis pour des périodes courtes et leur travail est nécessaire à l'économie du pays. Si, du moins dans un premier temps, cette présence est plutôt bien perçue, le climat qui prévaut au sein de la communauté médicale suisse n'a globalement pas changé. La peur de la pléthore médicale est d'autant plus grande qu'au lendemain de la guerre, le Service sanitaire cantonal doit traiter les cas du personnel soignant qui avait été autorisé à pratiquer pendant la guerre, mais dont la présence n'est plus nécessairement bienvenue au moment où les mobilisés de guerre ainsi que les Suisses établis à l'étranger choisissent de revenir au pays.

La naturalisation des médecins étrangers

En 1947, lorsque trois médecins demandent à être naturalisés, le Département de justice et police consulte le Conseil de santé avant de prendre sa décision. Pour ce dernier, la demande est problématique, car « ces étrangers chercheront, une fois naturalisés suisses, à obtenir le diplôme fédéral de médecin. Ils pourront ensuite exercer librement

l'art médical dans le canton. Or, la profession est déjà très encombrée⁷⁹ ».

Si les membres qui s'expriment s'accordent sur le danger que représentent pour leur profession les procédures de naturalisation des médecins, ils admettent néanmoins que la question est délicate puisque, comme l'observe Albert Henrioud⁸⁰, « on ne peut pas refuser la naturalisation à un étranger parce qu'il est médecin alors qu'elle serait accordée sans difficulté à un ouvrier⁸¹ ».

Le Conseil consulte à son tour la Société vaudoise de médecine pour les cas qui lui sont présentés ce jour et demande aux autorités d'examiner « avec un soin particulier les demandes de naturalisation des médecins étrangers⁸² », étant donné la pléthore médicale. La Société vaudoise de médecine, quant à elle, émet le vœu « que chaque demande de naturalisation concernant un médecin étranger lui soit soumise, afin qu'elle puisse donner un avis sur l'opportunité de la demande⁸³ ». Elle entend bien être un acteur de la politique migratoire menée par le canton, du moins pour ce qui concerne les médecins.

• • • • •

79 ACV, K VIII f 145 (8/47), Procès-verbal du Conseil de santé, séance du 3 octobre 1947.

80 Albert Henrioud n'est pas membre du Conseil de santé, mais assiste à cette séance en tant que chef du Service des hospices.

81 ACV, K VIII f 145 (8/47), Procès-verbal du Conseil de santé, séance du 3 octobre 1947.

82 *Idem*.

83 ACV, K VIII f 266, Lettre du chef du Service sanitaire cantonal au Département de justice et police, 29 novembre 1947.

Les infirmières, une main d'œuvre invisible

Bien qu'elles constituent une part majoritaire du personnel médical, les infirmières apparaissent beaucoup moins fréquemment dans les archives, si bien qu'il est plus difficile de documenter leur histoire. Il ressort des dossiers consultés que les autorisations de pratiquer délivrées aux infirmières relèvent d'enjeux quelque peu différents de ceux qui concernent les médecins. En effet, les arguments protectionnistes n'entrent guère en ligne de compte à leur propos. Le canton souffrirait plutôt d'une pénurie d'infirmières, du moins selon l'avis du Service sanitaire cantonal en 1945, lorsqu'il accepte une proposition du Don suisse visant à faire venir des stagiaires françaises dans le pays. À cette occasion, l'autorité cantonale précise tout de même que « la question serait revue si ce mode [de] faire pouvait causer un préjudice aux infirmières diplômées du pays⁸⁴ ». Il n'est donc absolument pas question d'une pléthore d'infirmières. S'il est difficile d'évaluer la pertinence de cette position, notons tout de même que cet avis émane du Service sanitaire cantonal et que nous ignorons la position de l'association des infirmières diplômées. Par ailleurs, il faut rappeler que la seule présence de places disponibles sur le marché du travail n'est pas forcément un indicateur. En effet, les médecins, pour leur part, n'hésitent pas à invoquer les mauvaises conditions salariales pour expliquer le peu d'enthousiasme de la relève pour certains postes. Il serait donc intéressant de savoir si les places d'infirmières disponibles sont dues à un réel manque de personnel qualifié ou

84 ACV K VIII f 264, Lettre du Service sanitaire cantonal au Contrôle des habitants et police des étrangers, 16 novembre 1945.

si les Suissesses qualifiées s'en détournent parce que les conditions ne leur semblent pas satisfaisantes.

Peu préoccupé par des considérations protectionnistes, le Service sanitaire s'affaire donc plutôt à évaluer la valeur des diplômes qu'on lui présente. Dans un courrier de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés, qui avait été sollicitée à cet effet, il est expliqué que « pendant la guerre on ne munissait (à l'étranger) que trop facilement les infirmières de diplôme⁸⁵ ».

La moralité des infirmières constitue également un critère. Si, pendant la guerre, l'engagement de médecins juifs était proscrit, c'est des infirmières ayant travaillé en Allemagne dont il faut se méfier après le conflit. E. H., infirmière hollandaise, se voit refuser un permis de travail en 1948 au motif qu'elle a travaillé sous le régime nazi. C'est l'Association suisse des infirmières qui alerte le Service sanitaire sur ce point :

Il paraît quelque peu suspect qu'une infirmière hollandaise, aux temps de collaboration, se soit rendue en Allemagne et y ait travaillé pendant toute l'occupation de son pays par ce même peuple. Je ne crois pas que nous ayons besoin de personnes dont, au point de vue politiques nous ne sommes pas sûres. Cependant je ne doute pas que les autorités vaudoises veilleront à ce que des éléments non-désirables ne puissent prendre racine chez nous⁸⁶.

Le Service sanitaire cantonal suivra donc l'avis de la faitière et ne donnera pas suite à la demande

.....

85 ACV, K VIII f 269, Lettre de l'Association suisse des infirmières et des infirmiers diplômés au chef du Service sanitaire cantonal, 21 octobre 1948.

86 ACV, K VIII f 269, Lettre de l'Association suisse des infirmières et des infirmiers diplômés au chef du Service sanitaire cantonal, 27 octobre 1948.



Infirmières suisses et coréennes, volée 1958, à la Clinique de la Source, Lausanne
(Source et crédit : Archives de l'Institut et Haute École de Santé La Source)

de l'infirmière. Contrairement au Conseil de Santé dans les cas de médecins, l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés n'est pas systématiquement consultée par le Service sanitaire. Son travail se limite sans doute à renseigner ce dernier sur la valeur des diplômes présentés, à l'exclusion de toute autre information sur l'état du marché du travail par exemple. Ainsi, lorsque les requérantes sont titulaires d'un diplôme d'État français ou belge, le Service sanitaire semble accorder assez facilement une autorisation, pour autant que l'infirmière ne souhaite pas exercer à titre privé :

Les infirmières étrangères en possession d'un diplôme d'État sont actuellement autorisées par le Service sanitaire cantonal à travailler dans le canton, à condition que la demande nous soit présentée par un établissement hospitalier⁸⁷.

Par rapport aux médecins, les procédures valant pour le personnel infirmier semblent donc beaucoup moins subordonnées au souci de préserver un marché pour les seuls ressortissants du pays. Si cela s'explique évidemment par le fait que le marché n'est réellement pas saturé, on peut également noter que les infirmiers et infirmières sont beaucoup moins intégrés au processus décisionnel que ne le sont les médecins lorsque leurs homologues sont concernés. Les Sociétés de médecins sont en effet systématiquement consultées, au contraire de la Société suisse des infirmières et infirmiers diplômés. En outre, plusieurs médecins siègent au Conseil de santé, alors que le personnel soignant n'y est absolument pas représenté. Il n'est pas difficile, dans ces conditions, de comprendre pourquoi on porte une

attention plus grande à l'éventuelle concurrence représentée par les médecins étrangers. Enfin, il est possible que ces places de travail apparaissent, aux yeux des autorités cantonales et du Conseil de santé exclusivement masculin, comme moins précieuses que celles des médecins, profession alors très largement masculine. Tout se passe comme si la sauvegarde des emplois infirmiers, occupés quant à eux en grande majorité par des femmes, ne constituait pas une priorité pour l'élite médicale du canton.

Les médecins réfugiés hongrois et tchèques

La seconde partie du 20^e siècle est également marquée par l'arrivée de nombreux médecins hongrois (après 1956) puis tchèques (après 1968) fuyant les troubles qui secouent leur pays respectif. Il ressort des archives qu'un effort est fait en faveur de ces médecins réfugiés pour qu'ils puissent continuer d'exercer leur profession. Initiée par Berne au tout début des années soixante, cette politique ce traduit d'abord par un accès facilité aux études médicales pour les réfugiés hongrois⁸⁸. Cette mesure, qui permet aux Hongrois réfugiés de passer des examens professionnels réduits, sera étendue aux « personnes de professions médicales qui pendant l'avant-guerre, la guerre ou l'après-guerre ont trouvé accueil en Suisse comme réfugiés ou qui y sont entrées comme Suisse de l'étranger⁸⁹ ».

Entre 1960 et 1965, septante réfugiés, dont quinze femmes, bénéficient de cet accès facilité

.....
⁸⁷ ACV K VIII f 270, Lettre du Service sanitaire cantonal au Bureau de placement pour gardes-malades diplômées, 11 mai 1948.

.....
⁸⁸ Arrêté du Conseil fédéral concernant l'admission de réfugiés hongrois aux examens fédéraux de médecine, 24 juin 1960.

⁸⁹ Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant l'organisation d'examens professionnels réduits pour les

aux examens⁹⁰. Concrètement, dans le canton de Vaud, le personnel soignant est « orienté sur le Service sanitaire », et c'est à la Polyclinique médicale que revient la charge d'évaluer les compétences des médecins et des dentistes qui y passent « un bref examen »⁹¹.

Ces efforts consentis en faveur des professions médicales ne doivent pas occulter les sentiments xénophobes qui habitent certains dépositaires de l'autorité publique. Dans une séance sur les réfugiés hongrois tenue en 1956, on fait remarquer que « ce sont les Tziganes qui vraisemblablement donneront le plus de fil à retordre, cette race (car il s'agit bien d'une race à part), ne se prêtant, par définition, à aucune discipline, étant ennemie d'un travail réglementé et contrôlé, préférant chaparder⁹² ».

La bienveillance dont bénéficient les médecins et plus largement le personnel médical s'inscrit dans une politique dominée par des sentiments ambivalents.

Les années septante et quatre-vingts

Notons qu'au début des années septante, la politique d'immigration de la Suisse se fait plus restrictive, en raison notamment de la pression exercée par les

professions médicales, 2 octobre 1961, art. 1.

90 J. DEISS, « Pénurie ou pléthore de médecins », *Bulletin des médecins suisses*, 47, 1966, p. 759.

91 ACV S 40/74 (année 1969), Procès verbal de la séance de coordination pour l'accueil des réfugiés tchécoslovaques dans le canton de Vaud, 11 septembre 1968.

92 ACV S 40/75 (1957), Procès-verbal de la séance d'orientation organisée par le Département de l'agriculture, de l'industrie et du commerce, « accueil en Suisse des réfugiés hongrois », 22 novembre 1956.

initiatives populaires dites Schwarzenbach visant à limiter la présence d'étrangers sur le sol suisse⁹³. La mise en place d'un contingentement de personnel étranger oblige le CHUV et l'Université à adapter leur politique d'engagement. Ainsi, pour la période qui court du 1^{er} août 1975 au 31 août 1976 les autorités vaudoises attribuent-elles au CHUV un contingent de 186 personnes⁹⁴, toutes professions confondues⁹⁵. Cette situation ne manque pas de compliquer un peu plus le cas du personnel étranger au sein des établissements hospitaliers du canton, ce dont est consciente la direction générale du CHUV :

Les différents Chefs de Service se sont engagés moralement vis-à-vis des médecins-assistants étrangers et [la direction générale] s'efforcera d'obtenir des Autorités que ces collaborateurs puissent terminer leur formation post-graduée⁹⁶.

Les médecins ne sont évidemment pas les seuls concernés, les hôpitaux font largement appel à la main d'œuvre étrangère pour un certain nombre de tâches subalternes. L'ordonnance fédérale sur la main d'œuvre étrangère prévoit en effet que les autorités cantonales tiennent compte des nécessités « urgentes » en matière d'éducation et de santé lors de la répartition du contingentement. Lorsque cette disposition est menacée sous la pression de certains

93 Voir notamment, Hans-Rudolf WICKER *et al.* [dir.], *Les migrations et la Suisse*, Zurich, Seismo, 2003 et Étienne PIGUET, *L'immigration en Suisse depuis 1948: une analyse des flux migratoires*, Zurich, Seismo, 2005.

94 Archives de l'Université, 3.6.3, Assistants étrangers, Lettre de la direction générale du CHUV au professeur Saegesser, 30 janvier 1976.

95 À noter que les assistants-doctorants ne sont pas concernés par cette mesure.

96 Archives de l'Université, 3.6.3, Assistants étrangers, Lettre de la direction générale du CHUV au professeur Saegesser, 30 janvier 1976.

milieux économiques, la VESKA⁹⁷ proteste, affirmant que cette main d'œuvre est proprement indispensable à la bonne marche des hôpitaux⁹⁸.

La question des médecins étrangers se discute à l'université

La question des étudiants étrangers émerge de manière insistante au sein des différents organes académiques au cours des années septante puis quatre-vingts. Les menaces financières qui pèsent sur la Faculté de médecine incitent le doyen à envisager une diminution du nombre des étudiants étrangers. De fait, cette mesure semble tout simplement être, aux yeux du décanat, la plus « acceptable, aussi bien du point de vue de la qualité de l'enseignement et de la recherche [...] que vis-à-vis de l'extérieur⁹⁹ » pour réaliser des économies. Cette proposition ne fait pas l'unanimité au sein du corps professoral: si certains doutent des éventuelles économies que permettrait une telle mesure, d'autres estiment au contraire mal venu de fermer les portes de l'Université à des étudiants, issus de pays « sous-développés¹⁰⁰ » qui auraient besoin de médecins.

À cette même époque, l'administration cantonale, sous pression de la Fédération des médecins

.....
97 Association regroupant les établissements hospitaliers de Suisse.

98 « Personnel étranger pour les hôpitaux », Article non signé, *Bulletin des médecins suisses*, 59, 1978, p. 857.

99 Archives de l'Université de Lausanne, Séance du sénat du 24 janvier 1974, communication du rectorat consultable sur archive: <http://www2.unil.ch/saul/archivore/opac/>

100 Procès verbal du Conseil décanal de la Faculté de médecine, 5 février 1974.

suisses, prend des mesures pour limiter le nombre d'assistants étrangers dans les établissements publics lorsqu'il y a des candidats suisses, « de même [...] elle recommande de ne pas renouveler l'engagement des assistants étrangers qui travaillent déjà dans les services hospitaliers¹⁰¹ ».

Cette question est traitée lors d'une séance du Conseil décanal de la Faculté de médecine. Ce sont à nouveau des arguments protectionnistes qui sont invoqués:

À la longue, étant restés suffisamment longtemps chez nous, ils se naturalisent, et à ce moment-là occupent définitivement une place qui échappe ainsi au débouché des médecins suisses.

Notons qu'ici, les médecins naturalisés ne sont pas considérés comme des Suisses. Le Conseil décanal se déclare finalement favorable à une diminution de l'engagement de médecins étrangers, mais souligne que « ceci pose de sérieux problèmes dans les spécialités où les débouchés sont très restreints mais où il y a besoin d'un nombre important d'assistants pour faire fonctionner le service¹⁰² ».

Au cours des années quatre-vingts, c'est la question des réfugiés politiques qui occupe le Sénat. En effet, le professeur Jean-René Hofstetter, alors directeur de la Policlinique, écrit au sujet des places d'assistants dont il dispose. Il affirme sélectionner les candidats sur leurs compétences, mais également sur la pertinence qu'il y a pour eux à faire un stage en policlinique:

.....
101 Archives de l'Université de Lausanne, 3.6.3, Assistants étrangers, Lettre du Prof. Mosimann au doyen de la Faculté, 25 avril 1974.

102 Procès verbal du Conseil décanal de la Faculté de médecine, 14 mai 1974.

Or, de plus en plus fréquemment, nous avons parmi nos candidats des réfugiés politiques. Ces confrères ne sont souvent pas encore tout à fait adaptés au pays et à sa médecine, et bien que très méritoires, ils sont souvent désavantagés par rapport à leur confrères suisses¹⁰³.

Ces étudiants ne peuvent donc souvent pas bénéficier d'une formation en policlinique. Pour le professeur, cette situation est « choquante » d'autant plus que « ces médecins, dans la majorité des cas vont finir par s'installer chez nous¹⁰⁴ ». Il convient donc que d'autres places d'assistants lui soient octroyées pour qu'il puisse former convenablement ces ressortissants étrangers. À ses yeux, non seulement il est naturel que ces étudiants restent sur le territoire à l'issue de leurs études, mais en plus cela justifie que l'on porte une attention particulière à leur accès aux places de stage en policlinique. Cette lettre donne lieu à une discussion au Conseil de Faculté qui décide de nommer une commission chargée d'étudier la question des assistants réfugiés. Finalement, la commission propose de réserver quelques places pour les médecins réfugiés.

Une vieille rengaine

Tout au long du siècle, la gestion du personnel soignant étranger s'est faite pour ainsi dire à l'interne. La mainmise des associations de médecins sur les procédures a permis à ces derniers d'influer de manière décisive non seulement sur le sort de leurs homologues, mais également, bien qu'il

soit difficile d'évaluer dans quelle mesure, sur le marché du travail. Cette immixtion médicale dans des procédures administratives relevant a priori des autorités cantonales peut s'expliquer d'une part par l'importante présence des médecins au sein des structures politiques et administratives, mais également par l'ascendant symbolique que confère le prestige de leur profession. La médecine est somme toute un domaine d'experts hautement professionnels, dont l'autorité sur toute question touchant, de près ou de loin, la sphère médicale est difficilement contestable.

