

► Qualité de vie

« Les Espaces santé jeunes, un réseau national qui se développe et se fédère »
Entretien avec Geneviève Noël 4

À Besançon, une « maison-refuge » pour les adolescents en rupture
Denis Dangaix 6

Une Permanence Accueil Jeunes à l'écoute du mal-être des adolescents
Denis Dangaix 8

► International

Bruxelles : un programme communautaire dans les quartiers défavorisés
Bruno Vankelegom 10

Comment les enseignants tunisiens conçoivent la « santé »
Sameh Hrairi 12

Dossier

La santé des migrants

Introduction

Migrants et santé : pour des actions de proximité adaptées
Élodie Aïna Stanojevich 14

Migrants : un état de santé fragilisé par le déracinement

La santé des étrangers : une question politique
Didier Fassin 15

Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil
Arnaud Veisse 17

Migrants âgés : le drame du double exil
Omar Hallouche 19

Repères sur la santé des migrants
Élodie Aïna Stanojevich, Arnaud Veisse 21

Des stratégies pour promouvoir la santé des migrants

Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants
Olivier Bouchaud 25

Les médiateurs communautaires de santé, trait d'union entre professionnels et migrants
Emmanuel Ricard 28

Éducation pour la santé des migrants : à quelles conditions ?
Patrick Lamour 30

Santé globale, diabète, tuberculose : des exemples d'actions de proximité

Comede : des consultations pour promouvoir la santé des exilés
Guy Delbecchi, Florence Rouleau Favre, Khaldia Vescovacci 32

La place des associations de migrants dans la prévention du sida
Catherine Chardin 34

Une éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques
Dorothee Romand, Nadine Baclet 36

En Seine-Saint-Denis, une équipe mobile pour détecter la tuberculose
Dolorès Mijatovic 38

Pour en savoir plus
Olivier Delmer, Sandra Kerzanet 39

► Enquête

Améliorer les conditions de vie affective et sexuelle des SDF
Dolorès Pourette, Anne Laporte, Erwan Le Méner, Nicolas Oppenheim 42

► La santé à l'école

Rhône-Alpes : la protection sociale enseignée dans les lycées via Internet
Mathilde Moradell, Gilles De Angelis 44

► Éducation du patient

Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ?
Jean Laperche 46

► Lectures

Olivier Delmer, Céline Deroche, Élisabeth Piquet .. 49

► Index 2007

Index central

Erratum : Bernard Goudet est membre du conseil scientifique du Craes-Crips d'Aquitaine et non de Rhône-Alpes comme indiqué par erreur dans le n° 390, p. 39. Avec nos excuses.



Illustrations : Titouan Lamazou
Extraits de Zoé Zoé – Femmes du monde, Gallimard Loisirs, 2007.

1974, ont occupé le segment inférieur de l'immobilier, c'est-à-dire, dans une période où l'accès à l'habitat social devenait de plus en plus sélectif pour cause officielle de mixité sociale, les logements privés les plus vétustes et dégradés, qu'ils louaient généralement à des tarifs élevés. Dans ces conditions, les enfants se trouvaient exposés aux écaïlles et aux poussières des vieilles peintures au plomb et s'intoxiquaient par ingestion ou inhalation. Les politiques de l'immigration et de l'habitat, les discriminations dans l'emploi et le logement étaient ainsi les véritables causes du saturnisme infantile. Il ne s'agissait pas d'un problème de « santé des migrants », mais des conséquences d'une condition indigne, productrice d'insalubrité, c'est-à-dire du résultat de choix politiques et de pratiques sociales.

Aujourd'hui, celles et ceux qui œuvrent pour une amélioration de l'état de santé des migrants constatent de même les effets délétères des politiques de stigmatisation et des pratiques de discrimination à l'encontre des étrangers. Et ils en devinent déjà les conséquences pour la génération des enfants dont la société française aura si mal traité les parents.

Didier Fassin¹

Anthropologue, médecin, directeur de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris, CNRS-Inserm), Paris

1. Coauteur de L'empire du traumatisme (Flammarion) et De la question sociale à la question raciale (La Découverte)

Bibliographie

- Berkman L., Kawachi H. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000: 391 p.
- Haut Comité de la santé publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP, 1998 : 368 p.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte-Inserm, coll. Recherches, 2000 : 448 p.
- Marmot M., Wilkinson R. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999: 291 p.

Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil

Le déracinement et l'exil ont des conséquences physiques et psychologiques considérables chez de nombreux migrants. D'où la nécessité absolue pour des professionnels de la santé et du social de prendre en compte ces ruptures et pertes d'identité. Ils doivent accompagner et prendre en charge les personnes sur le plan médical et aussi psychologique, en privilégiant écoute, reconnaissance et prise en compte du contexte global.

Au commencement était l'exil... Les migrants auxquels s'adressent nos programmes et nos actions de santé sont confrontés, de manière très disparate, à de nombreux facteurs de vulnérabilité (précarité, exclusion, forte prévalence de certaines maladies, difficultés de communication, etc.), mais tous ont en commun d'avoir fait l'expérience du déracinement et de l'exil. Ces deux termes, qui expriment la contrainte de vivre hors du milieu d'origine, sont souvent utilisés l'un pour l'autre, dans la littérature comme dans les sciences humaines. Si les définitions se croisent, la notion d'exil renvoie cependant davantage à la représentation que se fait la personne migrante de son propre déracinement (1), laquelle représentation – nous le verrons plus loin – influence considérablement l'adaptation au nouveau milieu.

La contrainte de la migration résulte de violences de diverses natures, économiques, politiques et ou interper-

sonnelles, et l'histoire de nombreux migrants se trouve ainsi jalonnée de conflits et de ruptures multiples. Pour les personnes concernées, les conséquences du déracinement sont l'affaire d'une subjectivité particulière liée à des espoirs, des craintes et des désirs individuels. L'exil peut s'inscrire dans la continuité d'une histoire pour le militant politique conscient des risques de persécutions, ou lorsque la migration programmée répond à une nécessité économique pour la famille ou le groupe. Mais la rupture peut être au contraire brutale et imprévisible, comme en cas de violence intrafamiliale ou lorsque la répression sanctionne la « simple » présence dans une manifestation étudiante : ce qui aggrave encore les effets traumatiques du déracinement.

Perte d'affection et de protection

La rupture d'avec le « milieu d'origine » signifie tout à la fois perte du

monde de ses parents et perte de son propre monde (2). L'objet perdu est multiple : famille, relations, paysage, nation... La perte de l'environnement familial représente celle du monde maternel et de sa trame sensorielle et sensitive, un monde peuplé d'objets qu'on aimait sans bien comprendre pourquoi et qu'on ne reverra jamais : son enfance. La mesure du deuil se fera progressivement, à partir de détails, un deuil d'autant plus énigmatique que l'objet perdu est à la fois mort et vivant : on le sait vivant dans un autre monde, interdit et distant. La nostalgie, désir douloureux et impossible du retour, est encore renforcée par l'abandon de la langue maternelle, au-delà des difficultés de compréhension que suppose l'usage de la nouvelle langue.

La rupture d'avec la communauté d'origine constitue en outre une perte de protection, aggravée par l'absence prolongée de droits politiques pour les



migrants dans le pays d'accueil, même lorsque la situation du séjour est stable. Ce phénomène est encore exacerbé chez les demandeurs d'asile, la reconnaissance du statut de réfugié signifiant retrait définitif de la protection jusqu'alors garantie par le pays d'origine. Cependant, le déracinement provoque des lésions morales et affectives même lorsque les droits politiques sont préservés, comme cela a été observé chez des Français « rapatriés », comme les pieds-noirs (3). Dans de nombreux cas, c'est le caractère traumatique de l'exil qui constitue alors l'élément fondateur d'une « communauté » qui ne se vivait pas comme telle sur la terre d'origine.

Perte d'identité sociale et familiale

Au-delà de la perte du monde maternel et de la protection de la « patrie », l'objet perdu est un ensemble d'idéaux, de convictions et d'activités qui définissent une façon d'être au monde et avec les autres. Le déracinement provoque ainsi une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères matériels et affectifs. La maison, le village, le quartier, la rue, les commerçants... tout ce qui contribue à fabriquer l'horizon quotidien n'existe plus. En outre, les règles de l'état civil, en France, conduisent à imposer chez

certains migrants un nom « de famille » réducteur des noms jusqu'alors utilisés pour définir leur identité. Et certains demandeurs d'asile, ayant dû user d'une autre identité pour franchir les frontières, se verront affubler d'un patronyme écorché rendu définitif par la transcription hasardeuse de leur déclaration d'identité au guichet de la préfecture.

