



**FONDS EUROPÉEN
D'INTÉGRATION**

**ETUDE SUR LA PERCEPTION DE LA SANTE
DES PERSONNES AGEES IMMIGREES
VIVANT EN HABITAT SOCIAL ADAPTE**

- Cabinet ANTHROPOS -

MARS 2014

**Adrienne O'DEYE
Thierry BEROT- INARD
Vincent JOSEPH**

Préambule

Confrontée au vieillissement du public qu'elle accueille au sein de ses structures d'hébergement, notre association participe et apporte des réponses diversifiées aux besoins identifiés (accompagnement, cadre de vie, maintien à domicile,...) et aux évolutions.

Grâce au soutien du Fond Européen d'Intégration, COALLIA promeut et développe l'expérimentation sociale pour construire des solutions durables et adaptées aux problématiques de ses activités. Fruit d'un travail de conception, de développement et d'action sur le terrain, nous avons initié en 2012 avec le cabinet ANTHROPOS des séminaires d'échanges professionnels sur la région Ile-de-France afin de développer et renforcer l'action partenariale, vecteur essentiel de l'accompagnement social des personnes âgées immigrées.

Nous avons poursuivi notre collaboration en 2013 afin d'enrichir notre démarche d'expertise en construisant une étude sur la perception de santé des personnes âgées immigrées vivant dans nos structures d'hébergement car notre responsabilité repose sur une capacité structurée à penser le développement des réponses et des services ainsi que la pérennité de l'action.

L'étude présentée ci-après a pour objectif de devenir un outil complémentaire afin d'aider les professionnels à améliorer les prestations de santé auprès de cette population. Construite autour de thèmes jugés centraux, cette étude permet de mettre au clair diverses données anthropologiques à l'œuvre dans les représentations et propose pour chaque thématique de disposer de repères opérationnels et organisationnels pour élaborer des actions pertinentes tout en revisitant nos modes opératoires et nos pratiques en vue de répondre de façon professionnelle et sans cesse renouvelée à des besoins sociaux et médicosociaux multiples et croissants pour les publics les plus vulnérables.

BRENON Gérald
Coordinateur Santé / Vieillessement
Pôle de promotion sociale Coallia IDF

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| ORGANISATION DE L'ETUDE ET PUBLIC CONCERNE..... | 5 |
| Cadre et phasage de l'étude | 5 |
| ▪ Rappel des objectifs généraux de l'étude | 5 |
| ▪ Public concerné par l'étude | 6 |
| Mise en œuvre des outils méthodologiques | 7 |
| ▪ L'observation participante..... | 7 |
| ▪ Les entretiens qualitatifs individuels..... | 8 |
| ▪ Les entretiens collectifs..... | 8 |
| ▪ Foyers et résidences sociales COALLIA sollicités l'étude : | 9 |
| Une approche anthropologique des déterminants de santé | 10 |
| RAPPORT DES MIGRANTS AGES A LA SANTE ET AUX SOINS : ENTRE | |
| MEDECIN TRAITANT ET RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE | 11 |
| La relation thérapeutique résidents - professionnels de santé | 11 |
| ▪ La figure du médecin, très présente dans le discours, recouvre des pratiques pourtant hétérogènes..... | 11 |
| ▪ La relation thérapeutique entre le médecin et le patient migrant sous le signe de l'échange . | 12 |
| Un important recours à la médecine traditionnelle | 13 |
| ▪ L'efficacité des plantes et des écorces d'arbres reconnues par l'ensemble des migrants | 13 |
| ▪ Gris-gris et marabouts ne font pas l'unanimité | 13 |
| ▪ La fonction sociale du soignant est très représentée dans l'échantillon d'étude | 14 |
| ▪ Les modes opératoires distinguent les pratiques traditionnelles des pratiques occidentales . | 15 |
| ▪ Des remèdes à disposition des migrants | 16 |
| PREVENTION EN SANTE : DESINTERET, RESISTENCES DES MIGRANTS | |
| AGES OU MALENTENDUS RELATIONNELS? | 20 |
| Mythe de la prévention santé ou réalité de la protection sociale ? | 20 |
| ▪ Une minorité de résidents « adhérent » au principe de prévention en santé | 20 |
| ▪ La notion traditionnelle de « protection » renvoie au social et non à la santé d'un individu.... | 21 |
| Silence des migrants : lever les malentendus pour agir | 23 |
| ▪ Le silence autour des maladies dissimule de fortes craintes chez les migrants âgés | 23 |
| LES RELATIONS SOCIALES ET L'ADAPTABILITE : CLES DU SUCCES DES | |
| ACTIONS COLLECTIVES EN MATIERE DE SANTE A DESTINATION DES | |
| MIGRANTS AGES | 26 |
| Des actions collectives « mal entendues » et peu fréquentées par les résidents âgés | 26 |
| ▪ Des actions de santé mal comprises par les résidents âgés | 26 |
| Favoriser la rencontre entre les professionnels de santé et les résidents âgés | 28 |
| ▪ Privilégier les échanges et la qualité relationnelle entre soignants et patients..... | 28 |
| ▪ Une vigilance à apporter sur le choix des mots..... | 30 |
| Le social c'est la santé ! | 31 |
| ▪ Tisser des liens c'est la conserver ! | 31 |
| ▪ L'altération des liens sociaux rend malade | 31 |
| ▪ Le relationnel est aussi celui que l'on entretient avec le personnel des structures d'hébergement ou de soins..... | 33 |
| LES DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS : CASSE-TETE INSTITUTIONNEL, | |
| SENTIMENT D'INJUSTICE ET RISQUES SANITAIRES POUR LES MIGRANTS .. | 36 |
| Imbroglie institutionnel, non affiliation des migrants : un constat partagé | 36 |
| ▪ Réalités des situations administratives et financières des résidents interrogés..... | 36 |
| ▪ Casse-tête administratif pour les résidents, imbroglie partenariale pour les médiateurs | 37 |
| ▪ Le don, le contre-don et la dette ou la symbolique du rapport migrants - institutions | 39 |
| Quelles actions collectives pour améliorer l'accès aux droits ? | 42 |
| ▪ Accès aux droits, autonomie et personnalisation de l'accompagnement..... | 42 |
| ▪ Un atout : des documents administratifs bien conservés par les résidents | 43 |

| | |
|--|-----------|
| FAVORISER LA PARTICIPATION AUX ACTIONS COLLECTIVES : MOBILITE DES ACTEURS DE SANTE ET VALIORISATION DES CENTRES D'INTERETS DES RESIDENTS..... | 46 |
| Mobilité des professionnels de santé, concertation et pédagogies pratiques mobilisatrices | 46 |
| ▪ La concertation entre les acteurs à développer | 46 |
| ▪ Des actions à ritualiser et à adapter au rythme de vie quotidien des migrants | 46 |
| ▪ Dynamisme, mobilité et pragmatisme des acteurs de santé : facteurs essentiel de la mobilisation..... | 47 |
| Centres d'intérêts en santé des résidents de plus de 60 ans | 50 |
| ▪ La lutte contre la souffrance : une porte d'entrée à la prévention et aux soins | 50 |
| ▪ Le rhume et le froid..... | 51 |
| ▪ Santé et alimentation..... | 52 |
| ▪ Santé et sexualité ou « la force de l'homme »..... | 53 |
| ▪ Santé et hygiène | 55 |
| ▪ Le sport et de l'activité physique perçus parfois comme des facteurs de santé, de maintien en forme..... | 56 |
| S'APUYER SUR LES CONNAISSANCES ACQUISES PAR LES MIGRANTS AGES POUR ADAPTER LES BESOINS D'INFORMATION EN SANTE | 58 |
| Etat des connaissances des maladies courantes et propos des migrants de plus de 60 ans | 58 |
| ▪ L'asthme..... | 58 |
| ▪ Le diabète..... | 59 |
| ▪ La tuberculose | 59 |
| ▪ La tension..... | 60 |
| ▪ Le sida | 61 |
| ▪ Le cas spécifique du cancer du colon..... | 62 |
| ▪ Les maladies mentales, le stress, la dépression : en France comme au pays | 63 |
| Maladies repérées en France et dans les sociétés d'appartenance | 66 |
| ▪ Petit lexique des maux et des remèdes (rapportés par les migrants interrogés) | 66 |
| DES SUPPORTS DE COMMUNICATION A ADAPTER AUX MIGRANTS AGES, LA NOTION DE COMMUNAUTE A REINTERROGER | 69 |
| Des supports de communication à repenser pour toucher les migrants âgés | 69 |
| ▪ Privilégier le visuel sur le rédactionnel..... | 69 |
| ▪ Concevoir des supports de communication à l'attention des migrants de plus de 60 ans | 70 |
| ▪ La « communication sociale » à exploiter pour amplifier les messages à destination des résidents sans les transformer | 73 |
| Questionner la notion de communauté pour améliorer la communication entre les acteurs : résidents, intervenants sociaux et partenaires..... | 76 |
| ▪ « <i>LES migrants ne forment pas UNE communauté</i> »..... | 76 |
| ▪ Le défi interculturel pour les intervenants médico-sociaux..... | 77 |
| BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE..... | 78 |

ORGANISATION DE L'ETUDE ET PUBLIC CONCERNE

Cadre et phasage de l'étude

Cette étude a été réalisée par trois chercheurs socio-anthropologues africanistes du cabinet ANTHROPOS Consultants, spécialisé notamment dans la conduite de recherches - actions dans le champ de la santé et du social, liées à des contextes de migration.

Un groupe de pilotage formé de professionnels de COALLIA et de quelques partenaires externes a été constitué pour valider et orienter l'étude tout au long de sa réalisation. Des professionnels intervenants sociaux de COALLIA ont été associés de manière opérationnelle au déroulement de celle-ci.

L'étude a été menée pendant 6 mois. Un rapport intermédiaire, présenté au groupe de pilotage courant janvier 2014, portait sur une analyse thématique des contenus des entretiens qualitatifs réalisés. Les résultats ont été soumis aux intervenants sociaux dont les réactions et propositions ont été recueillies en séance de travail et nourrissent le présent rapport. Ce rapport final intègre en sus, les données issues des entretiens collectifs avec les migrants, des entretiens et discussions avec les médiateurs, ainsi que les résultats des observations des actions collectives.