À l'heure actuelle, la question des médecins étrangers, de leur nombre, de leurs compétences et de leurs qualifications continue de préoccuper les autorités et les acteurs sanitaires. L'engagement de personnel soignant étranger, qu'il soit établi en Suisse ou qu'il réside en zone frontalière, revient régulièrement à la une des médias. En juin 2012 encore, le journal *Le Temps* publiait un article intitulé « Le nombre de médecins étrangers explose » : sans sembler en être conscient, il entonnait à nouveau une rengaine vieille de plus d'un siècle.

• • • • •

¹⁰³ Archives de l'Université de Lausanne, 3.6.3, Assistants étrangers, Lettre du Prof. Hofstetter au doyen de la Faculté, 9 mai 1983.

¹⁰⁴ *Idem*.



LES MALADIES : UNE PROBLÉMATIQUE QUI TRAVERSE LES FRONTIÈRES

Voyageurs, pèlerins, travailleurs saisonniers, migrants de toute espèce ont été depuis la nuit des temps identifiés comme autant de sources potentielles d'épidémies. Au 19^e siècle se fait sentir de manière aiguë, dans les États, européens avant tout, le besoin de mener une politique concertée pour faire face aux menaces sanitaires représentées par les déplacements humains. Dès 1851, pour freiner les épidémies cholériques qui frappent l'Europe une première Conférence sanitaire internationale est organisée à Paris¹, à l'origine d'un mouvement sanitaire et politique qui se poursuivra au 20^e siècle avec la mise en place d'un Office international d'hygiène publique, ancêtre lointain de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) créée en 1948. Les diverses conventions élaborées dans ce contexte régissent les procédures de surveillance et de prévention qui doivent être appliquées lors d'épidémies déclarées. Il s'agit pour les États de se préserver de périls sanitaires tout en limitant au maximum les conséquences fâcheuses sur les échanges commerciaux de politiques trop restrictives en matière de

circulation des personnes, mais aussi des marchandises. C'est donc l'occasion d'élaborer une stratégie politique commune, tout en instaurant un échange soutenu de connaissances et pratiques tant médicales que scientifiques.

Si elles renseignent sur l'état des savoirs en matière de prophylaxie, ces conférences en disent également long sur les stigmates sociaux qui accompagnent les maladies. Ainsi, lors de la conférence de Dresde en 1893, est adopté un article autorisant les États à prendre des mesures particulières pour certaines catégories de voyageurs, soit les vagabonds, les bohémiens, les étrangers et toute personne passant la frontière par «troupe»². Ces conférences, encore peu étudiées par les historiens, rendent compte des enjeux sanitaires, mais aussi commerciaux et culturels, qui façonnent la perception et la gestion des épidémies. Suite aux premières conventions élaborées lors de ces conférences, c'est, avec la création de l'OMS, un Règlement sanitaire international qui fera office d'outil commun pour la mise en place de politiques sanitaires cohérentes au plan national et international, visant « à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en

.....

1 Voir à ce sujet Sylvie CHIFFOLEAU, *Genèse de la coopération sanitaire internationale. L'Europe et l'Orient face aux épidémies (1825-1938)*, Thèse d'habilitation, Université Paris 7, 2009 ; Norman HOWARD-JONES, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*, Genève, OMS, 1975.

.....

2 Protocoles et procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale de Dresde, 11 mars au 15 avril 1893, p. 187, consultables sur internet: <http://ocp.hul.harvard.edu/contagion/sanitaryconferences.html>.

protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux³ ».

La Suisse ratifie ce Règlement en 1951. Modifié pour la dernière fois en 2005, le nouveau texte entre en vigueur en 2007: il instaure un mode de gestion centralisé des épidémies – dont, entre temps, le sens s'est considérablement élargi – dont la direction revient à l'OMS.

Au niveau national aussi, la migration, et plus globalement les déplacements de personnes, sont l'objet de mesures mêlant considérations politiques et sanitaires. Protéger une nation contre les attaques microbiennes extérieures revient à vouloir figer les frontières politiques et administratives. La gestion des flux migratoires et du territoire assume une dimension biologique, qui structure les politiques sanitaires en fonction de données non seulement épidémiologiques, mais également économiques. Parfois, la pratique médicale vient appuyer la politique migratoire voulue par l'État; parfois, à l'inverse, les médecins œuvrent pour garantir l'accès aux soins à chacun, indépendamment de l'origine géographique.

De ce point de vue, il est permis d'affirmer que les épidémies, en même temps qu'elles engendrent des connaissances scientifiques et médicales, doivent aussi se comprendre en tant que fait social structurant aussi bien les mesures sanitaires, les relations avec les pays étrangers et les étrangers que les représentations et l'imaginaire. Leur histoire est donc à

la fois celle d'une évolution des étiologies depuis l'Antiquité, mais aussi de l'interprétation donnée au mal: fatalité imposée par la divinité, ou danger apporté par l'Autre, qui engendrent leur cortège de préjugés, peurs et fantasmes irrationnels⁴.

L'usage de métaphores, souvent à connotation guerrière, pour évoquer notre relation à la maladie est un leitmotiv tout au long du 20^e siècle. Cette représentation peut semer la confusion; l'ennemi est-il le germe ou bien la personne qui en est porteuse? La lutte contre les épidémies, inscrite dans l'histoire des relations internationales, révèle des considérations bien nationalistes.

GUERRE ET ÉPIDÉMIES

Au début du 20^e siècle: le choléra russe

Suite à diverses vagues d'épidémie du choléra, dont on situe l'origine en Russie, la surveillance biologique des frontières s'intensifie au début du 20^e siècle, mettant à rude épreuve la Confédération ainsi que les autorités sanitaires cantonales. Lorsqu'en 1907 il s'avère que plusieurs régions de Russie sont contaminées, on instaure un strict contrôle des voyageurs, des bagages et des marchandises. Les voyageurs doivent notamment être soumis à une surveillance médicale de plusieurs

• • • • •

3 Règlement sanitaire international 2005, 2^e édition, OMS, Genève, 2008, pp. VII-VIII.

• • • • •

4 Voir à ce sujet Dominique CHEVÉ et Michel SIGNOLI, « Les corps de la contagion corps atteints, corps souffrants, corps inquiétants, corps exclus? », *Corps*, 5, 2008, pp. 12–13.



Charlotte Olivier, médecin d'origine russe, formée à Lausanne, et pionnière de la lutte antituberculeuse dans le canton de Vaud, en consultation à la Policlinique universitaire de Lausanne vers 1917
(Source et crédit: Musée historique de Lausanne)

jours à leur arrivée. Les étudiants russes, nombreux en Suisse, sont particulièrement visés :

Il serait bon de surveiller avec soin, même après l'expiration du délai de cinq jours, les étudiants arrivés de Russie, qui vivent souvent dans des locaux encombrés et dans des conditions peu hygiéniques⁵.

Les autorités peuvent user de mesures de contraintes si les cas suspects ne sont pas dénoncés, et la méfiance à l'égard des étudiants russes est telle que, dans le canton de Vaud par exemple, on envisage également de procéder à des inspections de leur lieu d'habitation :

On peut aussi se demander s'il ne conviendrait pas d'organiser pendant le temps que durera la possibilité de contagion, une inspection médicale de certaines maisons

5 ACV K VIII b 76/1, Circulaire du Département de l'intérieur aux préfets et aux municipalités, 14 novembre 1907.

et de certains appartement habités par des étudiants russes⁶.

Quelques années plus tard, alors que le choléra continue de sévir en Russie et que des cas de peste sont également signalés à Odessa, les autorités réitèrent leur engagement à la vigilance. Les communes, responsables de l'organisation des mesures de prévention, doivent à cet effet se doter d'un lazaret – lieu d'isolement pour malades contagieux –, de logements pour isoler les cas suspects, ainsi que de services de désinfection et de transport de malades⁷. La directive insiste sur les mesures d'hygiène et de salubrité publique à prendre pour prévenir la contagion. La pauvreté devient un facteur d'épidémie, de sorte que lutter contre l'indigence participe de la lutte contre la maladie contagieuse :

La misère étant une des causes principales de la propagation des épidémies, l'administration s'efforcera d'améliorer la situation économique des pauvres et des malheureux⁸.

Là encore, on envisage la possibilité de recourir à des méthodes contraignantes :

L'autorité ne devra rien négliger pour remédier aux défauts que ces inspections feront découvrir; elle pourra au besoin prendre à l'égard des intéressés les mesures coercitives qu'elle jugera nécessaires⁹.

Plusieurs avis parus dans la *Gazette de Lausanne* rappellent également que l'ordonnance fédérale

6 *Idem*.

7 ACV K VIII b 76/1, Circulaire du Département de l'intérieur aux préfets et aux municipalités, 29 août 1910.

8 *Idem*.

9 ACV, K VIII b 148, Circulaire fédérale à tous les gouvernements cantonaux concernant les mesures à prendre contre le choléra et la peste, 22 août 1910.

sur les maladies prévoit que les auberges et hôtels accueillant des étrangers ayant séjournés dans les zones contaminées sont tenus de les annoncer à la direction de police¹⁰. La surveillance sanitaire des étrangers se fait non seulement à l'entrée du pays par le biais des dispositifs frontaliers, mais également à l'intérieur du pays. À cet effet, les Suisses susceptibles d'être en contact avec des étrangers sont mis à contribution. Car si l'homme est bien l'agent principal de transmission, le risque, en ce siècle d'avancées technologiques, est accru par le développement considérable des modes de transport :

L'homme est le grand propagateur du choléra [...], surtout par la rapidité des transports qu'il a réalisée [...], Pétersbourg est à moins de soixante heures de Lausanne¹¹.

On comprend donc que des instructions particulières concernent le personnel des entreprises de transport, qui est chargé de surveiller l'état de santé des voyageurs – et particulièrement ceux en provenance des régions contaminées – avant le départ et pendant le voyage. Ainsi, toute personne qui présente des « symptômes suspects de choléra ou de peste » devra être refusée et les voyageurs qui développent des symptômes en cours de route seront isolés avant d'être débarqués¹².

10 *Gazette de Lausanne*, 28 septembre 1908, 9 octobre 1908 et 9 juillet 1910.

11 *Gazette de Lausanne*, 1^{er} octobre 1910.

12 ACV, K VIII b 148, Arrêté du Conseil fédéral modifiant l'ordonnance du 30 septembre 1899 sur les mesures à prendre contre le choléra et la peste, en ce qui concerne les entreprises de transport et le service des voyageurs, des bagages et des marchandises, 4 février 1908.

La Première Guerre mondiale

Que les vicissitudes de la guerre soient extrêmement propices à la propagation de maladies n'est pas un phénomène méconnu par les autorités sanitaires et militaires. Les déplacements de troupes et de populations, les mobilisations et démobilisations successives, le confinement des soldats ou des réfugiés dans des camps insalubres constituent autant de facteurs de risque déjà bien identifiés par les médecins. Aussi, dès le début des hostilités, la maîtrise des menaces bactériologiques constitue-t-elle un enjeu d'importance pour les belligérants¹³.

En Suisse, c'est dans un premier temps l'accueil d'enfants réfugiés qui pousse les autorités à prendre des mesures :

Il appartient aux autorités sanitaires de nos cantons et de nos communes de veiller à ce que cette œuvre de haute charité n'ait pas, au point de vue de la santé publique, de conséquences fâcheuses pour notre population¹⁴.

Le dispositif prévu par Berne s'articule autour de trois axes. Le contrôle doit être systématique. Une première visite médicale est obligatoire à l'arrivée dans la commune d'accueil, même si un contrôle a déjà été effectué à la frontière. Par ailleurs, « la surveillance médicale à laquelle devront être

soumis tous les enfants sans exception [...] devra se prolonger pendant une quinzaine de jours¹⁵ ».

Ces mesures de contrôle sont combinées, le cas échéant, par des mesures de protection. L'isolement et la désinfection constituent au début du 20^e siècle les armes les plus efficaces dont on dispose contre les épidémies :

Tout ceux qui présenteront les symptômes d'une maladie infectieuse devront être immédiatement isolés en même temps qu'on prendra toutes les autres mesures nécessaires (surveillance médicale sévère des personnes qui accompagnaient les malades, désinfection etc.)¹⁶.

Enfin, la prévention occupe une place cruciale dans cet appareil sanitaire, puisqu'il s'agit de vacciner tous les enfants qui ne l'ont pas encore été.

Dès le début de la guerre et alors qu'aucune épidémie ne semble encore déclarée dans les pays entourant la Suisse, la notion de protection sanitaire nationale fait irruption sur la scène politique. Le territoire national est matérialisé par une frontière « biologique », dont l'efficacité de la mise en place déterminera le niveau de protection :

Il ne reste plus qu'à installer un établissement [d'isolement et d'infection] à Porrentruy et nous aurons tout le long de notre frontière un cordon protecteur capable de protéger notre pays contre toute contamination¹⁷.

La Suisse neutre se protège tant contre les conséquences microbiennes que militaires de la guerre qui fait rage autour d'elle. Et si, dans un premier temps, le conflit ne semble pas donner

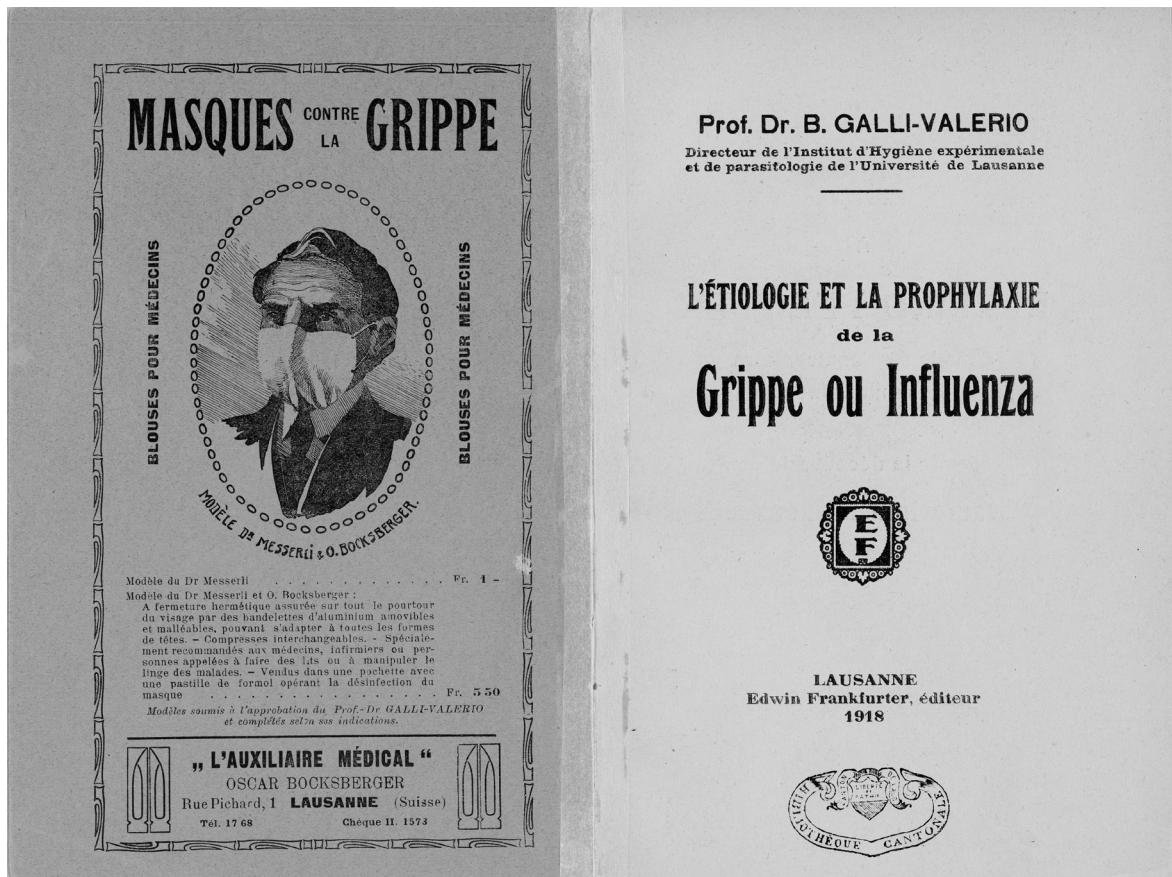
13 Anne RASMUSSEN, « Du vrai et du faux sur la Grande Guerre bactériologique. Savoirs, mythes et représentation des épidémies », in Christophe PROCHASSON et Anne RASMUSSEN (éds), *Vrai et faux dans la Grande Guerre*, Paris, La Découverte, 2004, pp. 189–217.

14 ACV, K VIII b 26, Lettre du Service sanitaire fédéral au Conseil d'État du canton de Vaud, 24 octobre 1914.

15 *Idem*.

16 *Idem*.

17 Octave MAUS, « Hygiène et épidémie », *Gazette de Lausanne*, 22 avril 1917.



Masque de prévention contre la grippe espagnole.
 Tiré de Bruno GALLI-VALERIO, *L'Étiologie et la prophylaxie de la Grippe ou Influenza*, Lausanne, 1918
 (Source : Bibliothèque cantonale et universitaire, Lausanne)

lieu au développement d'importantes épidémies¹⁸, la donne change en 1918 lorsque des cas de plus en plus nombreux de fièvre avec complications pulmonaires font leur apparition. La grippe dite

« espagnole » qui se propage durant la Grande Guerre est sans doute l'une des épidémies les plus meurtrières que l'Europe, et plus généralement le monde entier, ait jamais connues¹⁹. L'origine de la

18 Anne RASMUSSEN, « Du vrai et du faux... », op. cit., pp. 206207.

19 *Idem*.

maladie et les circonstances de son entrée sur le territoire constituent des questions de la plus haute importance. Si d'ordinaire on identifie aisément la source des grandes épidémies qui frappent l'Europe en Asie – c'est le cas par exemple du choléra, du typhus et de la fièvre jaune –, des doutes subsistent avec la grippe espagnole, dans un premier temps du moins. Certes, la fièvre a très vite été affublée d'un nom qui l'associe à la péninsule ibérique (restée neutre lors du conflit, et donc déclarant plus ouvertement ses cas que les pays en guerre). Pourtant, il semble que son origine soit plutôt asiatique. Cette question n'est pas anodine, car la source de l'épidémie cristallise également des tensions liées à la guerre: ainsi, les Français soupçonnent volontiers l'Allemagne d'être à l'origine de la contagion de l'Europe occidentale²⁰. Une telle thèse est également celle que retiennent les autorités du canton de Vaud, estimant que la grippe, venant d'Asie, aurait traversé la Russie puis l'Allemagne avant de contaminer la Suisse. Quoi qu'il en soit, les médecins ont pour tâche de détailler le parcours de l'épidémie et identifier les individus par lesquels elle a transité. Cette démarche est le corollaire de la politique de défense «géographique» que mènent les autorités.