Ces facteurs de fragilisation psychologique sont encore renforcés par le surcroît de responsabilité vis-à-vis de la famille et des proches. La responsabilité des migrants économiques envers « ceux qui sont restés » se double chez les réfugiés de la culpabilité d'avoir sauvé leur vie, d'avoir abandonné des proches restés au pays. L'intégration peut alors être vécue comme un oubli ou une trahison. Il arrive que la famille se replie dans un premier temps sur elle-même, dans un réflexe de « refusionnement » (4), où le déracinement brouille les repères sexuels et généalogiques : *« Quand le passage ne se fait pas, le passé s'infiltré trop dans le présent, les sexes et les générations se confondent : les parents ne sont plus les parents, les garçons et les filles deviennent semblables et les enfants jouent à être les parents des parents. »* (5). Lorsqu'une expérience pénible vécue par une génération a été

insuffisamment symbolisée, les fractures psychologiques qui en résultent peuvent ainsi avoir des effets sur plusieurs générations.

Prendre en compte les maux d'exil

Sur un plan psychique, les migrants en exil se comportent comme ces petits lézards qui doivent rompre leur queue pour pouvoir passer sur une voie étroite (6). Mais, si la mémoire fait défaut, le corps se souvient du passé. Les symptômes de ces maux d'exil sont alors l'expression de conflits entre l'oubli des origines et la quête du devenir. Traits d'union entre le passé et l'avenir nécessaire à la survie, expression de la rupture, les symptômes sont aussi tentatives de suture, graines du réenracinement (7). Ils expriment cette « mélancolie du corps » (8) observée chez ces migrants « sinistrosés » qui semblent mettre en échec la médecine occidentale (9). Dans ce contexte, l'importance croissante de la raison médicale dans les politiques d'immigration vient encore aggraver les effets d'une reconnaissance trop souvent réduite au seul « corps de l'étranger » (10).

Face aux effets du déracinement, l'exilé doit effectuer un travail de reconstruction et de réinvention, un « transfert d'origine dans la langue de l'autre » pour une mémoire en devenir (1). Pour le sujet, l'appropriation de son parcours est indispensable à la compréhension des histoires passées, afin de permettre un nouvel enracinement fait de racines multiples. Les prises en charge thérapeutiques doivent ainsi favoriser une approche singulière, et se garder de substituer une causalité culturelle à une causalité psychique. Pour les intervenants en santé/social sollicités, la capacité d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte global déterminent alors l'efficacité de la prise en charge. L'usage occasionnel de la langue maternelle, par le recours à l'interprétariat professionnel ou l'utilisation de documents bilingues, se révèle une aide précieuse permettant tout à la fois de favoriser la compréhension et la relation d'aide.

Ainsi, les personnes en exil relèvent à des degrés divers d'un triple besoin de relation, de réparation et de reconnaissance (11), dont les actions de santé doi-

vent toujours tenir compte. La prise en charge requise sera parfois médicale et/ou psychothérapeutique, elle sera toujours un accueil et un soutien. Et, dès lors que de nombreux migrants demandeurs de soins de santé sont d'abord en attente de protection, le besoin de justice est primordial et la reconnaissance des droits (droit à la santé, droit au séjour, droit d'asile, droits politiques) constitue un élément de base de tout projet de prévention et de soins. Lorsque la migration résulte d'atteintes aux droits humains fondamentaux, seule la réparation symbolique offerte par la justice est capable de réconcilier le désir d'oublier et la mémoire de la douleur, afin que le sujet puisse apprivoiser la souffrance pour renaître, croire, aimer, pour pouvoir à nouveau vivre et non plus seulement survivre.