▪ Rappel des objectifs généraux de l'étude

Cette étude est conçue pour apporter des éléments concrets afin de développer une approche interculturelle des problématiques de santé et concevoir des actions de terrain avec les partenaires. Les objectifs en sont les suivants :

- ✓ Permettre la mise au clair des diverses données anthropologiques à l'œuvre dans les représentations autour de la santé, à savoir :
 - Les conceptions des migrants concernant la santé et la maladie, les centres d'intérêt en matière de santé ;
 - Les rapports sociaux entretenus (dans le foyer ou la résidence, en dehors et au pays), les liens entre santé et systèmes de relations sociales au sein de la communauté de vie dans diverses situations de difficultés socio sanitaires ;
 - La connaissance des maladies, le recours aux soins et la gestion traditionnelle de la santé ;
 - Les rapports qu'entretiennent les résidents avec les professionnels intervenants en interne et en externe. La participation aux actions collectives proposées dans le foyer ou la résidence sociale
 - Les propositions et conseils, des migrants eux-mêmes, pour le développement des actions collectives.

✓ Disposer de repères opérationnels et efficaces sur les aspects communicationnels dans les actions d'information - prévention :

- Expliciter les éléments de la dynamique sociale et culturelle sur lesquels faire reposer des actions de participation autour de la santé,
- Identifier les codes culturels pertinents pour produire des messages informatifs adaptés aux références culturelles des résidents.
- Les freins à l'accès à l'information, à la compréhension des messages et aux soins.

▪ **Public concerné par l'étude**

Les personnes concernées sont des hommes de plus 60 ans vivant hors de leurs familles, originaires de trois pays d'Afrique subsaharienne, le Mali, le Sénégal et la Mauritanie, ainsi que des trois pays du Maghreb (Tunisie, Maroc, Algérie).

Un choix d'établissements a été effectué en relation avec l'équipe du PPS IDF de COALLIA et selon des critères permettant de tenir compte de la répartition selon le type de structure, l'origine géographique, la composition des résidences (critère de mixité des provenances des résidents notamment), la taille de la structure, les pathologies identifiées.

L'échantillon est ainsi constitué à partir des données sociodémographiques des migrants fournies par COALLIA. Il est ventilé à partir des critères suivants :

- Le pourcentage de migrants de plus de 60 ans rapporté à l'origine géographique, toutes structures confondues : 45% de maliens, 12% d'algériens, 10% de sénégalais, 8% autres, 6% de mauritaniens, 6% de marocains et 2% de tunisiens.
- Le pourcentage moyen de migrants dans les résidences sociales et foyers de travailleurs migrants étant d'environ 40%, le choix des structures s'opère en fonction du rapport à cette moyenne.
- La composition de la population résidente rapportée aux origines géographiques au sein de la structure : prédominance d'une origine géographique au sein d'une structure, à savoir Afrique de l'ouest ou Maghreb, ou d'une mixité d'origines au sein d'une même structure.
- La répartition géographique des structures sur la région Ile-de-France, dans la mesure où la quasi-totalité des départements est concernée par l'étude.

Des données complémentaires en possession des professionnels ont été fournies au cabinet ANTHROPOS pour affiner cet échantillon de base, telles que :

- Les dates d'arrivée en France et d'entrée des migrants dans la structure,
- Les pathologies repérées, la fréquentation des actions collectives en santé,
- La maîtrise de la langue française, le niveau d'alphabétisation (oral et écrit),
- La situation familiale et composition familiale (avec lieu de résidence).

Mise en œuvre des outils méthodologiques

L'approche anthropologique a conduit à utiliser trois types d'outils méthodologiques : l'observation participante, lors de situations d'actions collectives ou individuelles en matière de santé (prévention, sensibilisation, bilans de santé, forum, etc.) ; des entretiens semi directifs qualitatifs auprès de migrants, de médiateurs, de professionnels de santé liés aux actions collectives ; un entretien collectif qui, par le jeu des interactions entre les membres du groupe, permettait d'aborder des sujets liés aux aspects socioculturels.

▪ L'observation participante

L'observation participante est un outil de compréhension des logiques d'usage qui sont à l'œuvre, en situation réelle. Il s'agit d'un regard objectivé, de l'intérieur des pratiques sociales, professionnelles, et du rapport entre les professionnels et les résidents migrants.

A partir du calendrier des actions en matière de santé ont été sélectionnées les actions les plus emblématiques des pathologies rencontrées et de la nature des actions menées. Pour conserver une mixité d'actions, des actions collectives (information, prévention, dépistage, etc.) et des actions individuelles (consultations, entretiens, visites à domicile, etc.), ont été observées.

La sélection s'est faite en coordination avec les intervenants du pôle social (ou médiateurs) et les chercheurs du cabinet ANTHROPOS.

Une grille d'observation a été élaborée ; elle porte sur l'ensemble des aspects organisationnels des actions, mais aussi sur les modes relationnels, les échanges et les retours de ces actions.

Quatre séances d'observation ont d'abord été menées par le cabinet ANTHROPOS, en présence des intervenants sociaux qui, initiés à la grille et à la démarche, ont mené ensuite de façon autonome 12 observations supplémentaires. Pour information, des étudiantes assistantes sociales, alors en stage chez COALLIA, ont également participé à ces opérations.

Au total, 8 actions collectives ont été observées (25 observations) :

- *Forum santé et bilan de santé* : Foyer Calmette et Guérin, Aulnay/Bois (7 observations)
- *Sensibilisation et dépistage du VIH-SIDA* : Résidence sociale Fauvelles, Courbevoie (5)
- *Sensibilisation et dépistage VIH-SIDA* : Résidence sociale Tillier, Paris 12 (5)
- *Dépistage TROD – VIH* : Aides Courbevoie (1)
- *Dépistage des maladies rénales* : Résidence sociale Tillier, Paris 12 (3)
- *Information et sensibilisation sur les maladies cardio-vasculaires et initiation aux gestes de premier secours* : J. J. Rousseau, Ivry/seine (3)
- *Dépistage bucco-dentaire* : J. J. Rousseau, Ivry/seine (1)

▪ Les entretiens qualitatifs individuels

21 résidents ont été rencontrés en entretien individuel. La durée d'entretien varie en fonction de l'éventuelle nécessité de traduction : entre une heure à une heure trente. Le recours à des traducteurs s'est fait, soit parmi les professionnels intervenants sociaux, soit parmi les personnes ressources identifiées localement.

Les hommes interrogés sont des résidents des foyers ou résidences sociales, âgés de 60 à 70 ans, exceptés 3 d'entre eux, situés dans la tranche d'âge entre 55 et 60 ans. Les 3 plus âgés ont entre 75 et 85 ans. Les pays d'origine se répartissent comme suit :

- Résidents originaires d'Afrique Sub-saharienne : 14
- Résidents originaires du Maghreb : 6
- Résident originaire du Pakistan : 1 (A préciser que ce résident « hors échantillon », s'est proposé spontanément lors du désistement de la personne initialement prévue.)

L'objectif des entretiens était d'aborder, avec les migrants eux-mêmes, les conceptions culturelles de la santé, les relations entre maladie et position sociale des migrants en France, le regard porté sur les actions santé organisées à leur intention. Un guide d'entretien a structuré les échanges par thématiques.

▪ Les entretiens collectifs

L'objectif des entretiens collectifs était de susciter des échanges au sein des communautés autour de problématiques de santé, de manière à faire émerger les perceptions et les types de rapports sociaux entretenus par les migrants sur ces questions. Une vigilance était portée quant au système de valeurs en place, de manière à garantir l'intégrité des individus et des croyances, à favoriser les échanges et la bienveillance entre pairs.

Une seule séance sur les deux prévues initialement a été organisée. D'une part, il s'est avéré complexe de réunir les personnes dans un même lieu et au même moment, d'autre part, l'étude atteignait le phénomène de « saturation des données » (redondance des mêmes informations à un certain niveau d'enquête), signe d'un niveau suffisant de collecte de données.

Cet entretien collectif s'est déroulé dans le foyer Calmette et Guérin, à Aulnay-sous-Bois et a réuni 17 personnes, originaires de pays d'Afrique de l'Ouest ainsi que du Maghreb. De multiples thématiques ont été exploitées de manière pragmatique, pour nourrir les préconisations en matière d'actions collectives prévues par cette étude.

Le présent rapport final, proposé par le cabinet ANTHROPOS, fait ainsi le lien entre les données l'étude anthropologique et les pistes de travail à engager au sein des structures d'habitat social adapté et à destination des publics de migrants vieillissants.

▪ **Foyers et résidences sociales COALLIA sollicités l'étude :**

- Foyer Nationale, Boulogne (92)
- Foyer Bellière, Paris 13 (75)
- Résidence sociale Tillier, Paris 12 (75)
- Résidence sociale 3 territoires, Vincennes (94)
- Résidence sociale Fauvelles, Courbevoie(92)
- Foyer Calmette et Guérin, Aulnay-Sous-Bois (93)
- Résidence sociale Felix Eboué, Ozoir (77)
- Résidence sociale Netter, Paris 12 (75)
- Résidence sociale Barbusse, Aubervilliers (93)

Une approche anthropologique des déterminants de santé

Le rapport à la santé, à sa propre santé, reste intrinsèquement lié à son rattachement social, ses conditions de vie, son histoire, sa trajectoire migratoire, son modèle d'éducation, mais également à son insertion dans la société et à la position qu'on y occupe.

Les différents « cercles sociaux »¹ développent pour eux et/ou en réaction à l'extérieur, des logiques propres. Ces logiques sont plus ou moins hermétiques les unes aux autres et dictent des conduites et des modes de raisonnements différenciés qui parfois s'affrontent.