À Lausanne, les premiers cas apparaissent début juillet 1918; dans un premier temps, les médecins croient à une maladie bénigne, mais la série de décès annoncée le 7 juillet prouve la gravité des complications que peut causer l'affection²¹. Un

rapport disponible dans les archives du Service sanitaire cantonal préconise de concentrer l'action des autorités sur les voies de communication. En effet, selon Émile Dind, professeur à la Faculté de médecine, député au Grand Conseil, Conseiller aux États et ancien chef du Service sanitaire cantonal, «l'épidémie a sévi d'abord le long des voies de communications, puis a généralement rayonné pour chaque district d'un point central dans les localités voisines²²».

Le remède le plus efficace consisterait à interrompre tout trafic. Évidemment cette solution est inenvisageable en raison «des pertes économiques irréparables²³» qu'elle causerait. Aussi, les dispositifs mis en place se focalisent-ils sur les voies de communications; à défaut de pouvoir interrompre tout trafic, ils donnent lieu à une stricte surveillance. Les politiques sanitaires se fondent donc sur une logique de confinement, matérialisée à plusieurs niveaux. Le confinement concerne bien évidemment les individus malades, mais s'applique – ou devrait s'appliquer – à l'ensemble des flux qui traversent les frontières. Toutefois, comme la Suisse dépend de l'étranger à bien des égards, des tensions entre une tendance autarcique de protection et des intérêts économiques sont inévitables. Par ailleurs, chaque épidémie donne lieu à des épanchements chroniques qui charrient leur lot de références identitaires. Ainsi, en 1920, la *Gazette de Lausanne* évoque «la propagation de l'épidémie et aux

20 Anne RASMUSSEN, «Dans l'urgence et le secret. Conflit et consensus autour de la grippe espagnole, 1918–1919», *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 25, 2007, pp. 171–190.

21 Francis-Marius MESSERLI, «L'évolution de l'épidémie de grippe à Lausanne en 1918–1919. Rapport historique et statistique», *Gazette d'hygiène, de médecine et de sciences sociales de la Suisse romande*, 10 janvier 1920. Messerli, médecin, est

chef du Service d'hygiène de la Ville de Lausanne, où l'on déplore 426 décès attribués à la maladie entre le 7 juillet 1918 et le 8 février 1919.

22 ACV, K VIII b 27, Rapport sur l'épidémie de grippe espagnole de 1918, S.l.n.d.

23 ACV, K VIII b 27, Rapport sur l'épidémie de grippe espagnole de 1918, S.l.n.d.

précautions qu'il y a lieu de prendre en vue de lui barrer l'approche de l'occident et de la refouler²⁴ ».

Au lendemain de la guerre – on compare volontiers les maladies à des forces armées étrangères – le rapport de 1918 parle « d'invasion²⁵ ». Et s'il est clair pour les autorités que la guerre est un facteur aggravant, l'épidémie semble n'être comprise que comme un mal d'origine extérieure. Alors qu'en 1930 le Grand Conseil légifère à propos de l'installation d'un lazaret, le rapporteur de la commission fait remarquer que « la peste et le choléra, grâce aux mesures internationales, aux cordons sanitaires et à la police sévère des grands ports, ne pénètrent plus jusque chez nous; pendant la guerre même, où d'innombrables hommes de couleur, provenant des pays où ces maladies règnent à l'état endémique, se battaient et mouraient à nos portes, ces fléaux dont la vague mortelle décimait parfois des parties entières de l'Europe n'ont pas apparus²⁶ ».

Ainsi, la création d'un tel lazaret se justifie-t-elle au regard du député, puisque Lausanne est un « nœud de voies internationales de communications²⁷ » et qu'une « population étrangère considérable²⁸ » s'y rend et réside dans les hôtels et pensions de la ville. La source de l'épidémie ne peut être qu'externe et, alors que la xénophobie gagne du terrain dans le pays, le risque d'une contagion provenant du dehors vient s'ajouter aux multiples menaces volontiers imputées aux étrangers.

• • • • •

24 «Le choléra», article non signé, *Gazette de Lausanne*, 1^{er} octobre 1910.
25 ACV, K VIII b 147, «L'évolution de l'épidémie de grippe à Lausanne en 1918–1919. Rapport historique et statistique».
26 Bulletin du Grand Conseil, Séance du 17 mars 1930, p. 695.
27 *Idem*.
28 *Idem*.

Les réfugiés de la Seconde Guerre mondiale

Lors de la Seconde Guerre Mondiale, c'est l'afflux potentiel de réfugiés de guerre qui justifie la mise en place de contrôles aux frontières par les autorités sanitaires. À l'approche de la fin des hostilités, la question se fait de plus en plus pressante. En 1944, le Conseil fédéral s'inquiète et édicte un arrêté spécifiant les mesures à prendre pour éviter que les maladies gagnent le pays en même temps que les réfugiés. Il motive cette démarche auprès des gouvernements cantonaux :

Le danger d'épidémie et de contagion que nous apportent les réfugiés est aujourd'hui des plus sérieux, et il est grand temps de prendre les mesures nécessaires afin d'en préserver notre population²⁹.

Le contrôle sanitaire aux frontières et l'arsenal de mesures militaires mises en place durant la guerre s'étaient ainsi mutuellement. L'un et l'autre contribuent à la politique de surveillance du territoire :

Pratiquement, il s'agira surtout d'aménager les locaux disponibles aux stations frontières pour y héberger provisoirement des réfugiés en masse, et de les tenir prêts à servir en cas d'événements extraordinaires³⁰.

La menace épidémique est prise très au sérieux par les autorités et la gestion des flux de populations en tant que potentielles sources microbiennes est de fait un enjeu majeur de la politique migratoire menée par la Suisse. L'une de ses modalités en est le certificat sanitaire pour les réfugiés civils

• • • • •

29 ACV, K VIII f 121, Lettre du Département fédéral de l'économie publique aux gouvernements cantonaux, 8 février 1944.
30 *Idem*.

Dieser Begleitschein gehört nicht in die Hände des Flüchtlings und Internierten — Le présent certificat ne doit pas être remis au réfugié et interné — Il presente foglio non va consegnato all'interessato

Sanitarischer Begleitschein für Flüchtlinge und Internierte¹⁾
Certificat sanitaire pour réfugiés et internés¹⁾
Foglio di via sanitario per rifugiati e internati¹⁾

1. Personalien - Etat civil - Dati personali:

Name Nom Cognome	Vorname Prénom Nome	geboren né le nato il
Beruf Profession Professione	Nationalität Nationalité Nazionalità	Religion * Religion Religione

* Bei Israeliten Angabe ob freisinnig od. orthodox - Israélite orthodoxe ou non? - Israelita ortodosso o no.
 Letzter Aufenthaltsort - Dernier lieu de résidence - Ultimo luogo di residenza
 Eingerelst am - Entré le - Entrato il

2. Grenzsanitätsdienst - Service sanitaire frontière - Servizio sanitario di confine:

Ort Lieu Località	Datum Date Data
-------------------------	-----------------------

Befund - Constatacion - Esito
 Massnahmen an der Grenze - Mesures prises à la frontière - Misure prese al confine:
 zu reinigen
à nettoyer
da pulire

gereinigt nettoyé pulisito	zu entlausen à épouiller da spidocciare	entlaust épouillé spidoccholato
----------------------------------	---	---------------------------------------

Entscheid - Décision - Decisione:
 normale Weiterleitung
par voie normale
per via normale

evakuiert nach évacué à ricoverato a
--

1. Dieser Begleitschein ist wenn möglich beim Grenzübertritt zu erstellen. Der Grenzarzt füllt Ziff. 2 aus. Er muss sie unter allen Umständen ausfüllen, wenn der illegal einreisende Ausländer direkt in ein Spital evakuiert wird. Alle weiteren sanitärisch wichtigen Daten sind auf der Rückseite einzutragen. Der Begleitschein wird von Lagerkdt. zu Lagerkdt. geschickt, bei Spitalaufenthalt an die Spitalverwaltung, bei Spitalentlassung an den Lagerkdt. oder Ter. Pol. Of., event. an die kantonale Fremdenpolizei oder die Pol. Abt. des Eidg. Justiz- und Polizeidepartements (siehe Wegleitung zum Sanitarischen Begleitschein), bei Einweisung in ein ziviles Arbeitslager an die Zentralleitung für Arbeitslager in Zürich, Beethovenstrasse 11.

1. Le présent certificat est établi si possible lors du franchissement de la frontière. Le médecin de frontière répond à la question 2. Il doit remplir en tout cas le No. 2 si l'étranger qui est entré illégalement en Suisse est évacué dans un hôpital. On inscrira au verso tous les autres renseignements sanitaires importants. Le certificat doit être envoyé d'un cdt. de camp à l'autre, à la direction de l'hôpital en cas d'hospitalisation, au cdt. du camp ou à l'of. pol. ter., en cas de sortie de l'hôpital, le cas échéant, à la police cantonale des étrangers ou à la division de police du Département fédéral de justice et police (cf. instructions relatives au certificat sanitaire), en cas d'envoi dans un camp de travail civil, à la direction centrale des camps de travail, à Zurich, Beethovenstrasse 11.

1. Il presente foglio di via dev'essere possibilmente allestito all'atto del passaggio della frontiera. Il medico di confine risponde alla domanda 2. Egli deve completare in ogni caso il foglio se lo straniero entrato illegalmente in Svizzera è evacuato in un ospedale. Si annoteranno qui a tergo tutte le altre informazioni importanti di carattere sanitario. Il foglio di via dev'essere mandato da un Cdt. di campo all'altro, alla direzione dell'ospedale in caso di degenza all'ospedale, al Cdt. del campo o all'uff. pol. ter. in caso di uscita dall'ospedale, dato il caso, alla polizia cantonale degli stranieri o alla Divisione della polizia del Dipartimento federale di giustizia e polizia (cfr. istruzioni relative al foglio di via sanitario), in caso d'invio in un campo di lavoro civile, alla Direzione centrale dei campi di lavoro, a Zurigo, Beethovenstrasse 11.

Certificat sanitaire pour réfugiés et internés, années 1940
 (Source: Archives cantonales vaudoises)

et militaires, qui systématisent une politique sanitaire basée sur le contrôle et la prévention. Établi si possible dès le passage de la frontière, il recense l'ensemble des données médicales concernant son détenteur. Il est prévu que les postes sanitaires aux frontières soient équipés, outre les salles de visites, de matériel de désinfection et d'épouillage ainsi que de douches³¹. La visite médicale d'entrée doit notamment déterminer si les réfugiés examinés « les jambes et le torse nus³² », sont aptes à vivre et, le cas échéant, à travailler dans un camp. Ce certificat n'est pas remis aux réfugiés ou aux internés – l'administration considérant en effet qu'il s'agit d'un document « confidentiel³³ » –, mais il est envoyé à l'autorité chargée de la surveillance de l'individu concerné, comme par exemple le commandant de camp, l'administration de l'hôpital ou encore la police cantonale. Il « suit » ainsi le réfugié dans ses différents lieux d'internement ou de séjour. Il s'agit en réalité d'une véritable politique de fichage sanitaire. Les indications figurant sur le certificat à l'attention des médecins chargés du contrôle précisent que « lors de la libération du camp, les maladies subies, les vaccinations, et les injections de sérum, les observations à l'hôpital, les traitements dentaires etc. doivent être inscrits³⁴ ».

Cette stricte surveillance médicale s'accompagne également d'une certaine surveillance morale,

puisqu'il est aussi signifié aux médecins que « les remarques sur le caractère sont précieuses³⁵ ».

L'historienne Anne Rasmussen a souligné que, lors de la Première Guerre mondiale déjà, la source du danger se déplaçait, passant des microbes à leurs porteurs, et que, dans ce contexte, « les réfugiés devenaient 'un péril certain pour la collectivité', ignorant des vérités de la science et impossible à contraindre par la discipline militaire³⁶ ».

Suivant cette même logique, les autorités estiment que la politique sanitaire de la Suisse ne saurait être mise en échec par une immigration non contrôlée; les mesures prises doivent donc être adaptées:

Comme les réfugiés passent la frontière sur tous les points, il faut établir des camps non seulement à la frontière, mais aussi à l'intérieur du pays et notamment près des importants nœuds de communications voisins de la frontière³⁷.

La perception du danger que représentent les réfugiés par les autorités sanitaires est également visible dans un rapport sur l'épidémie de typhoïde qui sévit à Glion lors de l'été 1945. La commission d'experts chargée de rédiger le rapport cherche à déterminer qui est à l'origine de la maladie; mais ses efforts restent vains puisque la commission « n'est pas en mesure d'affirmer de manière absolument catégorique [...] la présence d'un excréteur de germes aux Avants durant la période critique³⁸ ».

• • • • •

31 ACV, K VIII f 121, Lettre de l'Office fédéral de la guerre concernant l'arrêté du Conseil fédéral sur les maladies contagieuses, 17 juillet 1944.

32 ACV, K VIII f 121, Document du commandement de l'armée, Service territorial intitulé « Certificat sanitaire pour réfugiés et internés », 8 mars 1944.

33 *Idem*.

34 ACV, K VIII f 121, Certificat sanitaire.

• • • • •

35 *Idem*.

36 Anne RASMUSSEN, « Du vrai et du faux... », op. cit., p. 202.

37 ACV, K VIII f 121, Lettre du Département fédéral de l'économie publique aux gouvernements cantonaux, 8 février 1944.

38 ACV, K VIII b 213, Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Glion, juin-juillet 1945, p. 21.

La commission distingue toutefois deux catégories de personnes susceptibles d'être la source de la maladie : d'une part les habitants et « hôtes civils » et d'autre part les réfugiés internés. Les experts assurent que la recherche de porteurs de germe parmi la première catégorie « n'aurait eu aucun sens » en plus d'être « impossible, tant pratiquement que légalement³⁹ ». S'il est vrai que la loi permet des contrôles sanitaires systématiques pour les réfugiés, il semble qu'il soit plus difficile pour les autorités d'ordonner un dépistage systématique parmi la population indigène. Toujours est-il que, outre les procédures légales, la commission voit également un autre obstacle à une telle démarche :

On ne peut en effet concevoir que, sans raison particulière de suspicion, chaque personne arrivant dans telle localité puisse être tenue de se soumettre à un examen sérologique ou de selles⁴⁰ !

Les réfugiés, quant à eux, constituent une cohorte bien différente. Provenant de pays en guerre, ils sont « souvent mal 'éduqués' » du point de vue hygiénique » et sont par conséquent « *a priori* sanitaire suspects⁴¹ ». L'individu à l'origine de l'épidémie cristallise un ensemble de problématiques tout à la fois médicales, morales et sociales. Les progrès de l'épidémiologie incitent les médecins à ne plus évaluer seulement la trajectoire de la maladie et son mode de propagation, mais aussi à rechercher les individus qui l'ont transmise. Une telle démarche, outre le fait d'être perméable à toutes sortes de préjugés, s'apparente dans la réalité à une traque de coupables. Si les experts de

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ *Idem.*

⁴¹ *Idem.*, p. 22.

Glion « peu[ven]t affirmer d'emblée que la cause de l'épidémie ne saurait être imputée aux réfugiés⁴² », de forts soupçons pèsent sur ces derniers en ce qui concerne leur usage – ou leur mésusage – des sanitaires.

Si les réfugiés font l'objet d'une surveillance particulière, c'est pratiquement l'ensemble des voyageurs traversant la frontière qui est soumis à un contrôle :

Tous les voyageurs – à l'exception des étrangers porteurs de passeports diplomatiques et des habitants de la



Réfugiés de Serbie lors de la visite sanitaire d'entrée au poste-frontière de Chiasso, 1939–1945 (Source : CH-BAR E5792 1988/204, Dossier 0423, N° 13019, Archives fédérales suisses, Berne)

⁴² *Idem.*, p. 31.

frontière utilisant le petit trafic frontalier local ordinaire – doivent passer la visite sanitaire de frontière⁴³.

Les médecins de frontières doivent tenir un journal dans lequel ils consignent toutes leurs activités. Sur la base de leurs observations, ils classent les arrivants dans différentes catégories plus ou moins suspectes. Les voyageurs en provenance de zone où la situation épidémique n'est pas inquiétante sont encouragés à consulter un médecin seulement s'ils développent des « symptômes fiévreux dans les trois semaines qui suivent le passage de la frontière⁴⁴ ». Pour les cas plus graves, on préconisera une surveillance sanitaire sur le lieu de séjour, voire une évacuation vers un établissement hospitalier ou une station de quarantaine⁴⁵.

Toutefois, au lendemain du conflit, l'on prend conscience de certains aspects contrariants de la visite médicale d'entrée, qui, en plus de constituer une formalité supplémentaire imposée aux nouveaux arrivants dans le pays, masque parfois difficilement une méfiance hygiéniste face à l'étranger, et l'application des directives se relâchera, du moins face à certaines catégories de voyageurs :

Le médecin appréciera en toute liberté si le contrôle sanitaire de certains voyageurs peut être fortement atténué, voire même s'il n'y a pas lieu de faire en sorte qu'ils ne s'en rendent qu'à peine compte (hautes personnalités, officiers étrangers supérieurs, commerçants suisses paraissant en santé, qui n'ont fait qu'un bref séjour dans une contrée étrangère indemne d'épidémie)⁴⁶.