Arnaud Veïsse
Médecin, directeur du Comede.
Le Kremlin-Bicêtre

► Références bibliographiques

- (1) Benslama F. *Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil ?* L'Évolution psychiatrique 2004 ; 69 (1) : 23-30.
- (2) Veïsse A. Exil et santé. In : Comité médical pour les exilés (Comede). *Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels, édition 2008*. Saint-Denis : INPES, 2007 : 16-30.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf/guide_comede.pdf [
- (3) Jordi J.-J. *Les pieds-noirs : constructions identitaires et réinvention des origines*. Hommes et Migrations 2002 ; n° 1236 : 14-25.
En ligne : <http://www.hommes-et-migrations.fr/articles/1236/1236.pdf>
- (4) Eiguer A. Mécanismes compensatoires face au déracinement. In : *Le déracinement*. Le divan familial 1999 ; n° 2 : 13-25.
- (5) Tisseron S. Des racines encombrantes. In : *Le déracinement*. Le divan familial 1999 ; n° 2 : 41-53.
- (6) Erangah-Ipendo I. *Du sursaut traumatique aux rendez-vous manqués. Entre la vie et la loi*. Maux d'exil 2004 ; n° 9 : 7-8.
En ligne : http://www.comede.org/UserFiles/File/maux_d_exil_9.pdf
- (7) Granjon E. Introduction au voyage. In : *Le déracinement*. Le divan familial 1999 ; n° 2 : 7-10.
- (8) Douville O. Mélancolie d'exclusion ; quand la parole divorce du corps, et retour. In : de Rivoire F. *Psychanalyse et malaise social. Désir du lien ?* Érès, 2001 : 39-52.
- (9) Sayad A. La maladie, la souffrance et le corps. In : *La double absence. De l'illusion de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris : Seuil, coll. Liber, 1999 : 255-303.
- (10) Fassin D. Le corps de l'étranger. In : *La raison médicale et le droit au séjour, points de vue croisés de médecins*. Maux d'exil 2005 ; n° 12 : 1-3.
En ligne : http://www.w.comede.org/UserFiles/File/maux_d_exil_12.pdf
- (11) Didier E. *Les difficultés du consentement*. Soins 1992 ; n° 563-564.

Migrants âgés : le drame du double exil

Algériens, Marocains, ils sont quatre-vingt-dix mille « vieux migrants » du Maghreb à habiter en foyer en France. Les plus âgés d'entre eux n'ont pas accès aux maisons de retraite et souffrent de conditions de vie indignes. L'anthropologue Omar Hallouche s'insurge contre cette situation : ces hommes doivent accéder au dispositif de santé auquel ils ont droit. Et pouvoir vieillir et mourir dignement « dans ce pays auquel ils ont tant donné ».

- Je ne peux ni partir ni rester. Petit à petit, le foyer s'est refermé sur moi comme un piège. - (1) Farid, 60 ans, est arrivé en France à l'âge de 17 ans. Il alterne deux ou trois séjours en Algérie et le foyer Sonacotra de Vaulx-en-Velin, où il loue une chambre à l'année depuis vingt-cinq ans. Il attend sa retraite après avoir enchaîné périodes de chômage et emplois intérimaires depuis 1992. Il a souffert de l'isolement et de la promiscuité extrême¹ mais par-dessus tout de la « plus haute des solitudes » (2), loin de l'affection de sa femme et de ses enfants. Farid fait partie des quatre-vingt-dix mille « pères à distance » (3) originaires pour la plupart du Maghreb, qui vivent toujours dans les foyers de travailleurs migrants (FTM) en France. Ces habitats « provisoires »

(4) bâtis il y a plusieurs décennies sont l'héritage d'une période où les autorités étaient persuadées qu'il n'était nul besoin de construire une politique d'accueil et de logement pour ces immigrés destinés à repartir dans leur pays.

Aujourd'hui, ces ouvriers sans qualification, souvent analphabètes, sont au chômage et souvent en dessous du seuil de pauvreté, sans perspectives de retour au travail. Les résidents à la retraite, quant à eux, sont bénéficiaires du minimum vieillesse mais, pour pouvoir profiter de la totalité de leurs allocations et notamment de leurs droits en matière de santé, ils sont tenus de résider un minimum de six mois en France. C'est cette contrainte qui les oblige à avoir une résidence régulière en foyer,

en pratiquant une « migration alternée » entre leur pays d'origine et la France.

Population vieillissante et paupérisée

Le nombre des hommes de plus de 60 ans vivant en foyer a quintuplé depuis dix ans. Leur santé est particulièrement dégradée et leur vieillissement précoce. Les causes en sont la mauvaise qualité de vie (hygiène, nutrition), les conditions de travail difficiles qu'ils ont vécues et leurs conséquences (handicaps, accidents de travail). « Machine en panne », « reins cassés » sont les formules qui reviennent souvent pour parler du corps abîmé. À cela, il faut ajouter les syndromes dépressifs dont le plus répandu est le « mal partout »⁴.