Ainsi, adapter les actions collectives pour mieux sensibiliser et mobiliser les résidents, ne procède pas de la recette, mais davantage d'une démarche permettant de révéler et articuler le système de représentations, la logique et la rationalité dans lesquels sont inscrites les personnes concernées.

Pour ces raisons, les thématiques analysées et proposées ci-dessous, doivent permettre d'approcher de façon globale l'appréhension de la santé chez les résidents rencontrés, dans l'objectif de restituer des comportements et attitudes apparemment individuels dans un ensemble social plus large, lui-même producteur de ressources et de freins en matière de santé.

Par ailleurs, les démarches de « promotion de la santé »², de « rétablissement », « d'inclusion » permettant d'instaurer une dynamique collaborative et participative, privilégient le repérage des déterminants de santé qui impactent fortement les comportements en matière de santé. D'autre part, les actions conçues à destination d'un public donné ne sauraient se passer de sa propre participation à la réflexion, à l'analyse de l'existant et à la mise en œuvre des actions d'amélioration.

La présente étude est sous-tendue par cette approche, résolument anthropologique, qui vise également l'identification des ressources détenues par les personnes concernées ou leur(s) groupe(s) d'appartenance. Ces ressources forment un socle de connaissances à inclure dans les modes d'intervention, de manière à rendre plus efficaces les actions collectives, en matière de santé, à destination des résidents de l'habitat social adapté.

Des « repères anthropologiques » sont proposés tout au long de la présente étude, dès lors que les notions ou problématiques abordées le requièrent.

Enfin, chacun des chapitres fait l'objet d'une synthèse spécifique en termes d'« approches et de vigilances » à considérer pour améliorer les interventions lors des actions collectives. Des « recommandations pratiques » et des pistes d'action à mettre en œuvre dans l'immédiat ou à moyen terme, sont systématiquement proposées.

¹ Robert Castel dans *La métamorphose de la question sociale*, proposera les termes de « cercles de vie », « désaffiliation » et « d'isolation sociale »

² Concept de l'Organisation Mondiale de la Santé, la promotion de la santé est développée notamment en Belgique, au Canada et plus récemment en France.

RAPPORT DES MIGRANTS AGES A LA SANTE ET AUX SOINS : ENTRE MEDECIN TRAITANT ET RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE

La relation thérapeutique résidents - professionnels de santé

- **La figure du médecin, très présente dans le discours, recouvre des pratiques pourtant hétérogènes**

La majorité des résidents interrogés affirme être suivie par un médecin traitant, souvent installé dans le quartier de résidence. Un tiers des résidents affirme avoir le même médecin traitant, depuis de très nombreuses années (de 10 à 30 ans). Il s'agit parfois, de médecins opérant dans le cadre d'associations implantées localement (la Croix-Rouge par exemple).

Si le médecin apparaît dans les discours, la fréquence des consultations demeure très variable. Ainsi, les personnes suivies pour une pathologie spécifique (le plus souvent concernant des problèmes liés à la prostate, au diabète et à de la tension) se rendent plus fréquemment chez le médecin (renouvellement d'ordonnance, suivi et contrôle sanguin, mesure de la tension, etc.). Or, les résidents concernés par un traitement en cours sont minoritaires dans l'échantillon.

- « Je vais voir le médecin tous les mois, au centre de santé et, tous les 2-3 mois, je fais une prise de sang. Je prends des médicaments matin / midi / soir, depuis que j'ai eu le diabète, il y a 15 ans. »

Au sein de l'échantillon, les résidents semblent ne pas recourir à des consultations à l'hôpital. Les visites à domicile et soins infirmiers sont rares et concernent plutôt les personnes à mobilité réduite (deux interviewés). De même, la population interrogée fait rarement appel aux pompiers ou au SAMU, deux des résidents interrogés en ont toutefois fait l'expérience.

Les visites chez le médecin s'avèrent plus rares pour les résidents n'ayant aucune pathologie repérée. Souvent motivées par l'apparition de douleurs qui s'installent, le recours au médecin est, en effet, une démarche décalée dans le temps : les résidents âgés affirment « attendre de voir » si les symptômes s'estompent. La consultation chez le médecin n'est déclenchée que lorsqu'on ne peut plus faire autrement.

- « Les africains ne vont pas voir le médecin, seulement si c'est grave, si on tombe. Sinon, je prends juste le doliprane, et ça va. C'est seulement si on a très mal à la tête, au ventre, la grippe, mal aux genoux. Sinon, on fait rien. »

Par ailleurs, quelques résidents ont un médecin traitant qu'ils ne voient jamais. Par exemple, l'un d'eux raconte qu'il n'a pas revu son médecin depuis l'arrêt du travail, il y a 5 ans.

La consultation, réduite à la visite de contrôle de médecine du travail, n'est plus perçue comme nécessaire depuis l'arrêt du travail.

Parfois, une certaine forme de résignation s'installe, non sans un certain humour :

- « *C'est comme une voiture : elle tombe en panne, on l'emmène chez le garagiste, il la répare, ça redémarre, elle retombe en panne, on retourne chez le garagiste, etc., et puis un jour, ça finit dans le trou... c'est pareil ! Pour tous !* »

Par ailleurs, les médiateurs dénoncent la réalité de la pénurie des médecins de ville. Les médecins retraités ne sont pas remplacés sur les quartiers, ce qui pose d'énormes difficultés aux résidents et à leurs accompagnateurs sociaux.

▪ **La relation thérapeutique entre le médecin et le patient migrant sous le signe de l'échange**

L'ensemble des résidents concernés par cette étude estime le système de soins français « *particulièrement sain* ». Comme en témoigne ce résident, affirmant que « *si vous sentez qu'il y a ça ou ça, il faut prévenir le médecin traitant, et éventuellement, si il nous le dit, on ira à l'hôpital* », les médecins inspirent un bon niveau de confiance.

Les aspects liés à l'ordonnance et au rapport aux pharmaciens, confirment ces observations :

- « *Je donne le papier à la pharmacie, je sais pas ce qu'il y a dedans* ».
- « *Lorsque le docteur dit « il faut pas faire ça, il faut pas prendre ça, le malade va prendre l'ordonnance, il va prendre les médicaments, mais il va pas prendre soin.* »

Le mot « soin » prend tout son sens dans les propos de ce résident : le fait d'appliquer des « directives » en santé, sans en comprendre le sens, éloigne en réalité du soin.

Les résidents formulent souvent des critiques quand à la faible place accordée aux échanges patient-soignant dans les démarches de soin ou actions collectives telles que les dépistages ou bilans de santé où « *il n'y a pas le temps d'échanger car les médecins sont toujours pressés* ». Au regard des difficultés des résidents à comprendre les messages de santé, « *la discussion avec le médecin demande du temps. On ne sait pas comment réagir à un problème de santé !* ».

Le « *bon* » médecin, aux yeux des personnes interrogées, n'est pas tant celui qui donne le bon traitement, mais celui qui permet une approche, plus holistique, s'intéressant aux modes de vie, bien au-delà de la maladie.

La question de la confiance est liée à la nature de la relation établie. Le médecin qui « *laisse parler l'autre* » et avec qui l'on peut parler « *d'un petit peu de tout* » est le meilleur soignant. Les migrants âgés expriment volontiers ce besoin d'être rassurés, de pouvoir questionner sur leur santé, et regrettent dans la quasi-totalité des entretiens le manque de disponibilité du corps médical sur ce plan (la qualité des soins n'est, elle, jamais remise en cause).

Un important recours à la médecine traditionnelle

Les résidents sont très partagés entre la médecine traditionnelle et la médecine allopathique. Il semble qu'ils recourent souvent aux deux, parallèlement.

▪ L'efficacité des plantes et des écorces d'arbres reconnues par l'ensemble des migrants

La grande majorité des migrants d'Afrique de l'Ouest connaît des remèdes traditionnels pour soigner la tension, le diabète, la dépression. Il s'agit de plantes, de feuilles bouillies, d'écorces qu'il faut souvent préparer en décoction et ingérer.

- « Chez nous, la médecine « traditionnelle » c'est avec les plantes ou le piquant des arbres. »

Les remèdes à base de plantes sont également connus au Maghreb, comme en témoigne ce résident :

- « Aujourd'hui, ce sont les médicaments, les cachets, le pétrole, mais avant pour les arabes il n'y avait que les plantes. On va chercher les petites feuilles comme ça dans la forêt, tu mets dans la casserole, tu mets un peu d'eau, tu bois, c'est magnifique pour le diabète et la tension. »

Quelques personnes affirment ne pas recourir à la médecine traditionnelle, c'est le cas, notamment, des personnes atteintes de maladies telles que le diabète qui préfèrent s'en remettre aux médecins en France, en qui ils ont confiance, et doivent respecter un traitement.

Pour autant, personne ne remet en cause les vertus des plantes, feuilles et écorces. Beaucoup de témoignages valorisent, sans équivoque, la force de ces remèdes, notamment, pour lutter contre les « petits maux » tels que les maux de tête, de ventre, mais aussi pour faire baisser la tension. La plupart des résidents interrogés, affirment utiliser cette médecine, régulièrement.

Concernant le diabète, maladie que les résidents pensent très présente dans les pays d'origine (Cf lexique), il semble exister également plusieurs préparations permettant de le soigner. Les personnes interrogées à ce sujet évoquent en revanche souvent un doute sur la nature exacte de la maladie, et ne peuvent assurer avec certitude qu'il s'agit du même mal.

▪ Gris-gris et marabouts ne font pas l'unanimité

Les résidents invoquent également, mais dans une moindre mesure, le recours aux gris-gris et aux prières. Les marabouts font l'objet de considérations très controversées. On insiste beaucoup sur le fait qu'il y en a des bons et des mauvais, des vrais et des escrocs, en France, comme au pays.