• • • • •

43 ACV, K VIII f 121, Document de l'Office fédéral de la guerre, « Instruction concernant l'utilisation des formules du Service sanitaire de frontière », 17 juillet 1944.

44 *Idem*.

45 *Idem*.

46 ACV, K VIII f 121, Lettre de l'Office fédéral de l'hygiène publique à MM. les chefs des postes sanitaires de frontière, 21 décembre 1945.

TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS IMMIGRÉ-E-S

Les réfugiés ne sont de loin pas les seuls à menacer la propreté et l'hygiène nationale. Les ouvriers et plus globalement les immigrés provenant de couches sociales inférieures n'ont eux aussi pas toujours bonne presse en la matière. En 1929 déjà, dans son étude sur les étrangers en Suisse, Claire Reymond-Duchosal expliquait que le manque d'hygiène observable chez les Italiens résidant en Suisse s'expliquait d'une part par un « certain atavisme [...] mais aussi [par] leur rang social inférieur⁴⁷ ». Dès l'immédiat après-guerre, à la faveur d'un accord passé avec l'Italie, un nombre important de travailleurs transalpins viennent travailler en Suisse, dans le secteur agricole tout d'abord, puis dans l'hôtellerie, la construction et l'industrie. La majorité des travailleurs immigrés ont le statut de saisonniers, ne demeurant en Suisse que quelques mois par année. Cette immigration, considérée comme temporaire, doit pouvoir répondre aux besoins directs de l'économie du pays, alors en plein essor⁴⁸. Indispensable, elle suscite néanmoins des inquiétudes sur le plan sanitaire. La tuberculose constitue alors la menace la plus aigüe. À l'automne 1946, le Service fédéral de l'hygiène publique (fondé en 1893 et devenu plus tard l'Office fédéral de la santé publique) décide de rendre la radioscopie obligatoire pour tous les ouvriers qui traversent

• • • • •

47 Claire REYMOND-DUCHOSAL, *Les étrangers en Suisse. Étude démographique et sociologique*, Paris, Alcan, 1929, p. 180.

48 Hans MAHNIG et Étienne PIGUET, « La politique suisse d'immigration de 1948 à 1998 : évolutions et effets », in Hans-Rudolf WICKER *et al.* (éds), *Les migrations et la Suisse*, Zurich, Seismo, 2003, pp. 63–102.

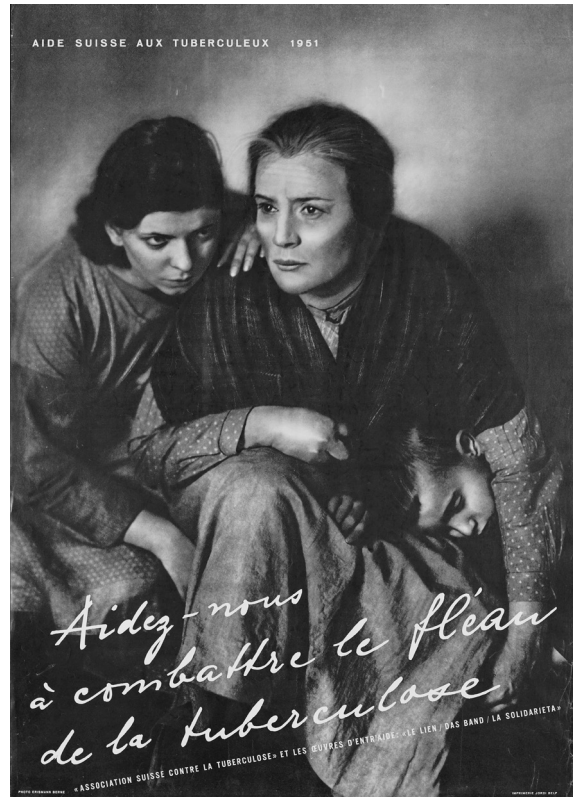
la frontière⁴⁹. La mise en place d'un tel dispositif est largement facilitée par l'existence préalable du contrôle sanitaire instauré aux frontières dès le début de la Seconde Guerre mondiale. Les étrangers chez qui l'on détecte des symptômes sont classés en deux catégories: ceux chez qui les lésions ne sont pas de nature à diminuer la capacité de travail et ceux chez qui il est suspecté une maladie thoracique active; ces derniers ne sont pas autorisés à entrer sur le territoire⁵⁰.

Un an plus tard, le même Service estime que beaucoup de travailleurs classés dans la première catégorie, et autorisés par conséquent à rester, ont en réalité, pour des raisons indépendantes de l'atteinte pulmonaire, une capacité de travail limitée. Or, «l'entrée de ces personnes dans notre pays [est] préjudiciable à la fois à leurs employeurs et à l'assurance sociale suisse, de nombreux contrats de travail prévoyant que l'ouvrier est assuré contre la maladie dès le jour de son entrée en Suisse⁵¹».

Ces ouvriers classés dans la première catégorie ont échappé au refoulement, en raison du fait que leur incapacité de travail était liée soit à un accident soit à une affection non mentionnée dans la circulaire destinée aux médecins de frontière. Une telle situation place les autorités dans une posture délicate: en effet, les arrêtés du Conseil fédéral sur les Services sanitaires de frontière, concernant les seuls risques épidémiques, ne «donnent pas le droit de refuser l'entrée dans notre pays à des personnes

dont la capacité de travail est réduite pour [d'autres] motifs⁵²».

C'est sur l'arrêté fédéral sur l'entrée des étrangers en Suisse qu'entend s'appuyer le Service fédéral de l'hygiène publique. En effet, l'arrêté en question prévoit que «la police fédérale des étrangers peut



Affiche de la lutte anti-tuberculeuse en Suisse, 1951
(Source: Bibliothèque de Genève • Photo: Erismann, Berne)

49 ACV, K VIII f 121, Lettre du Service fédéral d'hygiène publique à MM. les chefs des postes sanitaires de frontière, 30 octobre 1946.

50 *Idem.*

51 ACV, K VIII f 145, Lettre du Service fédéral d'hygiène publique à MM. les chefs des postes sanitaires de frontière, 27 octobre 1947.

52 *Idem.*

annuler en tout temps un visa d'entrée, si des faits de nature à faire considérer l'entrée de l'étranger comme indésirable viennent à être connus⁵³ ».

L'autorité fédérale donne ainsi aux Services sanitaires des frontières la consigne de refouler tous les travailleurs ayant une capacité de travail réduite, quelle qu'en soit la raison. Sont de fait concernés par cette mesure les ouvriers souffrant d'une réduction importante de la fonction de l'un des membres supérieurs ou inférieurs si cette réduction entraîne un risque professionnel ou une diminution de la capacité de travail, les ouvriers souffrant d'eczéma de la main et devant manier du ciment, les ouvriers atteints de cécité partielle si cette dernière augmente les risques professionnels, les ouvriers souffrant d'épilepsie ou présentant des symptômes d'insuffisance cardiaque⁵⁴.

Selon une logique qui découle de l'esprit des conventions sanitaires internationales du 19^e siècle, le contrôle sanitaire de frontière s'apparente aussi bien à une mesure de nature économique qu'à une mesure proprement sanitaire. Il est toutefois demandé aux médecins « de ne pas être trop sévères dans [leurs] appréciations, vu la pénurie de main d'œuvre existant actuellement de [le] pays⁵⁵ ».

Les travailleurs italiens, dont la plupart retournent régulièrement dans leur pays d'origine en raison de leur statut de saisonniers, sont tenus de repasser la visite si leur dernier examen remonte à plus de six mois⁵⁶. Lorsque l'examen médical fait état d'une incapacité, celle-ci est notifiée dans le

passport du travailleur à côté du tampon certifiant que la radioscopie a été effectuée. Pour faire renouveler leur titre de séjour, les travailleurs italiens sont d'ailleurs tenus de se soumettre une nouvelle fois à un contrôle radiographique. Cette mesure, suggérée par le Service fédéral de l'hygiène publique est mise en place conjointement avec la Police des étrangers du canton de Vaud en 1946⁵⁷. Et il arrive que la mise en place d'une politique systématique de contrôle des capacités de travail se conforme directement à la volonté patronale. En 1947, face à la pression de certains employeurs se plaignant d'avoir vu arriver des étrangères enceintes auxquelles l'entrée en Suisse devrait être refusée, les autorités fédérales sont conscientes que la question est sensible; même si les « avis divergent », il serait, selon le Service fédéral de l'hygiène publique, préférable de se prémunir contre ce genre de situation. Au risque de contrevenir au secret médical, les médecins de frontière, lorsque qu'ils constatent qu'une ouvrière étrangère est enceinte, seront donc priés de « se mettre aussitôt en communication téléphonique avec son employeur pour lui demander s'il est d'accord ou non de la prendre en service⁵⁸ ».

La directive prévoit que si la réponse de l'employeur est négative, l'ouvrière sera reconduite à la frontière par les forces de police.

On constate ainsi que les mesures prises à l'origine pour se préserver de maladies contagieuses, en l'occurrence de la tuberculose, devenues l'occasion d'un contrôle médicalisé des capacités de travail,

• • • • •
53 *Idem.*

54 *Idem.*

55 *Idem.*

56 Initialement, les autorités prévoient un délai de trois mois, qui s'avère toutefois trop court et qu'il est difficile de respecter.

• • • • •
57 K VIII f 331, Lettre du Service fédéral de l'hygiène publique au Service sanitaire du canton de Vaud, 8 octobre 1946.

58 ACV K VIII f 145, Lettre du Service fédéral de l'hygiène publique à MM. les chefs des postes sanitaires de frontière, 17 juillet 1947.

se font aussi l'instrument d'une politique de tri des travailleurs et des travailleuses étrangers basée sur leur capacité de travail. Dans les faits, cette politique est le fruit d'une collaboration entre services sanitaires, services de police des étrangers et patronat. Les critères économiques se mêlent ainsi aux données épidémiologiques, selon une logique de préservation des biens nationaux que constituent population, territoire, marché du travail et

assurances sociales, biens qu'il convient de protéger contre une série de menaces allant de la femme enceinte au bacille de Koch.

Sur le plan de la prévention, la question de la tuberculose donne lieu à une multiplication d'études faisant la part belle à une approche prophylactique dont l'échelle est, pour l'heure, européenne. En Suisse même, ce sont les travailleurs d'origine étrangère qui sont particulièrement touchés par la



Distribution des passeports aux ouvriers au poste-frontière de Brigue à la fin de la saison, 1966
(Source : Musée historique de Lausanne • Photo et crédit : Claude Huber)

maladie, en dépit du fait que l'immense majorité d'entre eux ait subi un examen radioscopique lors de leur entrée dans le pays et que les cas suspects alors détectés aient été en principe refoulés. C'est là une première occasion, pour les médecins qui s'intéressent aux causes d'une telle inégalité, d'adopter une démarche de type socio-anthropologique. Un article publié dans le *Bulletin des médecins suisses* suggère ainsi que «l'arrivée en Suisse signifie pour les ouvriers étrangers un changement de climat, de nourriture et de conditions de logement, qui contribue sans aucun doute à accroître la morbidité par tuberculose constatée chez eux⁵⁹».

Il ne s'agit là que d'hypothèses qui pourraient expliquer que «la majorité des ouvriers étrangers tuberculeux ont été contaminés ou sont tombés malades en Suisse⁶⁰».

De telles conclusions relativisent l'utilité des contrôles effectués à la frontière et nécessitent d'être affinées. De fait, pour certains experts, la surreprésentation des étrangers parmi les tuberculeux doit être mise en doute: on s'interroge sur la pertinence de ces chiffres et le bien-fondé des mesures sanitaires qui en découlent. Le phénomène s'expliquerait principalement par l'existence d'un système de dépistage beaucoup plus strict pour les étrangers⁶¹. Et c'est l'usage de catégories sociologiques pour le dépistage qui induirait de tels résultats. Les variations épidémiologiques ne sauraient justifier la mise en place de mesures différenciées; c'est au

59 F. KAUFMANN, «Main-d'œuvre étrangère et lutte antituberculeuse», *Bulletin des médecins suisses*, 44, 1963, pp. 86-88.

60 *Idem*.

61 Pierre PRESS, «La tuberculose chez les travailleurs étrangers en Suisse», *Praxis. Revue suisse de médecine*, 51, 1965, pp. 1552-1558.

contraire l'ensemble de la population qui devrait pouvoir bénéficier de contrôles réguliers:

Il serait judicieux d'envisager une intensification de la lutte contre la tuberculose sur le plan suisse en général, plutôt que d'adopter des mesures dirigées exclusivement contre la tuberculose des travailleurs étrangers. De telles mesures, qui n'iraient pas sans très grandes complications administratives, laisseraient de côté le groupe le plus important au point de vue épidémiologique, celui des autochtones⁶².

Cette position est toutefois remise en cause dans une autre recherche, parue en 1972 sous la forme d'une thèse de médecine consacrée à la tuberculose chez les travailleurs étrangers⁶³, où est étudié le développement de la tuberculose chez deux groupes de deux cents malades chacun, l'un composé d'étrangers, l'autre de Suisses. Outre la nationalité des patients, l'étude s'intéresse particulièrement aux conséquences épidémiologiques de la migration. Ainsi explique-t-on la surreprésentation d'étrangers parmi les tuberculeux entre autres par leur environnement social et professionnel. Les conditions de travail et de logement, le manque d'hygiène et l'alimentation défectueuse seraient les facteurs principaux, auxquels s'ajoute «l'aspect psychologique du dépaysement⁶⁴». Tout en admettant que la tuberculose n'est pas à proprement parler une maladie psychosomatique, on estime néanmoins que «tout 'stress' psychologique ou moral peut avoir une influence sur [son] éclosion⁶⁵»; parmi les mesures prophylactiques proposées demeure

62 *Idem*, p. 1558.

63 Jean-Marc VON GUNTEN, *La tuberculose des travailleurs étrangers en Suisse*, La Chaux-de-Fonds, Imprimerie moderne, 1972.

64 *Idem*, p. 14.

65 *Idem*.

le maintien des contrôles à la frontière, même si le nombre de personnes refoulées n'est que de 5%. Cette mesure n'est « pas seulement destinée à assurer la protection des autochtones, mais plutôt à éliminer les sources d'infection chez les travailleurs étrangers qui vivent souvent à l'intérieur du pays en collectivités fermées⁶⁶ ».

Les étrangers, volontiers mis en cause lorsque des épidémies font des ravages au sein de la population suisse, sont également pointés du doigt lorsque la maladie les atteint eux-mêmes, en raison d'une constitution fragile ou de l'inadéquation de leur mode de vie. Quelles que soient leurs divergences d'interprétation, ces différentes études médicales sont représentatives de la volonté qui se fait jour, dès cette décennie, parmi la communauté scientifique et médicale d'intégrer plus finement les facteurs sociologiques aux études épidémiologiques. Certes, on sait depuis le 19^e siècle que la misère, favorisant le manque d'hygiène, est un terrain social favorable à la circulation des germes; mais c'est sur la mise en place de mesures fondées sur des critères sociologiques et sur l'attention plus aiguë à porter aux conséquences psychologiques de la migration sur lesquelles il conviendra désormais d'insister.

À la fin du 20^e siècle, les politiques de contrôle sanitaire subissent une nouvelle fois d'importantes modifications, en particulier sous la pression de la Fédération suisse des ouvriers du bois et du bâtiment (FOBB)⁶⁷. Cette dernière estime que les

contrôles médicaux des travailleurs étrangers, ne tenant pas compte des services en charge que ces derniers doivent effectuer, sont insuffisants, et que par ailleurs cette mesure ne s'applique pas pour « les travailleurs titulaires d'un permis de courte durée, les travailleurs clandestins, les membres des familles de saisonniers, le personnel des missions diplomatiques etc. [qui] échappent à tout contrôle et ne sont pas suivis⁶⁸ ».

Souhaitant mettre fin à cette pratique jugée inutile et vexatoire⁶⁹, la FOBB juge qu'il serait plus opportun de maintenir un contrôle à la frontière uniquement lors de la première entrée d'un travailleur en Suisse:

Cet examen médical serait rendu plus serein et moins dégradant qu'aujourd'hui par la réduction du nombre de visites. Il gagnerait aussi en sérieux et pourrait être étendu au dépistage ou à la prévention d'autres maladies⁷⁰.

La Confédération consent à revoir sa politique. Dès 1992, les travailleurs européens ou « occidentaux⁷¹ » ne sont plus soumis aux contrôles; en revanche, les requérants d'asile et les « travailleurs venant de certains pays à risque accru⁷² » feront

⁶⁶ *Idem*.

⁶⁷ La Fédération suisse des ouvriers du bois et du bâtiment est née en 1922 de la fusion de la Fédération des ouvriers sur bois et de la Fédération des travailleurs du bâtiment. Elle a toujours présenté en son sein une importante proportion de travailleurs étrangers.

⁶⁸ Éric-Alain KOHLER, « Des contrôles discutés », *Gazette de Lausanne*, 3 mars 1989.

⁶⁹ Jean STEINAUER et Malik VON ALLMEN, *Changer la baraque. Les immigrés dans les syndicats suisses, 1945–2000*, Lausanne, Éditions d'En bas, 2000, p. 45.

⁷⁰ Éric-Alain KOHLER, « Des contrôles discutés », *Gazette de Lausanne*, 3 mars 1989.