- « Il y a beaucoup de marabouts ici, mais attention, ils peuvent arnaquer les gens. »
- « Les marabouts soignent la tête, le dos, les pieds, le ventre. »

- « *Au pays, les marabouts soignent surtout les problèmes de tête, la tension avec des gris-gris, des racines et des feuilles des arbres. Ici aussi on les utilise.* »

Des guérisseurs sont également cités, comme dans ce témoignage :

- « *En 2007, j'avais un travail dans la sécurité, j'ai été bousculé par un voleur. L'accident m'a coincé l'épaule, j'avais toujours mal. J'ai fait une radio : y'a rien ! Avec le froid, je ne dormais pas. A Bamako, un jeune, 25 ans, un gamin, fils d'un grand médecin qui connaît les os (Diaran Dana Docoté) m'a demandé d'acheter du karité. Il m'a fait un massage, a tapé. Depuis, c'est fini !* »

▪ **La fonction sociale du soignant est très représentée dans l'échantillon d'étude**

Au cours des entretiens, la question de la fonction sociale et du statut du résident est posée, ainsi que celle de sa place au sein de sa communauté d'appartenance et de la manière dont la migration peut venir perturber sa position sociale. C'est ainsi que l'on apprend que quatre des personnes interrogées sont issues de familles dont la fonction sociale est de soigner, de protéger.

- « *Les Tall sont les plus forts dans cette médecine.* »
- « *Ma famille soigne les gens. Mais on connaît aussi les racines des arbres.* »
- « *Les Diacko c'est leur fonction, mais nous on trouve que ce n'est pas bien. Je ne peux pas travailler les gens. Mais je peux dire. Mon père lui, le fait, du coup, les gens ont confiance en moi. Je donne juste des conseils.* »
- « *A l'école de marabout au Mali, c'est moi le premier qui ait été formé, et j'ai eu la fonction de marabout. Mon fils un peu aussi, mais pas mon père, je suis le premier de la famille.* »

Les Tall sont jugés très bons soignants, c'est un patronyme haal pulaar (regroupement des familles toucouleur et peulh). On dit aussi « *biledié* » ce qui veut dire marabouts polyvalents voyants magiciens religieux et parfois exorciseurs.

Repères Anthropologiques

Les techniques de guérison

« *Dans cette médecine très particulière, les techniques de guérison, bien qu'elles soient intimement mêlées, peuvent être envisagées, pour une meilleure compréhension, sous deux aspects: celui des techniques à prédominance religieuse et magique, celui des techniques à prédominance positive.* », d'après J. Kerharo, chercheur pharmacien sur les rapports entre savoirs scientifiques et savoirs traditionnels de l'université de Dakar, au Sénégal.

▪ **Les modes opératoires distinguent les pratiques traditionnelles des pratiques occidentales**

Les pratiques de soins se distinguent entre les méthodes « occidentales » et « traditionnelles ». Là encore, les résidents insistent sur l'aspect intime du recours aux soins. Il est d'usage de ne pas exposer le problème de santé qui nous fait rencontrer un marabout. La visite chez un marabout, le port d'un gris-gris, l'absorption d'une préparation sont toujours soumis à une extrême discrétion. La non visibilité conditionne, même fortement, les chances de guérison.

- « *Les gris- gris c'est chacun sa vie, ça ne se voit pas.* »
- « *On n'a pas d'échanges sur la santé. La santé, c'est personnel, on ne dit pas son problème aux autres.* »

De grandes différences existent, également, dans la mise en œuvre du traitement : le recours à la médecine traditionnelle assure à la personne malade, une compréhension totale des modes d'administration, non pas qu'ils bénéficient d'un accompagnement « plus serré », mais de démonstrations pratiques, claires et d'autant plus accessibles que le langage (au sens large, c'est-à-dire les significations) est commun entre le malade et le soignant. Ce qui ne laisse pas de place à l'erreur. Les doses sont mises en sachet pour chaque prise (qui s'achète au détail), etc.

Le traitement de la médecine en France est à l'opposé : même lorsque le médecin prend le temps de donner des explications, ce qui ne se vérifie pas toujours, elles restent théoriques. Le côté pragmatique est absent. La prise du médicament, des médicaments, souvent se fera alors de façon autonome, à la pharmacie ou au retour à la maison, avec toutes les incertitudes, auxquelles le patient est susceptible de se confronter. Les résidents abordent beaucoup cet aspect de la médecine occidentale, qui leur est étrangère, de la posologie, de la temporalité notamment.

- « *Ici, on a des papiers et quand on rentre, on se demande « comment je prends ça ? »* ».
- « *Les ordonnances, on les donne à la pharmacie mais après...on est perdu avec toutes les boîtes. On a peur de se tromper aussi, parce que ces médicaments, il faut toujours faire attention à ne pas en prendre trop. ça peut gêner aussi la santé.* »

Des échanges avec les personnels intervenant sur les actions collectives dans les résidences ou les foyers, confirment ces « dérives » involontaires mais fréquentes. Il n'est pas rare, « *de retrouver, 5 ans plus tard, le sachet de la pharmacie avec toutes les boîtes de médicaments qui n'ont jamais été ouvertes.* », nous confie une médiatrice.

Les remèdes traditionnels sont également jugés plus sécurisants que les médicaments occidentaux, quant à la possibilité d'effets secondaires. Bien maîtrisés, ou vécus comme tels, pour le traditionnel, les médicaments de la pharmacie sont souvent perçus comme plus risqués quant aux répercussions possibles, comme en témoigne ce résident marocain :

- « *J'avais des migraines, pour lesquelles on m'a donné des cachets qui m'ont fait tourner la tête et mis dans un état second ; j'ai arrêté de les prendre parce que les effets secondaires étaient très forts. Or, il faut le signaler d'ailleurs, mes migraines étaient liées à un problème d'appendicite, et ont disparu après l'opération de celle-ci.* »

▪ Des remèdes à disposition des migrants

Les résidents affirment que l'on trouve en France une grande partie de ces remèdes traditionnels, notamment à Paris, dans le XVIIIème arrondissement où des boutiques y sont achalandées. Au sein même des foyers, des vendeurs de médecine traditionnelle surtout originaires d'Afrique de l'Ouest proposent leurs produits directement. Parmi les plus courantes, celles qui soignent le rhume sont beaucoup recherchées.

Par ailleurs, les allers retours effectués par les résidents entre la France et le pays d'origine sont aussi l'occasion de rapporter des plantes traditionnelles. Parfois, entre deux voyages, « *la femme au pays envoie des plantes.* » A l'exception de 3 résidents sur les 22 interrogés, les allers retours entre la France et le pays d'origine sont réguliers. Pour la plupart des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, ils ont lieu tous les 2 ans. Trois d'entre eux se rendent annuellement dans le pays. Les séjours n'excèdent pas 2 mois consécutifs. Les résidents maghrébins interrogés effectuent des allers retours plus fréquents (2 ou 3 fois par an) ainsi que des séjours plus longs sur place (atteignant parfois 5 à 6 mois).

Les raisons des séjours sont variées : bien entendu la famille restée au pays constitue une des raisons principales de visite. Mais l'importance de l'appartenance au groupe au sens large fait aussi l'objet de voyages. La maladie et la mort sont omniprésentes dans les raisons invoquées par les résidents. On notera la nécessité de partir quand « *les familles meurent* ».

Le transfert de médicaments se fait d'ailleurs dans les deux sens, les résidents embarquent également des médicaments de la pharmacie pour les apporter à la famille restée au pays.

- « *On fait une caisse de solidarité entre Pulaar. On l'appelle « Sutiyété » en Pulaar. On apporte des médicaments de France pour protéger nos parents. On aide si un est malade* ».

En sus des médicaments, quelques résidents affirment transporter également des conseils et notamment en matière de santé :

- « *Nous les peulhs, on prend beaucoup de lait, les vaches c'est pour les peulhs. Quand je retourne au pays, je conseille toujours, pas trop sucre, attention au sel, etc.* »
- « *Quand on revient, on aide le développement dans le village.* »

Les personnes interviewées précisent toutefois que le recours à ces remèdes concerne essentiellement les migrants plus âgés :

- « *Le vendredi, il y a un homme qui vient vendre ici des plantes, pour le diabète, la tension. Mais les jeunes n'ont pas l'habitude d'être malade. Ils connaissent moins les plantes : c'est plus compliqué, plus long à préparer.* »
- « *Ici on soigne aussi avec la médecine traditionnelle, pour certaines maladies, on va voir le marabout surtout pour la mal au ventre et la tête. Mais le plus c'est les problèmes sexuels, on donne des prières et des médicaments. Même les blancs vont voir les marabouts pour ça. Le marabout dit d'où vient la maladie.* »

Approche et vigilances

L'importance donnée au médecin de ville par les migrants doit conduire à organiser des partenariats serrés entre les intervenants de la résidence, chargés de l'accompagnement des résidents et souvent également du suivi de la médication, et les médecins présents sur les quartiers d'habitation.

Les partenariats à engager doivent permettre de mieux identifier les ressources présentes localement en matière d'offre de soin (voir les travaux engagés en formation réseau et partenariat par COALLIA PPS IDF) mais également de sensibiliser l'ensemble des acteurs sur la nécessité de trouver les moyens de couvrir les besoins exprimés par les migrants : traduire les messages santé souvent incompris.

Développer la sensibilité des acteurs santé pour rééquilibrer le temps technique du soin et le temps social comme condition préalable à l'expression des questions, des peurs et du ressenti des patients, « négocier » ensemble, avec les partenaires, le temps de l'échange.

Organiser le rapprochement entre les professionnels, les partenaires extérieurs et les populations concernées est essentiel pour prétendre à promouvoir la santé. C'est dans la rencontre entre ces trois types d'acteurs et de leurs logiques d'appartenance comme de leurs compétences propres que peut naître le changement dans les pratiques.

« Pour des populations victimes d'inégalités sociales avec leur corollaire de situations inégalitaires dans le domaine de la santé – éloignement d'une culture de santé, incapacité à prendre part aux processus qui conduisent aux décisions en matière de santé publique, accès limité aux prestations de santé de droit commun – la promotion de la santé peut être considérée comme une démarche de conquête se développant à ces trois niveaux. »³

La promotion de la santé est un processus donnant aux individus et communautés, la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de santé, et donc d'améliorer leur santé. Il s'agit de promouvoir les modes de vie et conditions de vie, de travailler sur les facteurs sociaux, économiques, environnementaux (internes et externes au lieu de vie).

Les actions collectives privilégiant le curatif doivent laisser davantage de place au préventif et ne pas réduire la prévention à l'information.

Les actions à mettre en œuvre sont à réfléchir comme le moyen de développer le bien-être et les capacités d'agir des employés, des usagers, comme des acteurs de l'environnement physique au sens plus large.

³ *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*, Bernard Goudet, Editions Chroniques sociales, Lyon, 2009.

Recommandations pratiques

Organiser, au sein du foyer et de la résidence sociale des temps de convivialité, où les conditions d'accueil permettent aux différents intervenants de se rencontrer, d'échanger pour créer le lien de confiance indispensable à toute action collective.

Travailler sur les représentations avec les partenaires, les médiateurs et les migrants de différents groupes socioculturels de manière à aborder des thématiques, sous l'angle de la diversité et de la richesse, plus que sous l'angle de la passivité et de l'unicité.

De même, « *la recherche joue un rôle majeur pour renseigner les inégalités sociales de santé, identifier les leviers d'intervention possibles en partant des comportements et des représentations des populations* ». ⁴ Partager des extraits choisis du présent rapport pour informer, échanger, enrichir le regard et débattre des modes opératoires les plus pertinents.

Reconsidérer pour les poursuivre ou les transposer les travaux entrepris précédemment par COALLIA, en lien avec les médecins de ville et partant de préoccupations repérées chez les migrants: « *Si je suis en bonne santé le plus longtemps possible, je pourrai envoyer de l'argent plus longtemps à la famille* ». Si, comme l'affirme ce professionnel, « *s'appuyer ainsi sur le statut du résident comme pourvoyeur de ressources financières pour ses proches au pays peut apparaître discutable* », la stratégie d'en passer par les centres d'intérêts propres aux résidents favorise le recours aux soins.

L'expérience de la participation d'un pharmacien aux actions collectives à Vincennes doit être partagée avec l'ensemble des intervenants sociaux de manière à juger de sa pertinence, et à ancrer dans la pratique le développement de tels partenariats locaux.

Exemple d'action de promotion de la santé :

- Promouvoir le sport au sein de la résidence ou du foyer, et la pratique conjointe des résidents et des professionnels pour changer les croyances des uns et des autres sur les capacités de chacun. « *Promouvoir le bien bouger, c'est aussi promouvoir l'estime de soi, les relations interpersonnelles, l'inclusion sociale.* » ⁵ Ce type d'expérience bénéficie d'un fort niveau de satisfaction.
- Organiser des visites sur site à destination des partenaires externes, animées par les résidents eux-mêmes, dans un double objectif : valoriser les compétences des résidents et faire émerger les besoins. Organiser des visites de la ville pour valoriser les ressources locales, faire connaître les associations, par exemple ou encore, les lieux de soins ou de loisirs, animées par un binôme : résident et médiateur, pour enrichir l'observation et modifier les regards des uns sur les autres.

La pénurie de médecins en revanche, est une question d'ordre politique et organisationnelle à l'échelle des territoires et doit faire l'objet d'une remontée de pratiques aux organismes en charge de la santé au niveau départemental et régional : Agence Régionale de Santé / Plans régionaux de santé, ou au niveau national : plans nationaux de santé de type PNNS (programme National Nutrition Santé).

⁴ *Entretien avec Alfred Spira, Directeur de l'Institut de recherche en santé publique, La santé de l'homme N° 397 /, INPES, sept.-oct. 2008, p. 27.*

⁵ *Le sport en psychiatrie, bon pour la santé, bon pour le vivre ensemble, Dossier INPES sur la promotion de la santé, La santé en action n° 424*

Les organismes chargés de la lutte contre les inégalités de santé doivent également être alertés sur les manques observés dans les localités concernées : dispositif Acsé, Ateliers santé-ville (celui situé sur Nanterre par exemple est très actif), plans et contrats locaux de santé, etc., afin de développer des actions et aides à l'installation de nouveaux médecins de ville et/ou de centres de santé à la périphérie de Paris.

Les ateliers Santé-Ville permettent incontestablement de réduire les inégalités sociales de santé.

Zoom sur les ateliers Santé-Ville⁶ :

Les ateliers Santé-ville constituent le cadre opérationnel proposé en 2001 pour structurer le volet « santé » de la politique de la ville, développée à travers les contrats de ville. Ils sont parfaitement définis par la circulaire du 13 juin 2000 qui les situe d'emblée comme un outil essentiel du volet santé de la loi de lutte contre les exclusions pour la mise en œuvre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (Praps), et de déploiement de la couverture médicale universelle (CMU). Ils sont donc clairement positionnés au croisement des politiques de santé publique et de la politique de la ville pour la lutte contre les inégalités, ceci dans une logique de territoires.

Leur ambition est de réduire, au niveau local, les inégalités sociales et territoriales de santé, dont on sait qu'elles n'ont cessé de croître depuis vingt ans. Leur mise en œuvre s'appuie sur l'ingénierie locale et la méthodologie propres à la politique de la ville.

Ce dispositif est particulièrement pertinent car :

- il affirme la légitimité des élus locaux à agir dans le champ de la santé et à tenter de répondre ainsi aux demandes croissantes de leurs habitants et cela, bien qu'il ne s'agisse pas d'une compétence des communes ;
- il propose une méthodologie rigoureuse, reposant sur un diagnostic partagé élaboré de manière participative avec les habitants et les professionnels du quartier, recensant aussi bien les besoins que les ressources en termes de santé, au niveau infracommunal. Un comité de pilotage associant obligatoirement Ville et État, ainsi que les principaux partenaires et acteurs – population comprise – détermine ensuite les priorités d'action et leur programmation ;
- il est obligatoirement financé en partie par l'État ;
- il provoque une forte mobilisation locale autour des questions de santé publique, à l'initiative des élus, qui concerne non seulement de nombreux services municipaux mais aussi les autres institutions et professionnels, dans une dynamique transversale et interinstitutionnelle permettant d'agir sur les déterminants, y compris sociaux, de la santé ;
- enfin, l'engagement qualitativement croissant d'un nombre de plus en plus important de villes permet des échanges fructueux et une capitalisation de pratiques en faveur de la santé des habitants des quartiers les plus fragiles.

⁶ *Ateliers Santé-Ville : des résultats incontestables, des moyens fragiles*, de Laurent El Ghozi Revue INPES, La santé de l'homme N° 397 – septembre - octobre 2008.

Pour en savoir plus...Élus, santé publique & territoires ; espt.asso@orange.fr / Site web : <http://www.espt.asso.fr>

PREVENTION EN SANTE : DESINTERET, RESISTENCES DES MIGRANTS AGES OU MALENTENDUS RELATIONNELS?

Mythe de la prévention santé ou réalité de la protection sociale ?

▪ Une minorité de résidents « adhérent » au principe de prévention en santé

Parmi les personnes rencontrées, seule une minorité intègre l'intérêt ou la nécessité de s'inscrire dans un schéma de prévention correspondant à celui tel que le conçoivent les acteurs de santé. Cette attitude est plus développée chez les résidents bénéficiant d'un suivi de santé, conséquent. Régulièrement reçus par le médecin, ils sont concernés par une maladie déjà repérée et traitée. Les actes de prévention, alors prescrits, ne font pas l'objet de réticences particulières de ces personnes, déjà inscrites « dans le circuit » d'une certaine façon.

- « Je suis suivi par le médecin généraliste d'à côté : tous les 2 mois, j'ai une visite chez le médecin. Dernièrement, j'ai eu un examen pour mon bras. J'ai un autre rendez-vous pour contrôler le cœur en janvier prochain. J'ai fait la prise de sang, j'ai un début de diabète (il cite le taux du sucre dans le sang). Cela implique de faire attention à ce qu'on mange midi et soir. »
- « Ce qui est bénéfique pour notre santé ? Il faut garder la santé ! Faire des bilans de santé et voir le docteur, le médecin va écrire, « voilà ce qu'il te faut » ».

Un résident exposera, par exemple, le fait qu'il cherche à comprendre les facteurs qui causent les maladies, pour adapter son mode de vie, en privilégiant la prévention. Il cite, notamment, le recours aux médias, la télévision, en l'occurrence, pour s'informer :

- « La guérison des problèmes digestifs est également venue grâce à l'arrêt du lait ; c'est moi-même, tout seul, qui ait repéré qu'il y avait un lien entre mes problèmes digestifs et la consommation de lait. J'ai vu une émission sur France 5, animée par Michel Cimes, qui était titrée « le grand méchant lait ». J'aime bien regarder cette émission pour comprendre en détails, les raisons des maladies comme : la constipation, le diabète, le cœur. »

Pour une grande partie des autres résidents interrogés, l'idée de modifier son comportement pour prévenir l'arrivée éventuelle d'une maladie dans le futur, mais dont aucun signe n'apparaît dans le présent, peut paraître largement irrationnelle.

- « On vient nous chercher dans la chambre pour venir aux actions mais des fois, on n'a pas envie d'y aller, on sait qu'on n'est pas malade. »

Comme l'exprime l'un des médiateurs : « *La prévention du point de vue des migrants ? C'est : « quand on est en forme, tout va bien, quand ça va pas, on se dit que ça va aller ! »* ». Ce qui renvoie à la problématique de la promotion de la santé auprès d'une population apparemment non demandeuse.

Repères Anthropologiques

Définition de la notion de prévention

Selon le Traité de Santé Publique⁷ il convient de distinguer :

- La prévention dite de « protection » qui est avant tout une prévention « de », ou « contre », laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés.
- La prévention dite « positive » voire universelle, du sujet ou de la population, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de « promotion de la santé ».

Cette approche, bien que globale dans sa traduction, en termes de mesures (intervention médicale, contrôle de l'environnement, mesures législatives, financières ou comportementales, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé) a toutes les peines à rencontrer les niveaux pertinents de compréhension dans la culture des migrants.