⁷¹ Sous ce qualificatif, il faut comprendre, outre les ressortissants de pays membres de la communauté européenne (CE), ceux des États-Unis, du Canada, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

⁷² « Des contrôles sanitaires assouplis pour les immigrés », *Gazette de Lausanne*, 5 septembre 1991.

l'objet de « mesures ciblées⁷³ ». Ces impulsions, venues des mouvements syndicaux, rejoignent les préoccupations des spécialistes de la médecine du travail: c'est l'ensemble de la politique sanitaire,



Contrôle anti-tuberculeux de travailleurs étrangers
au poste frontière de Brigue, 1966
(Source : Musée historique de Lausanne
Photo et crédit : Claude Huber)

• • • • •
73 *Idem.*

qu'elle soit déployée à l'attention des travailleurs suisses ou étrangers, qui doit être réévaluée. Selon la FOBB, « tous les travailleurs des métiers présentant des risques [doivent] bénéficier de prestation médicales préventives⁷⁴ ».

À ce jour, l'organisation des mesures sanitaires continue d'évoluer, en fonction notamment des politiques de migration et de leurs modalités d'application. Des contrôles « ciblés » – la plupart du temps effectués dans les zones aéroportuaires – succèdent désormais aux cordons mis en place tout au long de la frontière, qui, avec le temps, se seront avérés coûteux et peu efficaces.

DU PALUDISME À LA GRIPPE H1N1: NOUVELLES MENACES ET VIEILLES LOGIQUES

Le concept de mondialisation est volontiers invoqué pour décrire les mutations, tant sociales et culturelles qu'économiques, intervenues depuis le milieu du 20^e siècle. Au cours de ces dernières décennies en particulier, le développement des moyens de transport et l'intensification des flux migratoires se sont considérablement accrus. En Suisse, pays dépourvu d'un passé de puissance coloniale et exploratrice, la spécialité de la médecine tropicale est restée pendant longtemps marginale dans le champ académique. C'est essentiellement avec le développement du tourisme international, récent d'un point de vue

• • • • •
74 *Idem.* L'histoire de la médecine du travail en Suisse reste à faire: il serait intéressant, en particulier, d'évaluer dans quelle mesure l'existence de contrôles sanitaires pour les travailleurs étrangers a pu constituer un premier socle pour la revendication d'une politique préventive plus générale et au service de l'ensemble de la population résidant en Suisse.

historique, que se mettent en place des structures dédiées à la prévention et au soin des maladies infectieuses.

Après l'avènement dès les années quatre-vingts du SIDA et l'extraordinaire bouleversement que cette maladie a provoqué sur les mentalités et les structures à l'échelle de la planète, le début du 21^e siècle est également marqué par l'apparition et la propagation rapide de nouvelles épidémies ou menaces épidémiques, tels le SRAS⁷⁵ ou l'épidémie de grippe liée au virus A H1N1⁷⁶. Leur écho est assurément sans commune mesure avec le nombre des victimes, à la différence d'autres affections telles que le paludisme ou la tuberculose, assurément plus discrètes sur le plan médiatique, mais dont l'empreinte sur la santé de la population mondiale est considérable. C'est à l'aune de ces différentes menaces, «nouvelles» ou plus traditionnelles, que désormais s'élaborent les politiques sanitaires menées conjointement au plan international.

La médecine tropicale, entre colonialisme, tourisme et humanitarisme

La Suisse ne s'est intéressée que tardivement aux maladies d'origine tropicale, à la différence des pays voisins, où ce sont incontestablement les besoins des administrations coloniales qui ont encouragé le développement de cette spécialité.

75 Le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), apparu en 2002, s'est propagé en Chine et dans quelques pays en 2003, suscitant le lancement par l'OMS d'une alerte mondiale.

76 Le virus de la grippe A H1N1, apparu vraisemblablement au Mexique en 2009, est à l'origine d'une pandémie de grippe en 2009-2010, et d'une crise sanitaire majeure à l'échelle de la planète.

Si, depuis les années trente il existe une Société suisse de médecine tropicale et, depuis 1943, un Institut de médecine tropicale à Bâle, ce domaine d'étude et d'activité demeure à l'origine restreint. À défaut d'empire colonial, c'est principalement les besoins des missionnaires et des commerçants voyageant dans l'hémisphère sud qui motivent la création de telles institutions. Toutefois, des débouchés existent à l'étranger. En effet, comme le note un diplomate helvétique dans l'Entre-deux guerres, «les jeunes médecins suisses [...] sont très appréciés par l'administration coloniale⁷⁷», en l'occurrence l'administration belge, qui n'hésite pas à venir les recruter dans les universités du pays. Mais un demi-siècle plus tard, le problème des maladies tropicales se pose de manière très différente. Les moyens de transport se sont démocratisés, en même temps que la médecine dite «humanitaire» s'est développée, se substituant, selon des modalités qui restent à étudier, à la médecine coloniale. Les années septante constituent un moment charnière dans la mise en place d'une formation et de structures dévolues à la médecine tropicale et à la médecine des voyages. En 1973, l'Université de Lausanne envisage pour la première fois d'instaurer un enseignement en médecine tropicale et santé publique. Cet enseignement comblerait un manque dont souffre la Suisse romande en même temps qu'il pourrait offrir d'éventuels débouchés à l'extérieur de la Suisse «en période de pléthore⁷⁸».

77 Archives de l'Université, 2.7.3, Stage au Congo belge, Lettre de la légation suisse en Belgique au doyen de la Faculté de médecine, 30 janvier 1928.

78 Archives de l'Université de Lausanne, 0.4.15, Enseignement de la médecine tropicale, Rapport sur la création d'un enseignement en médecine tropicale à la Faculté de médecine, 22 décembre 1975.

Certains membres du Conseil décanal émettent des réserves. On craint que les débouchés restent limités pour les étudiants, « les pays du tiers monde [...] tendant à ne plus accepter les débutants ». Une vision néo-colonialiste de l'engagement à l'étranger se fait encore sentir, au moment où certains soulignent le peu d'intérêt que présente la création d'un tel enseignement :

Les problèmes de santé publique en pays tropical, lesquels sont en effet liés à l'économie, relèvent des grandes entreprises, dont le nombre en Suisse est restreint [...]. La question se pose d'une manière différente dans un pays comme la France dont la politique vise à assurer sa position dans les pays du tiers monde⁷⁹.

Après ce débat, le décanat décide de ne pas donner suite à cette proposition. Toutefois, ni le rapport, signé du professeur Jean-François Cuendet, ni le procès-verbal du Conseil décanal n'évoquaient la question du tourisme. De fait, il semble que cet aspect, pourtant déterminant dans le développement de la médecine tropicale – d'ailleurs de plus en plus souvent appelée « médecine des voyages » – soit pour l'heure encore négligeable. Or les voyages dans l'hémisphère sud ne sont plus l'apanage des employés des administrations coloniales et de quelques commerçants téméraires, et les touristes suisses sont de plus en plus nombreux à se rendre sous les tropiques, revenant parfois accompagnés de parasites indésirables :

Il n'est pas besoin [...] d'aller chercher les maladies tropicales dans leurs pays d'origine: elles viennent d'elles-mêmes chez nous⁸⁰.

• • • • •

79 Procès-verbal du Conseil décanal, Faculté de médecine de l'Université de Lausanne, 13 janvier 1976.

80 Milka FRÜHWIRTH, « Le paludisme en Suisse – un tiers des cas diagnostiqués comme une grippe », *Bulletin des médecins*

Et lorsque des cas de paludisme sont détectés en Suisse, c'est le manque d'expérience des médecins suisses, dépourvus d'une tradition de médecine coloniale, qui est pointé du doigt :

Les médecins suisses, comme ceux de la plupart des pays qui ne possédaient pas de colonies, sont insuffisamment formés pour le diagnostic et le traitement des maladies tropicales⁸¹.

Il reviendra à la Policlinique médicale universitaire lausannoise de mettre en place, dans les années septante, un centre de vaccination et de médecine des voyages, notamment sous l'impulsion de Roger Darioli. L'Office fédéral de la santé publique met alors en place un système de centres agréés pour les vaccinations: la PMU sera l'un de ceux-là. Son activité s'articulera tout d'abord autour des « maladies d'importation⁸² », dont la fièvre jaune et la rage. De fait, la dimension géographique de ces maladies est relativisée, puisque la plupart d'entre elles peuvent se transmettre hors climat tropical et « ce sont surtout le niveau de vie et d'hygiène des populations qui conditionne la pathologie observée⁸³ ». À Lausanne, la médecine des voyages se profile comme l'ambassadrice d'une médecine mondiale intégrant une vision globalisée. Durant les trente dernières années, le nombre de touristes a explosé :

• • • • •

suisses, 58, 1977, pp. 1517–1521.

81 *Idem*.

82 Cette formule est employée par André ROUGEMONT, « Facteurs épidémiologiques dans le diagnostic des maladies tropicales d'importation », *Bulletin des médecins suisses*, 65, 1984, pp. 1010–1014.

83 *Idem*.

Un peu plus de 200 millions de touristes internationaux en 1980, 564 millions en 1995, un milliard en 2010 et un milliard et demi en 2020⁸⁴.

Aux touristes s'ajoute un nombre également toujours croissant de migrants⁸⁵ auxquels doivent inéluctablement s'adapter les médecins, non seulement en termes scientifiques ou cliniques, mais aussi en termes culturels :

Brassage de populations, circulation sans précédent des marchandises et des germes, mélange des cultures et des visions du monde⁸⁶.

Selon les spécialistes de la médecine des voyages, intégrer dans la pratique les impératifs de l'écrasement des distances géographiques passe par l'avènement d'une culture médicale globalisante – sur le plan sanitaire comme sur celui de la responsabilité du médecin⁸⁷. C'est ainsi, paradoxalement, la médecine des voyages qui s'impose aujourd'hui comme un des vecteurs de la dé-territorialisation des pratiques médicales.

Les menaces bactériologiques au 21^e siècle : l'éternelle métaphore de la guerre

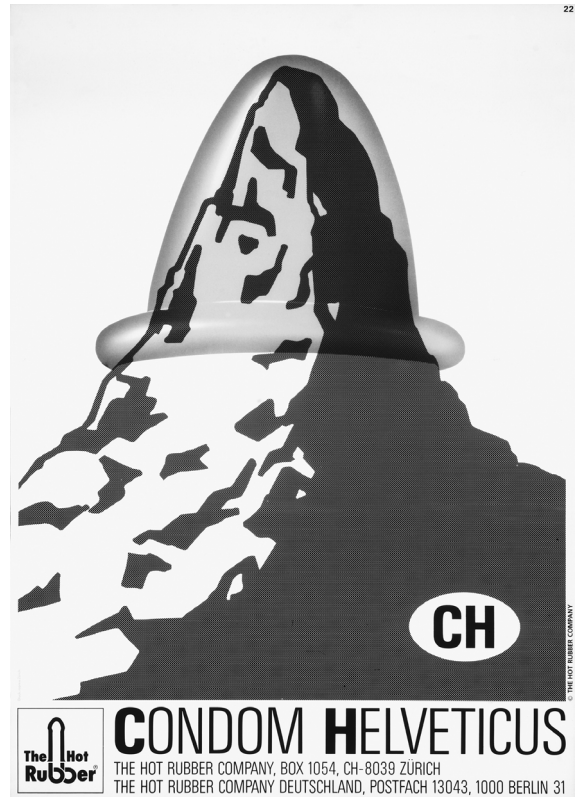
Alors que l'Europe espère avoir triomphé des maladies infectieuses, la résurgence de certaines

⁸⁴ Louis LOUTAN et Blaise GENTON, « Éditorial: globalisation de la mobilité des personnes et de l'information », *Médecine & Hygiène*, 60, 2002, p. 931.

⁸⁵ Nous en examinerons la prise en charge spécifique dans le chapitre suivant.

⁸⁶ Louis LOUTAN et Blaise GENTON, « Éditorial: globalisation... », op. cit.

⁸⁷ Louis LOUTAN et Blaise GENTON, « Genève, San Diego, Santa Cruz, Asunción, La Réunion et retour: santé globale – responsabilité globale », *Revue médicale suisse*, 4, 2008, pp. 1187–1188.



Les années SIDA et les premières campagnes de prévention.
The Hot Rubber Company, Zurich
(Source: Bibliothèque nationale suisse, Cabinet des estampes)

maladies – notamment dans les pays du Sud – ainsi que l'apparition de virus jusque-là inconnus, modifie le paysage épidémiologique. Les menaces évoluent, les métaphores guerrières demeurent. À cet égard, le très récent message⁸⁸ du Conseil Fédéral

⁸⁸ Le Conseil fédéral, Message concernant la révision de la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, LEp), 3 décembre 2010, dis-

au sujet des modifications prévues de la loi sur les épidémies (LEp) est intéressant à plus d'un titre. Les enjeux politiques et sanitaires, articulés autour des épidémies et de leur prévention, illustrent exemplairement les tensions classiques entre droit individuel et bien collectif. Les dispositifs imaginés sont à l'image de l'action espérée; transparaissent ainsi également les représentations culturelles entourant les maladies. L'adaptation législative se justifie par l'intensification de la « mobilité internationale⁸⁹ » et par l'apparition de nouveaux virus, notamment le SRAS et le virus A H1N1. L'état de guerre est permanent:

Les humains et les agents pathogènes s'affrontent donc aujourd'hui encore dans une lutte dont les paramètres évoluent constamment⁹⁰.

C'est cet état d'exception et le fait que désormais, la santé publique est définie comme un bien public mondial qui permettent d'imaginer la possibilité d'une limitation des droits fondamentaux⁹¹. Les principales modifications apportées à la loi sur les épidémies, du moins celles dont on pense, assurément à juste titre, qu'elles vont faire débat, permettent aux autorités d'imaginer, parmi d'autres mesures de police sanitaire, l'utilisation de la contrainte pour mener à bien la lutte contre certaines maladies (on pense notamment aux vaccinations obligatoires pour certains « groupes cibles » ou catégories de la population).

Pendant la première moitié du siècle, l'attention s'était portée principalement sur les frontières, qui matérialisaient la séparation avec l'étranger: le territoire national était protégé de l'invasion d'éléments biologiques indésirables grâce au contrôle des personnes dont l'hygiène ou la santé passaient pour suspectes. Le cas échéant, des mesures empêchant la diffusion de maladies, telles les désinfections ou les quarantaines, étaient prises. On pratiquait en somme une stratégie de défense géographique et mécaniste.

Au début du 21^e siècle, la situation a considérablement évolué. L'intensification du trafic, notamment aérien, modifie – voire, sous certains aspects, relativise sérieusement – la notion de frontière. Par ailleurs, avec le phénomène des Suisses voyageant à l'étranger, il n'est plus possible de considérer l'Autre comme le seul vecteur de l'importation de maladies dans notre pays. C'est l'occasion pour la communauté médicale de repenser ses pratiques dans un contexte où la maladie s'inscrit moins dans une logique géographique que selon des déterminants sociaux, politiques et culturels. Mais certaines métaphores persistent, signe que des logiques anciennes sont encore à l'œuvre. Elles continuent d'alimenter les inquiétudes de certains face à la restriction des droits fondamentaux, dans la mesure où « les peurs, les violences, les exclusions, les stigmatisations de couches sociales à risque et menaçantes [...] sont toujours les compagnes des épidémies⁹² ».

.....
ponible sur le site de la confédération: www.admin.ch/ch/ff/ff/2011/291.pdf.

89 *Idem*, p. 301.

90 *Idem*, p. 300.

91 *Idem*, p. 321.

.....
92 Dominique CHEVÉ et Michel SIGNOLI, « Les corps de la contagion corps atteints, corps souffrants, corps inquiétants, corps exclus? », *Corps*, 5, 2008, pp. 11–14; 13.



Le Dispensaire des pauvres à la fin du 19^e siècle, Place Pépinet à Lausanne, ancêtre de la PMU
(Source et crédit : Musée historique de Lausanne)



LES MIGRANTS : UNE NOUVELLE CATÉGORIE DE PATIENTS

Le regard que porte la médecine sur les migrants – ou personnes déplacées – en tant que population justifiant une approche spécifique est la résultante de plusieurs courants qui se développent au cours de la seconde moitié du 20^e siècle. Saisies à travers les lunettes de la sociologie, de la médecine du travail ou encore de l’anthropologie, les affections qui touchent les migrants sont interprétées selon une perspective plurielle qui tente de rendre compte des caractéristiques des flux migratoires. Ces approches témoignent de la volonté de comprendre la maladie non seulement comme une pure donnée biologique, mais aussi comme le résultat d’interactions sociales et culturelles. L’intérêt porté aux différences entre les perceptions de la santé favorise un regard réflexif de la part des soignants sur leur propre pratique et l’intégration dans cette dernière d’un système de références socio-culturelles.

LES PREMIERS REGARDS SUR LA SANTÉ MENTALE DES RÉFUGIÉS

C’est dans la première moitié du 20^e siècle que les psychiatres commencent à s’intéresser aux conséquences psychologiques des traumatismes liés aux conflits, en particulier à ce qu’on a appelé

la « guerre totale¹ ». La revue française *Annales médico-psychologiques*, notamment, publiée dès 1915 des recherches effectuées par des médecins militaires². Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les recherches psychiatriques concernent les traumatismes subis par les belligérants, ainsi que les réfugiés et déportés. Eugène Minkowski présente ainsi en 1946 à la réunion de la Société suisse de psychiatrie une communication restée fameuse : « Les conséquences psychologiques et psychopathologiques de la guerre et du nazisme³ », où il décrit les répercussions psychologiques qui touchent les rescapés des camps.

Pendant la guerre, la Suisse accueille de nombreux réfugiés et rapatriés, qui sont internés dans des camps. Les troubles d’ordre psychologique qui se manifestent parmi cette population inquiètent rapidement les autorités, si bien qu’en 1944

.....

- 1 Ce terme qualifie les conflits qui requièrent la mobilisation des ressources d’un État à tous les niveaux : militaire, économique, industriel etc.
- 2 Annette BECKER, « Guerre totale et troubles mentaux », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 55, 2000, pp. 135–151.
- 3 Eugène MINKOWSKI, « Les conséquences psychologiques et psychopathologiques de la guerre et du nazisme. Aspect général du problème », *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 61, 1948, pp. 280–302. Minkowski (1885–1972), d’origine polonaise, s’est formé auprès d’Eugen Bleuler au Bürgliholzli de Zurich, avant de devenir un des plus importants psychiatres en France.

L'Académie suisse des sciences médicales confie à la psychiatre zurichoise Maria Pfister-Ammende le soin de mener une enquête sur la santé mentale des internés. Cette recherche s'accompagne de la mise en place d'un Service psychothérapeutique des réfugiés dépendant du Département fédéral de justice et police⁴. Cette unité, qui fonctionna pendant quatre ans, constitue vraisemblablement le premier service suisse de prise en charge spécifiquement destiné aux migrants. Outre des visites hebdomadaires effectuées dans les camps, le Service dispense des cours à l'attention du personnel des camps portant sur les troubles psychopathologiques susceptibles de toucher les « déracinés⁵ ».

Près de 70 psychiatres de tous les cantons contribuent à cette recherche et une importante quantité de documents, médicaux ou non, sont recueillis⁶. Les dossiers de 715 patients chez qui des troubles ont été constatés – sur les 16'462 réfugiés et rapatriés ayant été internés entre 1947 et 1948 – constituent toutefois la source principale d'information pour Pfister-Ammende. La richesse de ces données provient, selon elle, du fait « qu'on puisse comparer deux groupes d'immigrants [réfugiés et rapatriés suisses] nettement différents, mais pris au même moment, dans un même pays, vivant dans des conditions identiques, soumis à la même administration et bénéficiant des mêmes soins médicaux

et psychiatriques, et qu'on ait sur eux tous les renseignements démographiques souhaitables: nationalité, âge, sexe, religion, occupations, etc.⁷ »

L'étude révèle que les troubles sont plus fréquents chez les internés que chez les réfugiés, ce qui peut notamment s'expliquer par le fait que le séjour de ces derniers dans les camps est moins long et moins strictement réglementé, alors que les internés souffrant d'affections mentales semblent y demeurer bien plus longtemps, sans toutefois que l'on puisse déterminer si leurs affections sont la cause ou l'effet du séjour prolongé⁸; par ailleurs, les juifs seraient proportionnellement moins touchés par des affections mentales⁹. Cette recherche sur la santé mentale des réfugiés et rapatriés est sans doute la première étude d'une telle envergure en Suisse; elle vient renforcer la perception générale des troubles dont souffrent les internés en tant que conséquences des atrocités de la guerre et des vicissitudes de leur parcours migratoire. Or, avec la naissance d'une migration professionnelle, le regard de la communauté médicale va se modifier, comme le montrent les études menées au sujet des travailleurs italiens dans le canton de Vaud.

LA FOLIE DES AUTRES : L'APPORT DE L'ANTHROPOLOGIE

Pour comprendre les soubassements des recherches de psychiatrie menées sur les étrangers dans les années soixante, il est utile de revenir sur le rapprochement qui s'opère entre l'anthropologie et la

• • • • •
4 Maria PFISTER-AMMENDE, « Symptomatologie, traitement et pronostic des maladies mentales chez les réfugiés et les rapatriés en Suisse », *Personnes déplacées. Recueil d'études sur la psychologie des réfugiés et leur santé mentale et les problèmes de leur réinstallation*, Paris, UNESCO, 1955, pp. 159–186. Au cours de sa carrière, Maria-Pfister Ammende (1910–1992) exerce la psychanalyse à Zurich.

5 *Idem*, pp. 164–165.

6 *Idem*, p. 161.

• • • • •
7 *Idem*, p. 162.

8 *Idem*, p. 170.

9 *Idem*, p. 175.

psychiatrie au court du 20^e siècle. Dans le cadre de la colonisation, les psychiatres notamment, mais aussi les anthropologues interrogent les fondements des structures mentales humaines et leur éventuel universalisme. Lucien Lévy-Bruhl¹⁰, par exemple, publie en 1922 une étude intitulée *La mentalité primitive*¹¹ qui tente de cerner les caractéristiques psychologiques des peuples dits « primitifs ». Selon lui, ces recherches sont indispensables aux visées d'expansion de son pays¹². De fait, les recherches menées dans le domaine de la psychiatrie coloniale sont exemplaires de telles accointances de la science et de la politique coloniale¹³. Cruciales pour qui veut saisir les rapports de domination postcoloniaux, elles éclipsent quelque peu, dans l'historiographie de la médecine, les études sur la santé des migrants qui leur sont contemporaines. Pourtant, l'analyse croisée de ces discours parallèles sur les étrangers – migrants ou non – permet d'éclairer les concepts scientifiques produits par les médecins pour comprendre l'Autre¹⁴, et contribue

simultanément à étayer l'histoire des politiques migratoires.

Dans le cas de la Suisse, qui n'a pas de passé colonial, les études produites au lendemain de la guerre sont représentatives des phénomènes migratoires touchant spécifiquement ce pays. Pourtant, les recherches menées sur les migrants s'inscrivent dans un contexte scientifique largement tributaire d'une conception des cultures héritée des sciences coloniales.

Le milieu : un concept anthropologique utile ?

C'est notamment autour de la notion de « milieu » que se joue l'articulation des théories psychiatriques et anthropologiques. En fait, dans les années cinquante, cette notion – comme donnée culturelle ou sociale – a déjà largement imprégné les théories psychiatriques et semble indissociable de la conception des soignants confrontés aux patients migrants. En 1956, une discussion consacrée à l'influence du milieu sur les réactions psychiques est organisée par la Société Suisse de psychiatrie et de neurologie. Les médecins lausannois Hans Steck¹⁵, William

.....
10 Lucien Lévy-Bruhl (1857–1939) est un philosophe et anthropologue français.

11 Lucien LÉVY-BRUHL, *La mentalité primitive*, Paris, Alcan, 1922. Notons que si dans cette première édition Lévy-Bruhl soutient la thèse d'une mentalité primitive fondamentalement différente de celle des nations colonisatrices; il reviendra ultérieurement sur cette position.

12 Voir à ce sujet Thierry BAUBET, Marie Rose MORO *et al.*, *Psychiatrie et migrations*, Paris, Masson, 2003.

13 *Idem*, p. 18.

14 Ne pouvant ici livrer une analyse détaillée des nombreuses études menées sur les migrants pendant la période coloniale, nous nous contenterons donc de mentionner quelques titres français significatifs autour de 1950: G. BOITELLE et C. BOITELLE-LENTULA, « Psychoses réactionnelles au dépaysement des travailleurs étrangers », in *42^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Clermont-Ferrand, A. Coueslant, 1949; Charles-Félix DARLET, *Les psychopathes étrangers à l'hôpital Henri-Rous-*

.....
selle. Contribution à l'étude des troubles mentaux chez les étrangers et naturalisés résidant en France, Thèse de médecine, Paris, 1942; René MARTIAL, *Races, hérédité, folie: étude d'anthropo-sociologie appliquée à l'immigration*, Paris, Mercure de France, 1938; Paul SIVADON, Philippe KOEHLIN *et al.*, « À propos des troubles mentaux des transplantés », *Annales médico-psychologiques*, 112, 1954, pp. 101–106.

15 Hans Steck (1891–1980) est professeur de psychiatrie à l'Université de Lausanne et directeur de l'Hôpital psychiatrique de Cery de 1936 à 1960.

Boven¹⁶ et Pierre-Bernard Schneider¹⁷ participent à cette réunion qui se tient à Cery. Le « milieu » se comprend alors au sens large, impliquant non seulement le noyau familial et affectif, mais aussi la structure sociale de la communauté d'un individu. Associée aux facteurs héréditaires et organiques des maladies mentales, cette notion s'intègre à l'étiologie telle que la conçoivent les psychiatres. Bien qu'elle constitue le pendant culturel du versant biologique, il est difficile de savoir dans quelle mesure les psychiatres de l'époque ne la naturalisent pas, ou du moins ne l'englobent pas dans une conception évolutionniste de la culture. De fait, la notion de « milieu » n'est pas nécessairement comprise comme purement sociale, puisqu'elle renvoie à l'idée d'hérédité, dans la mesure où cette dernière permet de caractériser les caractères biologiques transmis au sein de la société.

Lors de la réunion évoquée plus haut, Steck affirme qu'« il y a un fond délirant qui paraît échapper au temps et à l'espace, c'est la régression vers le monde magique de la mentalité primitive de Lévy-Bruhl. Cette magie est la réponse adéquate au monde de la peur et de l'angoisse dans lequel vit le schizophrène autant que certains primitifs¹⁸ ».

À l'inverse, son collègue français Henri Aubin explique que « l'étude des sociétés primitives ou archaïques montre que les inadaptations y sont

• • • • •

16 William Boven (1887–1970) est professeur de psychiatrie, puis recteur de l'Université de Lausanne.

17 Pierre-Bernard Schneider (1916–2005) est directeur de la polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne de 1948 à 1982. Ses recherches portent notamment sur la psychologie médicale et la psychiatrie extra-hospitalière.

18 Hans STECK, « Symposium consacré à l'influence du milieu sur les réactions et évolutions psychiques », *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 80, 1957, p. 406.

rare [...], que certaines formes de névroses, de psychopathies et d'états psychosomatiques y sont pratiquement inconnus. La rigidité de ces structures sociales, à côté d'inconvénients divers, à du moins l'avantage de réduire les problèmes personnels et de donner un cadre de sécurité relative¹⁹ ».

De telles explications oscillent entre une certaine fascination pour le mythe du « bon sauvage » et la désapprobation de pratiques culturelles jugées pathogènes. Dans les deux cas, les individus qualifiés de « primitifs » semblent appartenir à leur communauté de manière quasi organique. Évoquant la migration de populations d'origine maghrébine en France, Steck utilise d'ailleurs le terme de « transplantés²⁰ ». Cette vision naturaliste de l'imbrication du corps individuel, de l'environnement et du corps social aura son poids sur les thèses développées dans les années soixante au sujet des migrants italiens. Toutefois, dix ans auparavant, le fait que la migration soit un terrain propice au développement de pathologies psychologiques ou psychiatriques semble alors entendu. Pour Steck, « la réaction psychologique et psychopathologique au déracinement est connue de vieille date²¹ ».

Il cite notamment le cas des ouvriers saisonniers italiens chez qui l'on constate « des réactions particulières schizophréniformes anxieuses²² ». Dans la décennie qui suivra, ces premières constations seront confirmées par des recherches plus systématiques.

• • • • •

19 Henri AUBIN, « Symposium consacré à l'influence du milieu sur les réactions et évolutions psychiques », *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 80, 1957, p. 412.

20 Hans STECK, « Symposium consacré à l'influence du milieu sur les réactions et évolutions psychiques », *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 80, 1957, p. 409.

21 *Idem*, p. 408.

22 *Idem*.

LES MIGRANTS ENTRE MÉDECINE DU TRAVAIL ET PSYCHIATRIE

Une première étude systématique à Lausanne

C'est à la policlinique psychiatrique universitaire de Lausanne, dirigée alors par le professeur Pierre-Bernard Schneider, qu'est entreprise une première enquête sur la santé mentale des migrants dans le canton de Vaud. Jean-Louis Villa²³, médecin lui-même d'origine transalpine, y examine les dossiers des patients italiens de la policlinique afin de déterminer les causes de leurs affections mentales. Sa recherche est publiée dans la *Revue suisse d'hygiène* en 1960. Un an plus tard, c'est devant le Groupement romand d'hygiène industrielle et de médecine du travail à Lausanne qu'il livre ses conclusions à l'occasion d'une conférence intitulée « Problème de l'adaptation psychosociale de la main-d'œuvre étrangère en Suisse²⁴ ». L'exposé du

psychiatre fait suite à une série de travaux exposés lors de la Conférence suisse pour le travail social tenue la même année à Zurich et consacrée à l'assistance psychique et spirituelle de la main-d'œuvre étrangère en Suisse²⁵. En clair, la question de la migration et de ses éventuelles conséquences sanitaires s'inscrit d'emblée dans le cadre du monde professionnel et de l'hygiène sociale.

Lorsque Villa entame ses recherches, la santé mentale des travailleurs migrants n'est aucunement une perspective ignorée de la psychiatrie. Nous l'avons vu, il existe depuis longtemps non seulement un intérêt pour les victimes de traumatisme de guerre et les réfugiés, mais également pour la santé des gens déplacés. Ces études interviennent alors que la question de l'assimilation des travailleurs étrangers se fait de plus en plus prégnante en Suisse. C'est d'ailleurs l'une des motivations des intervenants réunis à la conférence de Zurich en 1961, qui, conscients du conflit potentiel entre besoins de l'économie en main-d'œuvre et réflexes de protection nationaliste des Suisses hantés par la peur de l'*Überfremdung*, estiment primordial d'œuvrer à faciliter « l'assimilation » des étrangers : à savoir la mise en œuvre de mesures « essentiellement psychosociales²⁶ » visant à encourager l'adaptation des étrangers aux coutumes et savoir-vivre suisses.

Les recherches de Villa reposent sur l'examen de sept-cent dossiers de ressortissants italiens²⁷ ayant consulté à la policlinique psychiatrique entre 1948

²³ Jean-Louis Villa (1927-1972), né à Domodossola, suit des études de médecine à l'Université de Lausanne et obtient son diplôme en 1952. Il est chef de clinique à la policlinique psychiatrique universitaire puis médecin adjoint du même établissement dès 1962. Il est nommé ensuite médecin chef de l'hôpital gériatrique de Cery et privat-docent. Il meurt à l'âge de 43 ans dans un accident de voiture.

²⁴ En plus de cette conférence, le travail de Villa a donné lieu à plusieurs publications au contenu similaire. Mentionnons : Jean-Louis VILLA, « À propos de quelques problèmes de l'émigration italienne en Suisse », *Revue de médecine préventive*, 5, 1960, pp. 298-313 ; Jean-Louis VILLA, « Problème de dépaysement et d'assimilation des ouvriers étrangers en Suisse », *Praxis. Revue suisse de médecine*, 54, 1965, pp. 1443-1449 ; Jean-Louis VILLA, « Problème de l'adaptation psychosociale de la main d'œuvre étrangère en Suisse », *Praxis. Revue suisse de médecine*, 51, 1962, pp. 363-371 ; Jean-Louis VILLA,

« Les problèmes d'hygiène mentale du travailleur étranger en Suisse », *Rapport de la société vaudoise d'hygiène mentale*, 1961, pp. 3-14.

²⁵ Jean-Louis VILLA, « Problème de l'adaptation psychosociale... », op. cit.

²⁶ *Idem*.

²⁷ Soit les « immigrés et descendants d'immigrés ».

et 1958. La personnalité des patients est scrutée dans «une perspective essentiellement sociale, psychologique et psychodynamique». En comparant les troubles dont ils souffrent, le médecin espère identifier les éventuels obstacles de nature psychologique que les politiques assimilationnistes envisagées pourraient rencontrer. Son enquête repose d'une part sur les résultats statistiques d'un questionnaire soumis aux patients et d'autre part sur ses constatations personnelles²⁸. Le questionnaire est subdivisé en trois parties: la première concerne «la situation psychosociale de l'individu avant son départ pour la Suisse». La deuxième porte sur l'évolution de cette situation jusqu'au moment de la consultation à la policlinique. La dernière est consacrée au trouble qui motive la prise en charge psychiatrique.

La démarche de Villa est intéressante dans la mesure où il estime que son travail à la policlinique relève moins du traitement de pathologies psychiques que d'un travail de régulation sociale:

Souvent même, l'examen eut lieu à la demande de l'autorité ou des institutions d'assistance dans un but presque uniquement social [...] et en l'absence de véritables anomalies de la sphère psychique.

À ses yeux, sa pratique se situe ainsi entre celle de l'assistant social et celle du psychiatre. La psychiatrie, par définition, s'intéresse aux troubles anormaux, mais Villa admet implicitement que la frontière entre affection psychiatrique et désordres psychosociaux est floue et que c'est principalement de ces derniers dont souffrent ses patients. Aussi pense-t-il pouvoir étendre ses conclusions

• • • • •
²⁸ C'est dans l'article publié en 1965 que Villa livre les détails de son protocole de recherche: Jean-Louis VILLA, «Problème de dépaysement et d'assimilation...», op. cit.

à l'ensemble de la population des travailleurs italiens – au-delà de ses patients consultant à la policlinique:

Il existe sur le plan psychologique plus profond, une constellation affective que l'on peut considérer commune à toute personnalité transalpine, indépendamment du niveau social et intellectuel.

Le médecin livre ainsi une vision singulière du service de psychiatrie ambulatoire – mêlé au tissu d'institutions sociales – comme révélateur de troubles psychosociaux dont souffrent l'ensemble des migrants italiens. Cette conception n'est pas anodine puisqu'elle implique de fait qu'existe un état «normal» de trouble pour une large frange de la population. Il peut affirmer:

Indépendamment du type de troubles psychiques mis en évidence chez chaque patient, les phénomènes de désadaptation apparaissent chez 80% environ des individus examinés²⁹.

L'étiologie des affections mentales dont souffrent les travailleurs migrants se trouve donc qualifiée d'élémentaire et de constante.

Villa soutient que les travailleurs italiens reçus à la policlinique souffrent de «désadaptation». Ce processus se déclenche souvent à la suite d'un incident suite auquel un travailleur jusque-là en bonne santé fait une décompensation et présente des symptômes psychosomatiques. Cette thèse prend racine dans une conception naturaliste de l'identité culturelle. Se référant aux conceptions utilisées par les botanistes ou les zoologistes, Villa s'intéresse

• • • • •
²⁹ Jean-Louis VILLA, «Les difficultés d'adaptation du travailleur italien», *Revue de médecine préventive*, 8, 1963, pp. 392-402.

aux causes des « manifestations d'intolérance » ou de « désadaptation » au « milieu étranger ». Selon lui, l'adaptation est d'autant plus difficile que le lieu d'origine géographique est lointain et le niveau socio-culturel bas. D'où l'intérêt qu'il convient de porter à l'ensemble de la trajectoire migratoire :

La connaissance des conditions de pré-émigration ainsi que des motivations de l'émigration elle-même, sont un élément précieux pour la compréhension des troubles de l'adaptation tout aussi bien que pour leur pronostic³⁰.