▪ La notion traditionnelle de « protection » renvoie au social et non à la santé d'un individu

Le sujet d'une mort inévitable se place souvent en référence au divin, au sacré, à la destinée ; il est perçu comme insensé et interdit d'intervenir à cet endroit. Il n'est pas non plus sensé d'éviter toute souffrance, celle-ci faisant partie intégrante du système de représentations : elle remplit un rôle social, exprime quelque chose.

La notion de prévention n'a pas son équivalent dans les systèmes de représentations sociales des communautés d'appartenance d'origine des migrants. Dans le milieu traditionnel c'est la notion de « protection » qui prédomine.

Or, la protection renvoie, de façon très large, au lien qui unit l'individu à son groupe social d'appartenance, elle relie l'homme au sacré et au monde des invisibles. On ne se protège pas d'une maladie mais d'un trouble social qui pourrait être généré par le non-respect de règles, codes, et de rituels associés dont l'objectif est le maintien d'un certain ordre social.

Ainsi, pour ne pas troubler l'ordre social, des interdits sont à respecter, interdits qui touchent à la nourriture, aux rapports hommes - femmes, aux rapports de génération, à l'éducation, etc. Les codes et règles sociaux régissent les attitudes et comportements des individus.

⁷ *Traité de santé publique*, François BOURDILLON, Gilles BRUCKER, Didier TABUTEAU éd. Médecine-Sciences Flammarion, 2007.

Repères Anthropologiques

La notion de protection dans les cultures des migrants

Les notions aussi évidentes que celles de « prévention » ou de « contagion », ne doivent, pas plus que celle « d'efficacité », être envisagées à l'aune de la perspective uniquement médicale, mais être aussi réinterrogées et reconstruites par l'anthropologie.

La notion de prévention n'est pas spontanément citée par nos interlocuteurs, quels que soient les sujets abordés, celle de protection lui étant, presque toujours, substituée. Il y a une similitude entre la conception de la prévention des intervenants de santé et celle de la protection pour les migrants.

Néanmoins, il faut replacer cette notion de protection dans un cadre pratique et symbolique pour en apprécier la portée, du point de vue des migrants. La maladie est très largement conçue comme une manifestation extérieure, en lien avec les relations sociales (règles, normes, interdits, système de valeurs, etc.). Elle est presque toujours associée à une cause relationnelle sociale et vécue individuellement. Elle articule les mondes du visible et de l'invisible. Il devient essentiel de se protéger contre les forces du mal et celles de la destruction de l'ordre social, celui établi par les ancêtres.

La maladie peut toujours être soignée par des remèdes mais en cas d'échec, « *il devient indispensable de rétablir une communion avec les ancêtres.* », selon G. Dieterlen.⁸

Les migrants interrogés semblent associer à la notion de prévention à celle de contagion dans les contextes de vie de promiscuité, et parfois, d'insalubrité. « *Ils disent venir vérifier si on est malade* ».

Le rapport à la maladie est très pragmatique dans l'ici et le maintenant. A l'inverse, toute pathologie non perçue comme ayant une origine relationnelle, sera traitée de manière empirique, c'est-à-dire, se soigner quand on est malade.

La notion de risques et d'actions de prévention, en aval, n'est pas rejetée en tant que telle, mais ne semble pas être appropriée. Le rapport au temps dans des cultures de l'expérience de l'indigence des moyens sanitaires, dans les pays d'origines, privilégie le rapport direct entre maladie et soins. A ce compte, les actions centrées sur la prévention des risques sont assez peu compréhensibles, car perçues comme irréelles, du fait de l'absence de relation de cause à effets immédiats. La difficulté ressentie est liée dans ce cas à une impossibilité de prévenir et chercher la cause de quelque chose qui n'existe pas sur le moment.

⁸ Germaine Dieterlen est une ethnologue française, ancienne élève de Marcel Mauss, qui a travaillé au sein de Dogon et Bambara, dès 1937.

Silence des migrants : lever les malentendus pour agir

Les analyses montrent également que la fréquentation des actions collectives ne relèvent pas d'un « choix » simple, mais qu'elle demeure portée par des mécanismes plus complexes touchant à la position sociale et au statut des maladies dans les communautés d'origine. Beaucoup de pathologies « *ne se parlent pas* », ne s'exposent pas publiquement, et les traitements associés doivent rester du domaine de l'intime, du dissimulé.

▪ Le silence autour des maladies dissimule de fortes craintes chez les migrants âgés

Le fait de ne pas parler de la maladie, de ne pas la mettre au jour, semble tenir du registre de la « *protection* ». Le silence est vécu comme un rempart puissant au malheur. A l'inverse, la parole, les mots, les diagnostics, les bilans de santé, portent, en eux, le « *pouvoir* » de faire exister les maladies, évitées jusque-là.

En sus de ces interdits protecteurs, les résidents exposent clairement le fait que la maladie ne se partage pas. Les pathologies sont dissimilées aux familles restées au pays.

- « *Au foyer on discute des problèmes de santé mais surtout avec mon frère avec qui je partage la chambre ; si il est malade il se débrouille pour le quotidien, mais il n'en parle jamais à sa famille au pays, ils ne savent pas qu'il a des problèmes de santé. »*
- « *Si on est malade on ne le dit pas au pays. Si on est très malade et qu'on ne peut pas être soigné ici, on rentre au pays. Sinon on reste ici, par sécurité. »*
- « *J'ai aussi un mal de tête et mauvais sommeil : mais ça passe ... il ne faut pas se plaindre de trop, c'est pas bénéfique pour soi. »*

La peur est souvent exprimée par les résidents, comme une émotion très difficile à avouer : on n'en parle pas, même aux proches. Cette émotion est logiquement liée à des pathologies lourdes, mais elle s'exprime aussi dans beaucoup de démarches, dites « *de vérification de l'état de santé* ».

La honte explique parfois le silence :

- « *Je me sens mal par mes problèmes de constipation et de prostate. Je pisse trop souvent. »*

Pour autant, les résidents témoignent beaucoup de leur besoin de comprendre, de connaître les maladies. Ne pas parler de son propre rapport à la maladie n'exclut pas le désir d'apprendre sur la maladie en général.

- « *Je suis très inquiet pour ma maladie. J'ai besoin de plus d'explications, j'ai souvent peur dans la journée. Mais je dois taire ma maladie parce que je suis le soutien de famille. »*
- « *J'ai fait un AVC, on m'a expliqué, mais je n'ai pas tout compris, surtout sur les médicaments. Je voudrais plus comprendre, car j'ai très peur de ces maladies. Mais je garde cette peur pour moi. »*

Repères Anthropologiques

Seules, les « castes » porteuses de la fonction sociale des « griots » sont dans la possibilité, le devoir même, de demander, de « quémander ». Ces « griots » renvoient à des familles entières dont la fonction est de raconter l'histoire, faire connaître aux générations nouvelles ce que les anciens ont vécu, parler des ancêtres. Ce rôle de transmission est « porté » socialement. La société s'organise pour veiller à ce que les griots puissent poursuivre cette mission, et comme ces derniers ne peuvent travailler, il faut les « assister ». Ils sont donc autorisés à demander de l'argent, des services, le logis, le couvert.

Mais ce sont les seuls. Pour toutes les autres familles, demander n'est pas autorisé. Seul le respect des règles sociales permet qu'ils ne soient pas oubliés, qu'ils soient servis, quand bien même ils n'en expriment pas de besoin. Le besoin est pensé et connu de la communauté, il n'a pas besoin d'être exprimé.

Bien au-delà d'un problème de langue ou de communication de premier degré (non à exclure pour autant), c'est toute la logique et le fonctionnement du système de représentations de la personne qui vient « brouiller » les messages : ceux des soignants vers les résidents, mais aussi ceux des résidents difficiles à entendre car non exprimés de façon explicite.

Par ailleurs, les entretiens font ressortir chez les migrants le sentiment de non prise en compte de leurs craintes. Ils s'expriment le besoin de réconfort et d'être rassurés, à cet endroit précis, en dehors des actions collectives qu'ils jugent peu propices aux échanges.

Approche et vigilances

L'une des priorités consistent à travailler avec les professionnels de santé les représentations véhiculées dans les milieux de la santé sur les publics migrants afin de lever les malentendus et les apparents paradoxes : le fait que les migrants fréquentent peu les actions collectives et recours peu aux soins n'indique en rien un désintérêt en matière de santé.

Les réticences à parler de la maladie et des soins associés sont également à analyser sur le plan psychosocial.

On peut noter à ce sujet un comportement paradoxal entre les comportements d'évitement (non participation à des actions de santé, peu de recours à la vaccination ou certains dépistages), la fatalité divine (ne pas savoir pour ne pas se prendre pour dieu) et besoin de savoir et de mieux comprendre plus difficile à formuler (difficultés de compréhension de ce qui sera dit sur le plan médical dans la communication entre soignants/soignés).

Recommandations pratiques

Cela incite à repenser la pédagogie, de la part du personnel médical pour faire passer les messages à ces publics spécifiques. L'ouverture de la discussion et des échanges entre professionnels de santé et résidents est certainement l'un des leviers pour « autoriser » les résidents à aborder des questions, exprimer les craintes.

Ces discussions peuvent également être instaurées, en conservant la souplesse et la liberté d'entrer en contact propices aux échanges, en dehors de toute initiative santé. Les médiateurs permettent, déjà en partie, cette expression, de par leur présence au quotidien, leur attitude « bienveillante » à l'égard des publics qu'ils accompagnent, les échanges informels qui s'instaurent. Pour autant, ils ne s'estiment, pas toujours, en capacité d'aborder les questions de santé, à proprement parler, ou se sentent mal à l'aise, à échanger sur des sujets tels que « les femmes » ou la sexualité.

Certaines actions pourraient prendre la forme des « causeries », ou entretien collectif, d'une dizaine de résidents, dans lequel, propose une médiatrice, serait associée l'infirmière de permanence rattachée à l'espace départemental de prévention qui a une bonne connaissance des résidents (elle vient sur place 2 ou 3 fois par mois).