Les causes de ce processus sont tant psychiques que psychanalytiques. Les Italiens en voie de « désadaptation » sont sujets à des angoisses et autres troubles psychosomatiques. En outre, la « désadaptation » se traduit souvent par un attachement particulier à la cuisine de leur pays d'origine. Attachement qui est, pour le psychiatre, un « trait caractéristique de la personnalité transalpine, [...] lié à des facteurs affectifs profonds et à une structure prégénitale avec fixation à un stade oral³¹ ».

Si tous les Italiens vivant en Suisse ne sont pas malades, les prédispositions qu'ils ont à le devenir sont manifestement liées à une constitution psychique fragile et « tout laisse croire à l'existence d'une personnalité prémorbide spécifiquement transalpine³² », à laquelle il faut ajouter un sentiment d'infériorité qui « relève d'un mécanisme de culpabilité issu de tendances instinctives en conflit avec des tabous moraux particulièrement rigides et inattaquables³³ ».

Ce n'est donc pas la migration en soi qui constitue un phénomène pathogène, mais bien les Italiens qui forment une communauté vulnérable. Ce que confirme manifestement une autre étude menée à la polyclinique psychiatrique de Zurich par le psychiatre Spartaco Laffranchini et mentionnée par Villa³⁴. Pourtant, si les médecins estiment qu'il existe des différences notables entre la structure mentale des Italiens et celles des Suisses, l'universalité des thèses freudiennes n'est, quant à elle, aucunement remise en question. Il est donc difficile de ne pas voir dans les conclusions avancées par les psychiatres le rôle des stéréotypes les plus courants sur la culture italienne. Pour autant, la combinaison des facteurs sociaux et psychologiques des troubles mentaux opérée par le médecin est significative. Les solutions proposées se doivent dès lors de dépasser le strict cadre thérapeutique. De façon paradoxale à nos yeux, ces recherches sont motivées par la volonté de favoriser le bien-être de la main-d'œuvre étrangère séjournant en Suisse. En dépit du déterminisme psychologique ou biologique auquel s'adosse son étude, le médecin privilégie les mesures sociales pour favoriser l'intégration des étrangers. Il estime en effet « qu'il existe dans l'attitude actuelle de la population suisse [...] suffisamment d'obstacles au processus d'assimilation », et préconisera donc des « mesures d'accueil et d'assistance qui [vont] de l'entrée dans les syndicats et l'égalité des salaires à l'acquisition rapide

30 Jean-Louis VILLA, « Problème de dépaysement et d'assimilation... », op. cit.

31 Jean-Louis VILLA, « Problème de l'adaptation psychosociale... », op. cit.

32 *Idem.*

33 *Idem.*

34 Spartaco LAFFRANCHINI, « Psychiatrische und psychotherapeutische Probleme der italienischen Arbeiter in der Schweiz: (anhand des Krankengutes der Psychiatrischen Poliklinik Zürich aus den Jahren 1934 bis 1964) », *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin*, 44, 1965, pp. 786-795.

des droits complets de citoyen et à la naturalisation facilitée sans dépense de temps et d'argent³⁵ ».

Plus globalement, Villa estime que c'est à chaque citoyen suisse de participer au bon accueil des travailleurs³⁶. Mais les solutions thérapeutiques envisagées sont relativement congrues. La nature des maux à soigner rend impossible une véritable prise en charge. De l'avis du praticien, les médicaments sont peu efficaces pour les troubles liés à la désadaptation. Par ailleurs, ils semblent même avoir un effet contre-productif, dû à « la méfiance [dont font preuve les patients] à l'égard du thérapeute étranger et des produits qu'il utilise³⁷ ».

Bref, c'est bien sur les terrains sociaux et politiques que se joue la santé des travailleurs étrangers.

Une question éminemment politique

Les études de Villa sont très significatives pour notre propos, dans la mesure où elles sont exemplaires de la réflexion qui s'esquisse alors, non seulement chez les psychiatres, mais au sein de la communauté médicale en général à l'égard des migrants. Le contexte dans lequel elles voient le jour est déterminant. L'arrivée massive de travailleurs italiens en Suisse depuis la fin de la guerre suscite des tensions qui captivent l'attention des médias et des autorités politiques. L'ampleur de la polémique est tel qu'en

• • • • •

35 Jean-Louis VILLA, « Problème de dépaysement et d'assimilation... », op. cit.
36 Jean-Louis VILLA, « Les problèmes d'hygiène mentale... », op. cit.
37 Jean-Louis VILLA, « Problème de l'adaptation psychosociale... », op. cit.

1961 le Département fédéral de l'économie publique et le Département fédéral de justice et police nomment une commission chargée d'étudier le problème de la main-d'œuvre étrangère « des points de vue économique, démographique, sociologique et politique³⁸ ». De l'avis de la commission, il est essentiel de mettre en place une véritable politique d'assimilation afin de prévenir la « dénationalisation », définie comme le résultat « d'une pénétration étrangère excessive altérant les caractères nationaux³⁹ ». C'est bien la résurgence d'une peur de la surpopulation étrangère qui motive la multiplication des études sur l'incidence de la présence de travailleurs étrangers sur le sol suisse.

Les médecins et autres experts se saisissent également de cette problématique et les travaux qu'ils produisent alimentent la controverse. Assurément, la dimension politique du débat auquel participent leurs études ne leur échappe guère, et les travaux publiés font très souvent référence au contexte politique dans lequel ils sont produits. Lors du 11^e Congrès de la Société suisse de médecine sociale consacré aux « aspects médico-sociaux de quelques problèmes posés par la main-d'œuvre étrangère en Suisse⁴⁰ », Théo Marti fait remarquer que « ce

• • • • •

38 Le problème de la main-d'œuvre étrangère, Berne, Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, 1964, p. 8.
39 *Idem*, p. 144.
40 Théo MARTI, « Problèmes médico-sociaux soulevés par les travailleurs étrangers en Suisse », *Praxis. Revue suisse de médecine*, 54, 1965, pp. 1368–1372. On peut également citer le travail d'Étienne Grandjean, professeur à l'Institut d'hygiène et de physiologie du travail de l'École polytechnique fédérale de Zurich: Étienne GRANDJEAN, « Problèmes de la main-d'œuvre étrangère en Suisse – Aspects sociologiques et médicaux de l'assimilation », *Revue économique et sociale*, 23, 1965, pp. 23–34. Si les travailleurs italiens focalisent

problème ne laisse pas indifférents les organes responsables de notre administration fédérale ou cantonale. Il préoccupe également les syndicats des diverses tendances et perturbe d'une façon ou d'une autre la quiétude de la grande majorité des citoyens suisses⁴¹».

Alors que des conflits raciaux font rage en Afrique du Sud et aux États-Unis, Villa quant à lui juge utile de reprendre à son compte une déclaration de l'UNESCO affirmant qu'il n'y a pas de différence de nature psychologique ou mentale séparant les différents groupes ethniques⁴². Quelques années plus tard, à l'heure où les débats autour de la deuxième initiative dite Schwarzenbach battent leur plein, il choisit de consacrer sa leçon inaugurale de privat-docent à la question de la xénophobie⁴³. Il décrit alors minutieusement les mécanismes politiques, sociaux et mentaux qui sont à l'origine des sentiments xénophobes. Aussi distingue-t-il les raisons rationnelles qui motivent des sentiments xénophobes, telles que la volonté de protéger le

marché du travail, des raisons irrationnelles engendrées par la peur et le rejet de la différence. Généralités, préjugés, sentiment d'appartenance, tous les ressorts sont décryptés avec un recul qui faisait encore défaut dix ans plus tôt. Cette perspective résolument politique l'amène à prendre position sur les théories développées par les anthropologues. Ainsi qualifie-t-il d'« insoutenable » la notion d'ethnocentrisme⁴⁴ développée par Claude Lévi-Strauss au motif qu'« elle n'explique ni les stéréotypes qui sont inséparables de préjugé ni les nombreuses différences existant entre les individus humaines et qui, pourtant, ne donnent lieu à aucun préjugé⁴⁵ ».

Aux yeux de Villa, seules les « théories issues de la doctrine psychanalytique [...] apportent les réponses les plus satisfaisantes⁴⁶ ». Aussi préfère-t-il s'appuyer sur la théorie freudienne de la frustration, combinée aux éléments socio-politiques qui interfèrent dans la naissance des sentiments nationalistes, afin d'expliquer la puissance des préjugés raciaux :

La xénophobie collective se manifeste dès que la pression de problèmes sociaux, économiques ou politiques se fait sentir [...]. Il arrive qu'une nation entière éprouve un sentiment de frustration [...] on se retourne alors contre un bouc-émissaire⁴⁷.

Mais il s'agit plutôt, à ses yeux, d'éléments déclencheurs d'un syndrome dont les causes profondes ne peuvent être que psychologiques.

l'essentielle de l'attention médicale, on peut toutefois mentionner quelques études concernant également les ouvriers et enfants d'ouvriers espagnols: Rodolfo RODRÍGUEZ, « Problèmes d'adaptation des enfants d'immigrants espagnols à Genève », *Médecine & Hygiène*, 26, 1968, pp. 1284-1286; Marcel BURNER et H. ZARAGOZA, « Quelques considérations médico-sociales à propos des ouvriers espagnols travaillant en Suisse », *Praxis, Revue suisse de médecine*, 54, 1965, pp. 1480-1491; S. MASCARELL, P. PIOLINO et D. FARGNOLI, « Contribution à l'étude de la clientèle italienne et espagnole dans un service de psychiatrie ambulatoire en Suisse », *Revue de médecine préventive*, 17, 1972, pp. 225-226.

41 Théo MARTI, « Problèmes médico-sociaux... », op. cit.

42 Jean-Louis VILLA, « Les difficultés d'adaptation du travailleur italien », *Revue de médecine préventive*, 8, 1963, pp. 392-402.

43 Cette leçon est publiée sous forme d'article: Jean-Louis VILLA, « Aspects rationnels et irrationnels de la xénophobie », *Médecine & Hygiène*, 27, 1969, pp. 137-141.

44 L'ethnocentrisme est un concept anthropologique introduit par Claude Lévi-Strauss qui désigne une inclination à privilégier sa propre culture ou à la considérer comme supérieure aux autres.

45 Jean-Louis VILLA, « Aspects rationnels et irrationnels de la xénophobie », *Médecine & Hygiène*, 27, 1969, pp. 137-141.

46 *Idem*.

47 *Idem*.

Dans le sillage de l'étude de Villa, la revue *Médecine & hygiène* publie en 1969 divers articles sur la caractérologie et la psychologie des minorités, où les communautés et le sentiment d'appartenance qu'elles impliquent sont décrits comme relevant d'une construction sociale « artificielle » due à une nécessité d'ordre psychologique⁴⁸. De telles positions peuvent aujourd'hui paraître paradoxales : les seules causes de la xénophobie, comme celles de l'inadaptation, sont profondément psychologiques ; pour autant, la thérapie semble impuissante.

L'irruption de la criminologie

Pour les experts, l'inadaptation des migrants se mesure non seulement à leur santé mentale, mais également à leur propension à commettre des délits. Aussi la question de la délinquance des étrangers émerge-t-elle dans le débat. Alors que les psychiatres investissent largement la question de l'assimilation, il n'est pas inintéressant de faire un détour par les thèses criminologiques.

Jean Graven⁴⁹, professeur de droit à l'Université de Genève, publie en 1965 un article intitulé « Le problème des travailleurs étrangers délinquants en Suisse⁵⁰ ». Pour lui, la criminalité fait, au même titre

48 Ces articles sont de la plume de Guy Dingemans, également auteur d'un ouvrage intitulé *Psychanalyse des peuples et des civilisations. Tragédie du passé. Angoisse du présent. Espoir d'avenir*, Paris, A. Colin, 1971.

49 Jean Graven (1899–1987), professeur de droit pénal et de procédure à l'Université de Genève, est le fondateur de la *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, qu'il dirige de 1947 à 1980.

50 Jean GRAVEN, « Le problème des travailleurs étrangers délinquants en Suisse », *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 18, 1965, pp. 265–290.

que les troubles psychosomatiques étudiés par les médecins, figure de symptôme d'une assimilation défaillante :

On s'inquiéta aussi de la criminalité de ces transplantés ou « migrants », de ces « déracinés » non assimilés, le plus souvent mal logés [...] et en particulier de celle des ouvriers italiens⁵¹.

C'est donc la migration, ou plutôt ses répercussions sociales, qui sont responsables : en conséquence, il y a lieu de faire preuve de discernement dans l'application des peines vis-à-vis des étrangers au regard de leur situation particulière, d'autant plus que les enquêtes sociologiques tendent à montrer que les étrangers enfreignent statistiquement moins les lois :

On [...] doit donc, en utilisant mieux les mesures de prévention et d'adaptation appropriées, user aussi de méthodes criminologiquement plus nuancées et plus éducatives⁵².

Si cette mesure cache mal une certaine forme de paternalisme, elle n'en est pas moins audacieuse à une époque où la présence étrangère est passablement décriée. L'étude de Graven, fondée principalement sur les données statistiques, est complétée en 1968 par une enquête de Claude Cantini⁵³, infirmier chef de la division psychiatrique à Cery, qui a collaboré avec Villa au recueil de données sur les

51 *Idem*.

52 *Idem*.

53 Claude Cantini (1929–), né en Italie, suit une formation d'infirmier psychiatre en Suisse avant d'exercer comme infirmier-chef à l'Hôpital de Cery. Outre ses travaux sur la délinquance des étrangers, il est l'auteur de nombreuses publications d'histoire des mouvements politiques et sociaux en Suisse.

patients italiens entre 1950 et 1960⁵⁴. Sa recherche est consacrée à l'épineux problème de la délinquance sexuelle⁵⁵, qui semble cristalliser un certain nombre de tensions entre nationaux et migrants, principalement italiens. Les chiffres avancés par Cantini montrent qu'entre 1951 et 1960, les Italiens sont, proportionnellement à leur nombre dans le canton, deux fois plus condamnés pour des délits liés aux mœurs que les Suisses. Ils représentent en 1960 environ 5% de la population totale et 11% de la population condamnée⁵⁶. L'auteur concède que des biais sont susceptibles d'influer sur ces statistiques et de grossir les chiffres concernant les Italiens. Toujours est-il que ces résultats peuvent être expliqués par des raisons sociales. D'une part, «notre société encourage une excitation constante de l'instinct sexuel», d'autre part, «le mode de vie des travailleurs étrangers» constitue également un facteur. Cantini dénonce ici les dispositions légales qui empêchent le regroupement familial, à l'image de Villa, qui avait lui-même qualifié ces restrictions de «mesures barbares⁵⁷». Au final, ces indicateurs statistiques semblent résulter des conditions sociales dans lesquelles vivent les migrants, de leur situation familiale ainsi que de leur mentalité. On retrouve là une conception «primitiviste» de la mentalité des migrants, qui rejoint l'analyse de Marti :

Beaucoup de ces immigrés, surtout les Italiens du sud, ont des besoins affectifs et sexuels développés⁵⁸.

Pour les soignants et scientifiques confrontés à l'arrivée des migrants, il est difficile, de fait, de ne pas interpréter les données récoltées dans ces diverses études à l'aune d'une vision hiérarchique des cultures. Dans un texte intitulé «Le milieu d'où sort l'émigrant⁵⁹», Cantini s'intéresse plus particulièrement aux conditions de vie des Italiens dans leur pays d'origine. Ce travail de vingt-six pages aborde les multiples aspects de la vie des Italiens, qui vont de l'habitat à l'alimentation en passant par la santé. Dans le chapitre consacré à la psychologie, il concède qu'«il ne faut pas considérer chaque émigrant comme un malade mental en puissance, ni [...] entamer [...] une discussion théorique sur les effets, certains, de l'alimentation déficiente et de la misère sur le développement non seulement physique mais psychique de l'individu et sur son caractère».

Pourtant, «la mentalité méridionale, sans atteindre toujours les limites de la pathologie, est une mentalité primitive souvent étouffée encore par le fanatisme religieux⁶⁰».

Les Italiens, et principalement ceux du Sud, semblent donc d'autant plus difficiles à intégrer que leur culture semble lointaine, implicitement peu développée et presque pathogène par nature; les «mœurs sexuelles» n'échappent pas à ce jugement péremptoire :

54 ACV, fonds Jean Wertheimer, PP 676/368, Jean-Louis VILLA, «Manifestation psychopathologiques chez les immigrants italiens en Suisse», Manuscrit dactylographié, sans lieu, 7 ou 8 avril 1967.

55 Cette formule désigne les délits liés aux mœurs : abus sexuel, avortement, adultère ainsi que consommation de stupéfiants.

56 Claude CANTINI, «Les délits sexuels dans leur rapport avec l'immigration», *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 21, 1968, pp. 129–152.

57 Cité par CANTINI, «Les délits sexuels...», op. cit.

58 Théo MARTI, «Problèmes médico-sociaux...», op. cit.

59 ACV, fonds Claude Cantini PP 569/134, Claude CANTINI, *Le milieu d'où sort l'émigrant, manuscrit*. Une note manuscrite signale qu'il a été achevé en 1970, mais il n'a, à notre connaissance, jamais été publié.

60 *Idem*, p. 24.

Dans une société à fort caractère agricole, c'est-à-dire encore ethnologiquement primitive, et marquée par toutes les séries de contraintes que nous avons examinées, le rapport entre les sexes reste souvent au niveau de l'objet [...] de la notion de propriété malgré une certaine évolution économique⁶¹.

Le fait que les Italiens migrant en Suisse soient des ouvriers peu qualifiés amplifie ce sentiment.