LES RELATIONS SOCIALES ET L'ADAPTABILITE : CLES DU SUCCES DES ACTIONS COLLECTIVES EN MATIERE DE SANTE A DESTINATION DES MIGRANTS AGES

Des actions collectives « mal entendues » et peu fréquentées par les résidents âgés

▪ Des actions de santé mal comprises par les résidents âgés

La grande majorité des individus connaît l'existence des actions collectives au sein du foyer ou de la résidence sociale. Selon eux, « *beaucoup de monde vient pour les analyses* ». Les prises de sang, les bilans de santé, ont en effet un écho très favorable dans l'ensemble de la population.

- « *Dans le foyer, des actions sont amenées par des gens, une association, pour tester le sida, 2 ou 3 fois par an. Il y a aussi un test tuberculose où un camion vient avec la radio, les machines pour le cœur, tout le matériel est apporté ici.* »

Cependant, les propos tenus par la plus grande partie des résidents interrogés dénotent d'un niveau d'information très parcellaire : s'ils s'y rendent, ils ne savent pas toujours sur quoi porte l'action. De même, les personnes sont rarement en capacité de dire ce que contrôlent ces tests.

- « *J'ai participé à deux actions de santé, pour les bilans de santé, les prises de sang, mais je ne sais toujours pas pourquoi on le fait* ».
- « *Les explications des professionnels de santé sont trop compliquées pour nous, on ne comprend rien du tout* »

Seules les techniques de prélèvement ou de test semblent bien identifiées par les résidents comme des moyens de contrôler sa santé : la « *piqûre au doigt* », la *prise de sang*, le « *camion radio* », sont très souvent cités.

La « *difficulté de compréhension entre les professionnels de la santé et nous, à cause du langage* », est parfois avancée. Cependant, les migrants expriment davantage une difficulté à comprendre le sens de l'action proposée. De plus, la formulation des messages, souvent sur un mode prescriptif, va également susciter un effet de mise à distance. Les médiateurs eux-mêmes confirment ces observations :

- « *Les participants viennent parce qu'il y a du monde, mais ne savent pas vraiment pourquoi, ce qui, de fait, entraîne des problèmes par la suite, en termes de suivi, de médication quand cela est nécessaire, ou encore, des reproches et des malentendus* »
- « *Vous ne m'avez pas bien expliqué, j'ai de la fièvre, c'était pas bon ce qu'on a fait.* »

- « *Un médecin de la mairie vient deux fois par an avec la machine sur le doigt, la radio, la prise de sang. Les selles et les pipi aussi, mais on n'a jamais fait ça ici. Quand il y a une maladie, ils vont te contacter* ».

Par ailleurs, si l'ensemble des résidents admet que le foyer et les intervenants sociaux apportent une information, plusieurs d'entre eux affirment ne jamais fréquenter les actions collectives. Le fait d'avoir un médecin de ville, est parfois invoqué pour expliquer cette attitude.

- « *Il y a des médecins qui viennent ici mais moi j'ai déjà mon médecin, ça ne m'intéresse pas* ».
- « *Je ne participe pas aux actions de prévention, parce que je suis déjà suivi par un généraliste et des spécialistes* ».

Plusieurs professionnels parleront de la difficulté pour cette génération (plus de 60 ans), à participer aux actions.

Repères Anthropologiques

Ce décalage apparent entre les intentions sous-jacentes aux actions de santé organisées et leur réception par les résidents, n'est pas à interpréter comme un désintérêt de la part de ces derniers. Les questions de santé constituent au contraire une préoccupation permanente, « *celle-ci mettant en jeu la vigueur et, partant, la capacité à assurer la sécurité matérielle des siens* »⁹.

Il ressort nettement des entretiens que l'ensemble des résidents a conscience d'avoir des besoins en matière de santé : « *Qui peut dire qu'on n'a pas besoin de médecin ?* ».

La présente étude démontre qu'il n'est pas question d'analyser la « non-participation » aux actions collectives comme une résistance aux soins, ou un rapport spécifique à la santé que les migrants entretiendraient en refusant notamment de se soigner. Il n'est pas question de refus du soin mais davantage d'un mode d'expression spécifique qui est à comprendre.

L'expression du « besoin » est largement déterminée par un fonctionnement social plus large qui autorise ou non de parler la maladie, de l'envisager sur le plan préventif. Loin de s'exprimer publiquement et de manière explicite, les besoins en matière de santé sont à écouter, à chercher, à décoder au sein des échanges, condition indispensable à la rencontre de systèmes culturels différents.

⁹ *Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants*, Djamel CHERIDI, Revue Ecart d'identité N°94, Hiver 2000-2001.

Favoriser la rencontre entre les professionnels de santé et les résidents âgés

▪ Privilégier les échanges et la qualité relationnelle entre soignants et patients

Les actions collectives sont décrites comme des moments, où l'échange, la discussion, les doutes, l'apprentissage, n'ont pas leur place. Or, les migrants interrogés expriment le fort besoin d'avoir le temps d'instaurer une relation, et l'importance, à leurs yeux, de clarifier le rôle et le statut de chacun.

- « *Il y a beaucoup de docteurs, mais ils font tout en même temps, ils ont trop de boulot, on n'a aucune explication, pas le temps. Pour moi c'est intéressant de comprendre comment s'attrapent les maladies.* »
- « *J'ai peur de ma maladie car j'ai eu une attaque et suis allé à l'hôpital Ambroise Paré pendant 6 mois. Les autres disent qu'ils n'ont pas peur mais moi j'ai peur. La sécurité sociale me dit que c'est grave, que ça tue.* »
- « *On ne m'explique pas tellement bien ma maladie. On s'intéresse à notre maladie mais c'est une très grosse crainte. On n'y comprend pas grand chose.* »

Une raison invoquée par les résidents pour expliquer le non recours aux soins est la peur d'apprendre la maladie au travers du diagnostic du médecin ou à l'occasion d'un bilan de santé. Il faut entendre cette crainte à plusieurs niveaux.

D'une part, les résidents interrogés ont tout à fait conscience qu'avec l'âge ils sont susceptibles de développer des maladies, ce qui en soi, n'est pas rassurant. « *On va pas voir le médecin : ça fait peur, surtout les vieux, avec les maladies graves* ».

D'autre part, et nous le reverrons plus loin, ne pas révéler, ne pas parler de la maladie contribue à nous en protéger. Le registre de l'évitement permet en quelques sortes de « *conjuré le sort* ».

Enfin, très conscients de l'« *ignorance* » qui leur est renvoyée en matière de santé (incompréhension des messages de santé, des soins, de l'ordonnance écrite, etc.) les migrants âgés s'en remettent de fait aux professionnels accompagnants dont ils attendent beaucoup.

Là encore, les résidents affirment ne pas oser aborder de front avec les professionnels de santé ces craintes et ces désirs de comprendre.

Les personnes interrogées expriment souvent l'importance à leurs yeux des présentations mutuelles, préalable indispensable à l'échange. Le besoin de savoir resituer l'interlocuteur dans un ensemble plus vaste de relations permet d'adapter son propre comportement en retour.

- « *Avant, le médiateur, c'était un bambara, il est venu nous saluer, nous dire, « je suis là pour ça ». On a très bien travaillé avec lui, les gens sont contents. Mais si quelqu'un vient, ne dit rien et on ne sait pas ce qu'il fait, alors personne ne lui parle.»*

Repères Anthropologiques

Au-delà du besoin de traduction parfois avancé par les résidents ou les professionnels, c'est tout le rapport à la santé et au social dont il est question ici.

Ainsi, en Afrique sub-saharienne, par exemple, on commencera par dire son nom qui donnera immédiatement à son interlocuteur le moyen de le situer dans son rang, de dire sa fonction sociale, son rattachement, etc. Ces éléments fixent alors les règles et codes communicationnels à respecter. En l'absence de ces informations, le silence est préféré au « désordre social » que le risque d'erreur pourrait engendrer.

Tout à fait conscients que ce jeu de relations ne peut s'instaurer comme tel en France, les résidents demandent à ce qu'on prenne davantage le temps de se présenter, d'entendre le professionnel, de décrire son rôle dans l'action collective.

Les observations montrent effectivement que les intervenants ne se présentent que très rapidement, l'action même n'étant pas précisément explicitée au moment de son démarrage. Les gros efforts de diffusion souvent menés en amont de l'action peuvent en effet laisser penser que les résidents ont eu l'information. Cependant, c'est loin d'être le cas. Des questions ou remarques telles que les suivantes reviennent ainsi souvent, d'après les médiateurs :

- « C'est une fête ? »
- « Vous venez nous rendre visite ? C'est bien ! » ;
- « Que se passe-t-il ? ».

L'information quant au temps de discussion disponible est également précieuse aux yeux des résidents participant aux actions collectives, et nombre d'entre eux affirment être sensibles au fait que l'on permette explicitement de poser des questions, en fin de séance par exemple.

- « On a une façon de parler aux gens : bien regarder les gens avant de parler, on dit « parler avec le « hikima » », c'est-à-dire la portée des mots selon la personne qui le dit. On va s'adresser à elle comme ça ou comme ça selon qui est en face de nous. On tient compte de sa place. Ou même, on préfère ne pas parler si on sait pas. »
- « Il faut toujours demander, « avez-vous des questions ? », c'est très important : ça nous donne du courage pour parler¹⁰ ».

¹⁰ Cette notion de « courage » est à comprendre ici comme le fait de « se sentir autorisé à ».