Pour Marti, «les intellectuels sont parfaitement assimilables dans la plupart des cas», tandis que «l'assimilation de la masse de cette main-d'œuvre étrangère [les ouvriers manuels] est extrêmement difficile⁶²». L'origine sociale semble donc aussi déterminante que la distance géographique en matière d'intégration. Sur le plan de la criminologie, les solutions imaginées par les experts relèvent principalement de la prévention. On estime qu'il conviendrait d'informer sur la législation suisse les travailleurs lors de leur passage à la frontière. Cette recommandation ne reste pas lettre morte puisque la Police des étrangers admet envisager sérieusement d'insérer un papillon dans le permis de séjour au sujet de l'âge légal de la maturité sexuelle en Suisse. L'administration lausannoise émet néanmoins des doutes, «car il ne faudrait pas, par exemple, que certains esprits frustrés puissent déduire de l'avertissement qu'on leur adresse, qu'au dessus d'un certain âge, ils jouissent d'une liberté absolue à l'égard des jeunes filles⁶³».

Puisque l'immigration des travailleurs est majoritairement masculine, la question de leur vie affective et sexuelle renvoie immanquablement

61 *Idem*, p. 16.

62 Théo MARTI, «Problèmes médico-sociaux...», op. cit.

63 ACV, fonds Cantini PP 569/12, Lettre du directeur de police, commune de Lausanne, à Claude Cantini, 21 novembre 1968.

aux rapports de sexe. En clair, du regard posé sur les hommes italiens découle une attention pour le comportement des femmes suisses vis-à-vis de ces derniers. Aussi soupçonne-t-on parfois les femmes d'avoir une attitude provocante à l'égard des hommes, ce qui constitue évidemment une circonstance atténuante pour les accusés⁶⁴. La mise en place de séances d'information et d'éducation dans les écoles de jeunes filles est donc préconisée, afin de les sensibiliser au «danger et [...] manque de tact qu'il y a dans un comportement équivoque et souvent aguichant qui s'adresse à des gens éloignés de leur famille et de leur pays⁶⁵». L'intégration des étrangers se conjugue ici à un contrôle social des comportements féminins⁶⁶.

VERS UNE APPROCHE CRITIQUE ET MULTI-CULTURELLE EN MÉDECINE

Dès les années d'après-guerre, mais surtout dans les dernières décennies du 20^e siècle, l'introduction d'une perspective anthropologique concourt, en la fondant sur le plan théorique, à appuyer le constat fait par les médecins de l'importance de la notion de communauté et du milieu social dans leur pratique. S'appuyant sur les théories culturalistes, divers théoriciens engagent résolument la médecine à la croisée du biologique, du psychologique et du social. Assurément, ces analyses prêtent parfois le

64 Claude CANTINI, «Les délits sexuels dans leur rapport avec l'immigration», *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 2, 1968, pp. 129-152.

65 *Idem*.

66 Peu étudiée en Suisse, la question des stéréotypes sexistes liés à la migration a fait l'objet de nombreuses recherches notamment en France.

flan à une vision déterministe et hiérarchique des cultures: ainsi, les schémas naturalistes projetés sur les étrangers perçus comme objets passifs d'une culture spécifique ne trouvent pas nécessairement leur équivalent chez les Suisses, sujets actifs, quant à eux, de leur destinée culturelle. Mais ces tentatives traduisent toutefois une volonté de s'affranchir d'une approche purement biomédicale, en même temps qu'elles proposent des mesures sociales et préventives spécifiques.

Au cours des dernières décennies, l'apport de ce qui, dans certains pays, est devenu une discipline à part entière sous le nom d'« anthropologie médicale » ou d'« anthropologie de la santé », contribue à transformer les paradigmes ethno-centrés prévalant jusque-là. Une approche critique de la pratique médicale et de ses implications culturelles voit le jour. En 1980, à l'occasion du 22^e Colloque international de la Société de psychologie médicale de langue française, Schneider, en se fondant sur l'existence d'une multitude de niveaux dans la relation médecin-patient, en expose les implications. Or, « lorsque des différences socio-culturelles importantes existent, la distance psychologique entre le patient et le médecin devient grande, l'identification du médecin au patient est difficile, si ce n'est impossible et le contenu psychologique de la relation est bloqué ».

Les distances ou les incompréhensions d'origine culturelle peuvent ainsi se répercuter sur l'ensemble des paramètres de la relation; elles « rendent difficile l'identification du médecin au patient, augmentent la distance psychologique et opacifient les conflits intra-psychique ». Au final, l'analyse proposée par Schneider débouche sur l'introduction d'une posture réflexive du côté du soignant. Cette posture

implique pour le médecin d'« agir sur sa contre-attitude. Il pourra alors commencer à s'identifier à son patient, se rapprocher de lui et se rendre compte du conflit que lui, médecin, entretient avec l'autre qu'il ressent comme différent, qui est le conflit de base du racisme⁶⁷ ».

De tels arguments sont non seulement l'indice de l'avènement d'un regard critique du médecin sur sa propre pratique, mais également de la nécessité de considérer la pratique médicale comme une pratique culturellement située, non neutre. D'autres médecins s'interrogent sur l'influence du cadre de référence auquel s'identifient patient et médecin sur la relation thérapeutique. Ainsi, dans une recherche publiée dans la *Revue suisse de neurologie et de psychiatrie* à la fin des années quatre-vingts, Luc Michel et Edmond Gilliéron s'intéressent aux types de traitements proposés aux patients de la policlinique psychiatrique en tenant compte de leur origine géographique. Inspirée par les travaux anglo-saxons sur l'incidence des identités culturelles sur les traitements, l'étude des psychiatres lausannois conclut à une importante disparité dans les traitements proposés: 4% des Suisses se voient proposer une psychothérapie, contre 2% des étrangers, ce qui signifie pour les auteurs que « l'on hésite à prendre en psychothérapie les étrangers de notre population consultante », alors même que des psychothérapeutes italophones ou hispanophones travaillent à la policlinique. Cette disparité semble

67 ACV, fonds Pierre-Bernard Schneider, PP 948/181, Document dactylographié, 22^e Colloque international de la Société de psychologie médicale de langue française, Psychologie médicale et migrants, table ronde: Relation médecin-migrant malade, introduction par le professeur P.-B. Schneider, président de la table ronde, 30 mai 1980.



La Polyclinique universitaire de Lausanne, au début du 20^e siècle

[Source : Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (IUHMSP). Crédit : Musée historique de Lausanne/IUHMSp]

s'expliquer clairement par des raisons culturelles, dans la mesure où les thérapeutes « proposent des thérapies analytiques au sujet les plus proches d'eux culturellement (même langue, même niveau socio-

économique)⁶⁸ ». En affirmant que les soignants ne sont pas immunisés contre les préjugés racistes, ou en soulignant les inégalités de traitement entre patients suisses et étrangers, ces recherches

• • • • •
⁶⁸ Luc MICHEL et Edmond GILLÉRON, « Psychothérapie et culture », *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 138, 1987, pp. 5-16.

contribuent à faire émerger ce qui deviendra, dans les décennies à venir, un thème crucial : la sensibilisation des futurs médecins à l'approche de l'Autre, dont la figure principale est le migrant.

L'AUTRE : NOUVELLE PROBLÉMATIQUE DE LA MÉDECINE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Dans le second quart du 20^e siècle, c'est principalement à la Polyclinique médicale universitaire, dont la vocation première, dès sa création en 1887, est de prodiguer des soins aux plus démunis, qu'une attention particulière à la santé des migrants se développe, élargissant la thématique initiale – volontiers confinée jusque-là à la spécialités psychiatrique – à l'ensemble du champ, y compris somatique, de la médecine. Des domaines d'études jusque-là restés confinés à la marge du domaine académique et hospitalier vont être investis et élevés à la dignité d'une matière universitaire sous l'impulsion d'Alain Pécoud. En effet, dès son arrivée à la tête de cette institution en 1990, frappé par les « couloirs bondés de requérants d'asile » du vieux bâtiment de la rue César-Roux⁶⁹, il se convainc de la nécessité d'une consultation *ad hoc* pour cette catégorie de patients particulièrement démunis et devant laquelle les structures sanitaires sont elles aussi démunies. Cette consultation sera confiée à la médecine interne et généraliste, davantage qu'à la médecine des voyages. L'évolution se marque donc dans l'organisation des mesures sanitaires, fondée sur

⁶⁹ Nous remercions Alain Pécoud de nous avoir accordé un entretien (5 juillet 2012), qui nous a permis de préciser les grandes lignes et nombre de détails figurant dans ce chapitre.

les bases scientifiques de l'épidémiologie clinique nord-américaine, confrontée depuis longtemps à la question des minorités. En 1995 a lieu la mise sur pied du réseau de santé FARMED, dont la PMU sera le centre névralgique; destiné aux requérants d'asile et aux « populations vulnérables », ce réseau de médecins généralistes et d'infirmières autour de l'institution contribue à structurer une politique d'accueil et d'aide, qui, selon les termes mêmes de Pécoud, souffrait jusque-là d'un manque de coordination⁷⁰. Dans le même contexte politique et social, d'autres acteurs se mobilisent, telle l'association Appartenances, fondée en 1993 à Lausanne par un groupe de médecins, psychologues et travailleurs sociaux, qui s'implique dans la prise en charge et le soin (au sens large du terme) des personnes migrantes en provenance principalement de pays victimes de conflits, et qui organise une formation de médiateurs culturels-interprètes spécialisés dans le domaine psychothérapeutique. Certains services du CHUV, comme le Service de psychiatrie de liaison, ne sont pas en reste dans cet intérêt pour la question essentielle de l'interprétariat en médecine, moment et concept clés dans la relation entre le soignant et le malade en provenance d'un pays étranger et d'une culture différente⁷¹.

Dès les années quatre-vingt-dix, une conjonction d'éléments sur le plan local favorisent la prise de conscience du monde médical et sanitaire vaudois

⁷⁰ *Idem*.

⁷¹ Voir la recherche menée au début des années 2000 dans ce service : Patrice GUËX et Pascal SINGY (éds), *Quant la médecine a besoin d'interprètes*, Genève, Médecine & Hygiène, 2003; voir aussi Pascal SINGY, Orest WEBER et Patrice GUËX, « Les migrants face au système de soins : une expérience à Lausanne », in Hans-Rudolf WICKER *et al.* (éds), *Les migrations et la Suisse*, Zurich, Seismo, 2003, pp. 228-248.

à la thématique de l'Autre, ainsi qu'à l'organisation de dispositifs spécifiques: ainsi, la présence au sein du Service de la santé publique du canton de Vaud d'un médecin cantonal, Jean Martin, particulièrement attentif à la dimension tant sanitaire que politique de l'accueil des migrants, la présence aussi de médecins responsables de services, tels Patrice Guex (au Service de psychiatrie de liaison puis à la tête du Département de psychiatrie du CHUV), ou Mario Gehri (à la tête de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne), pour ne citer que deux figures représentatives d'une nouvelle génération de médecins sensibilisés à la question de la migration⁷². L'attention générale (sinon généralisée) portée à l'accueil «sanitaire» des migrants se combine ainsi à une volonté plus spécifiquement universitaire d'intégrer cet aspect de la profession à la formation des futurs médecins et autres professionnels de la santé: en témoigne l'engagement à la PMU d'un anthropologue, Ilario Rossi, puis celle d'un médecin interniste, Patrick Bodenmann, qui se spécialisera dans la prise en charge médicale du patient migrant⁷³, pour en faire une voie de recherche académique au sens propre du terme⁷⁴.

On peut lire dans l'important dossier publié en 1995 dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, suite à un «jeudi» organisé par la Société vaudoise

72 Pour une étude socio-anthropologique des pratiques médicales intégrant la dimension interculturelle à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne, voir Yvan R. LEANZA, *Exercer la pédiatrie en contexte pluriculturel. Une approche complémentariste du rapport institutionnalisé à l'Autre*, Genève, Georg, 2011.

73 Nous remercions Patrick Bodenmann de nous avoir accordé un entretien (22 août 2012), qui a permis de compléter nos sources d'information pour ce chapitre.

74 Voir Patrick BODENMANN et Mario GEHRI, «Soins au migrants: une opportunité de pratiquer une meilleure médecine... pour tous», *Forum médical suisse*, 10, 2010, pp. 57-58.

de médecine sur le thème «Santé et exclusion», l'attention dont bénéficie désormais la thématique du patient migrant⁷⁵, mais également sa déclinaison potentielle sur l'ensemble du système sanitaire. L'éditorial le souligne: il demeure nécessaire (et ces paroles datant de près de vingt ans restent aujourd'hui d'actualité) d'insister sur le développement de structures médicales dédiées aux populations vulnérables. De telles structures, utiles sur le plan de la santé publique, sont également cruciales pour la formation des médecins: pathologies rares, nécessité de travailler en réseaux, collaboration étroite avec l'ensemble des soignants ainsi que d'autres acteurs du social, confrontation à des langues et à un système de référence différents sont autant d'éléments qui sont susceptibles d'enrichir grandement la formation des médecins, et donc la qualité générale du système sanitaire suisse de l'avenir⁷⁶.

Dans l'histoire sanitaire et médicale de ces 125 dernières années, la thématique de l'Autre concerne tout d'abord les médecins étrangers venus se former

75 Depuis, la thématique des migrants, de la diversité socio-culturelle, des stéréotypes, ainsi que, plus récemment, des questions médicales liées au durcissement des politiques d'asile reviendra régulièrement, dans cette même revue, dans *Médecine & Hygiène*, puis dans la *Revue médicale suisse* dès 2005. Voir par exemple, Rodolphe SCHAÜBLIN, Alain PÉCOUD, Patrick BODENMANN, «Prise en charge médico-sanitaire des requérants d'asile dans le canton de Vaud», *Médecine & Hygiène*, 61, 2003, pp. 2016-2022; ou encore, dernier exemple en date, Michaël SARAGA, Erwin KERAVEC, Priscille CLÉMENT, Norberto MORENO-DAVILA, Patrick BODENMANN, «Durcissement des lois sociales et santé des migrants forcés: trois ans après la Loi sur l'asile (LASi)», *Revue médicale suisse*, 8, 2012, pp. 1786-1790.

76 Alain PÉCOUD et al., «Pourquoi une journée 'santé et exclusion' ?», *Revue médicale de la Suisse romande*, 115, 1995, pp. 461-462.

- *Body, Disease and Treatment in a Changing World. Latin texts and contexts in ancient and medieval medicine (Proceedings of the ninth International Conference "Ancient Latin Medical Texts", Hulme Hall, University of Manchester, 5th-8th September 2007)*
D. LANGSLOW and B. MAIRE (eds), XVIII et 404 p., 2010
- *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)*
Ph. RIEDER, XII et 392 p., 2009
- *Le style des gestes. Corporéité et kinésie dans le récit littéraire*
G. BOLENS avec une préface d'A. BERTHOZ, XIV et 156 p., 2008
- *La médecine dans l'Antiquité grecque et romaine*
H. KING et V. DASEN, XII et 130 p., ill. et dessins n/b, 2008
- *L'ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)*
P.-Y. DONZÉ avec un avant-propos de J. V. Pickstone, XX et 369 p., 2007
- *Medicina, soror philosophiae. Regards sur la littérature et les textes médicaux antiques (1975-2005)*
Textes réunis et édités par B. MAIRE, Préface de J. PIGEAUD
Ph. MUDRY, XXIV et 545 p., 2006
- *Bâtir, gérer, soigner – Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*
P.-Y. DONZÉ, 388 p., 33 ill. n/b, 2003
- *Visions du rêve*
Sous la direction de V. BARRAS, J. GASSER, Ph. JUNOD, Ph. KAENEL et O. MOTTAZ, 288 p., 2002
- *Rejetées, rebelles, mal adaptées – Débat sur l'eugénisme – Pratique de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX^e siècle*
G. HELLER, G. JEANMONOD et J. GASSER, 2002
- *Médecins voyageurs – Théorie et pratique du voyage médical au début du 19^e siècle*
D. VAJ, 348 p. 150 ill. n/b, 2002
- *La médecine à Genève jusqu'à la fin du 18^e siècle*
L. GAUTIER, 746 p., 11 ill., 2001

- *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe 1750-1815 – Politique, institutions et savoirs*

O. KEEL, 544 p., 2001

- *Soigner et consoler – La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (Genève 1750-1820)*

M. LOUIS-COURVOISIER, 336 p., 2000

Hors
série

- *Migration et système de santé vaudois, du 19^e siècle à nos jours*

T. GARIBIAN & V. BARRAS, x et 72 p., 2012

- *L'Hôpital de l'enfance de Lausanne. Histoire d'une institution pionnière de la pédiatrie suisse*

M. TAVERA & V. BARRAS, XII et 188 p., 2011

Sources
en perspective

À paraître

- Samuel Auguste Tissot, *De la Médecine civile ou de la Police de la Médecine*

Édité par M. NICOLI avec une introduction de D. TOSATO-RIGO et M. NICOLI, LXX et 160 p., facsimilé, glosaire, index, 2009

- Gabriel Tarde, « *Sur le sommeil ou plutôt sur les rêves* ». *Et autres textes inédits*

Édités par J. CARROY et L. SALMON, VIII et 228 p., index, 2009

- *Se soigner par les plantes. Les « Remèdes » de Gargile Martial*

B. MAIRE avec un avant-propos de K. HOSTETTMANN et un dossier iconographique par M. FUCHS, XXXVI et 136 p., 2007

- *La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie 1961-1996 (ECVIP)*

J. PEDROLETTI, VIII et 231 p., 2004

- *Le compas & le bistouri. Architectures de la médecine et du tourisme curatif: l'exemple vaudois (1760-1940)*

D. LÜTHI avec une préface d'A.-M. CHÂTELET
Série Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

- *Archives du corps et de la santé au 18^e siècle: les lettres de patients au D^r Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*, base de données en ligne

S. PILLOUD, M. LOUIS-COURVOISIER et V. BARRAS
Série Sources en perspective

- *Documenter l'histoire de la santé et de la maladie au siècle des Lumières: les consultations épistolaires adressées au D^r Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*

S. PILLOUD
Série Sources en perspective

Achévé d'imprimer en Suisse en octobre 2012
Dépôt légal : novembre 2012

www.angecreations.ch