▪ **Une vigilance à apporter sur le choix des mots**

Les résidents accordent également une très grande importance aux mots employés par les professionnels de santé, ou encore au ton. Le contenu des messages va ainsi être très différemment compris selon que l'on emploie un mot ou un autre, un ton ou un autre :

- « *Il faut faire attention à ne pas s'énerver, expliquer, s'excuser aussi si on n'a pas employé les bons mots. Pour que ça passe le message, sinon c'est comme jeter de l'huile sur le feu* ».
- « *Les français ils disent « faut être propres » : attention, c'est très important de ne pas dire qu'on pense que les gens ne sont pas propres, mais dire que c'est pour éviter les maladies.* »

- « *On entend beaucoup « les africains sont sales ». Nous on n'est pas sales, on doit partager les mêmes chambres et les toilettes, donc ça sali c'est sûr. Mais les africains ne sont pas sales. Nous on voit les français qui vivent avec les animaux, même ils lèchent le visage, ils dorment dans le même lit. Pour nous, c'est grave ça ! C'est très sale, on attrape beaucoup des maladies avec la salive des chiens. Mais jamais on va dire les choses comme ça ! Il faut faire attention, toujours, comment on parle, les mots qui font du mal, c'est pas bon pour nous.* »
- « *Il faut beaucoup réfléchir aux mots, c'est très important, c'est pas pareil un mot et un autre.* »

Du côté des soignants, les interviews et les observations confirment que les actions sont souvent menées dans une recherche d'efficacité, n'accordant que peu de place à la discussion ou à l'échange libre.

La conduite des bilans de santé en constitue un exemple parlant. Les professionnels, confrontés à des personnes ne maîtrisant pas ou peu la langue française, s'efforcent d'obtenir des réponses nécessaires à l'établissement du bilan de la personne, rentrant souvent dans le vif du sujet, sans détours.

Quelques exemples, relatés par les professionnels de santé ou les médiateurs lors des observations, montrent clairement la nécessité de revoir les modes d'intervention parfois reproduits de façon routinière mais totalement inadéquate, voire contreproductive, pour tous.

Les questionnaires santé l'illustrent parfaitement : inaccessibles pour le résident, ils sont aussi parfois d'une grande complexité pour le professionnel ; « *les ateliers IPC demeurent également basés sur l'utilisation de questionnaires formulés dans un langage très complexe* », ajoutera un intervenant social.

Le social c'est la santé !

▪ Tisser des liens c'est la conserver !

A la question « *qu'est-ce que c'est pour vous que d'être en bonne santé ?* », les résidents proposent de multiples réponses, ayant trait à l'alimentation et au social de façon entremêlée :

- « *C'est manger ensemble. Ici en France, on a partagé. Quand on mange à plusieurs, on mange plus, même si cela n'a pas de goût. Quand on mange seul, on ne mange pas beaucoup, on n'a pas faim* »
- « *Avant, je buvais, je mangeais 4 kg de viande, maintenant, je laisse. C'est le cœur qui mange, pas les yeux* »
- « *Si tu manges pas, c'est pas grave, mais si tu descends du lit, tu dors où ?* »
- « *Nous on est ensemble et vous ici, vous partagez.* »

La notion de partage évoque pour ce migrant le fait que les choses ne sont pas collectives mais séparées au contraire entre les individus. Or, le mot partage renvoie ici comme une forme de redistribution, solidarité réparatrice.

- « *J'ai 8 enfants, dont un qui vit en France, les autres sont en Algérie, j'ai un fils qui vit dans une ville à côté depuis 4 ans* »

Le statut social, lié à la présence de son fils et à son statut de grand-père actif, est vécu comme un facteur de santé.

▪ L'altération des liens sociaux rend malade

Les résidents attribuent certaines maladies à la vie en France, à son climat, notamment, mais pas seulement. Il est également question de maladies qui seraient déclenchées par le manque, voir l'absence, de relations sociales.

L'Organisation Mondiale de la Santé rappelle effectivement que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

Ainsi « *la perte d'énergie* » est-elle beaucoup attribuée, à l'isolement social, beaucoup plus qu'à l'âge, « *la mobilité* », également. Ce n'est pas tant le fait de vieillir et d'être moins « *autonome* » physiquement qui semble importer, mais davantage le fait de n'être pas entouré, pour y faire face.

Le réseau social, les « *surveillances* » qu'il instaure, les relais et les services rendus, sans qu'ils ne requièrent de retours en échange, font reculer la maladie. Le social est vécu comme une forme de protection en ce sens.

Le paradoxe, parfois exprimé par les résidents, consiste en ce que la maladie et les soins reçus en France, éloignent l'espoir d'un retour possible, et souvent attendu, au pays. Chacun convient, sans équivoque, de la qualité des soins en France inégalable au pays.

Or, beaucoup de témoignages montrent qu'en cas de maladie grave, la seule solution envisagée est de rentrer car « *on ne peut rien demander aux voisins ici* », « *on n'ose pas demander* ».

- « *Les voisins c'est très important, mais il faut faire attention de pas « emmerder »* ».
- « *Si on est avec une maladie grave, on va rentrer au pays. Ici, on ne peut pas se faire aider, pas de famille, on ne va pas oser demander tout. Si on appelle tout le temps les gens, ils font la tête.* »
- « *Si je suis faible, c'est moi qui bouge, je demande rien. On ne peut compter sur personne, personne ne te rend des services.* »
- « *Au foyer la solidarité n'existe pas avec les jeunes, seulement avec ceux du même âge. Les jeunes s'en foutent des vieux, c'est la liberté, pas de respect.* »

Ces propos rejoignent ceux mentionnés plus haut, d'une santé qui ne se partage pas, qui ne se parle pas. Seuls les gestes, les services concrets peuvent soulager, porter.

Lorsque la maladie est là, le fait de ne pouvoir compter sur cette solidarité (fruit mérité au vu de ce que l'on a donné, auparavant), est vécu par les résidents comme un grave handicap. L'absence de liens est très précisément décrit comme la cause d'un certain nombre de symptômes : le manque d'appétit, le repli sur soi, la dépression, la tension.

La transformation des foyers en résidence sociale a, à cet effet, des impacts sur la vie sociale et les résidents se montrent peu enclins, ou à tout le moins préoccupés, par le fait de loger dans des chambres seuls. Ils expriment souvent une crainte, la nuit notamment, de « *ne pas être surveillés* », car à leurs yeux, la mobilité des uns, compense le handicap des autres.

- « *Dans les nouveaux foyers, si une personne est seule, c'est difficile. Les chambres à deux c'est mieux : si l'un est malade l'autre le surveille. Par exemple dans un foyer Sonacotra, une personne a été retrouvée morte dans sa chambre seule depuis 8 jours !* »
- « *Quand j'ai eu la prostate, si j'ai honte, ce sont les voisins qui ont appelé les pompiers. Je suis célibataire, c'est trop difficile, si j'ai pas de pain, personne n'en apporte. C'est chacun pour soi, il y a des concurrences !* »

▪ **Le relationnel est aussi celui que l'on entretient avec le personnel des structures d'hébergement ou de soins**

Pour l'un des migrants, en limite d'âge de notre échantillon, et qui sait lire et écrire, la problématique relationnelle et sociale est reliée à maladie ; c'est toujours fonction de son rapport personnel à son itinéraire de santé qu'il établit le niveau de gravité de la maladie. Autrement dit, quand la relation avec le soignant est bonne, cela permet de dédramatiser la maladie, selon ce dernier.

Par ailleurs, nous l'avons souligné, beaucoup de flou s'observe chez les résidents, en matière de connaissance des maladies. Or l'élément relationnel est évoqué comme une limite récurrente : la nature de la relation, ce qu'on y met ou pas, conditionne fortement l'incompréhension entre résidents et professionnels de santé autant lors des actions collectives, que lors de consultations avec les médecins de ville ou hospitaliers.

La médiatrice ou le médiateur, selon les rapports entretenus avec le résident, est parfois cité(e) comme personne de référence en matière de santé que l'on juge pertinente à aider sur les questions administratives mais également sur « l'aide médicale » : les intervenants sociaux sont beaucoup attendus sur leur capacité à « traduire » les messages en de santé.

Repères Anthropologiques

Le système social et les difficultés intergénérationnelles

« Les sociétés soninké et toucouleur ont un grand nombre de traits communs : elles ont une organisation sociale fortement hiérarchisée, ce sont des sociétés à castes de métier, forgeron, griot, cordonnier, teinturières, travailleurs du bois etc. Ces castes dépassent le métier qui peut par ailleurs n'être plus exercé, mais qui restera attaché à la personne et à sa famille, les mariages étant endogames, le nom de famille les identifiant dans ce système, chaque personne étant également rattachée à un système de classes d'âges. Elles sont patrilinéaires (l'héritage symbolique et matériel se transmet par le père) et patrivirilocales (fait de résider dans le village du mari et du père du mari après le mariage), l'ensemble des relations sociales étant ordonné selon le principe de séniorité. Les relations aînés/cadets sont le prototype des relations de domination/subordination. La polygamie est le système matrimonial dominé par le pouvoir des aînés. » Selon l'anthropologue Sylvie Fainzang.¹¹

Ce système social constitue le cadre de référence culturel pour les migrants vieillissants, qui dans le contexte de migration, va se trouver en confrontation d'une part avec celui de la société d'accueil et d'autre part avec celui des plus jeunes migrants. Ce dernier aspect est perçu comme très déstabilisant et relativement négatif. Les relations intergénérationnelles sont vécues comme très dégradées, voire inexistantes, avec comme sentiment la perte de l'organisation sociale traditionnelle, amputation ou castration symbolique.

¹¹ Sylvie Fainzang est anthropologue, directeur de recherche à l'Inserm et membre du Cermes (Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société). Elle est spécialisée en anthropologie de la maladie et titulaire d'une habilitation à diriger des recherches de l'EHESS.

Il semble que les liens de solidarité se transforment dans le contexte migratoire. La dépréciation des liens intergénérationnels laisse apparaître un conflit entre deux modèles de solidarité comme les définissait Durkheim. Le système de référence classique est basé sur des relations de type mécanique dans lequel chaque individu connaît sa place, ses attributs et les règles qui régissent l'organisation sociale, la solidarité du réseau primaire incontestable, « naturel » et pertinent. Ce système qui fonctionne dans la société d'origine est très largement confronté à un autre système dit « organique » d'ici où les individus ne prennent plus la même place et où le fonctionnement de la société est régi par des codes et des règles plus collectives et générales, une solidarité organisée par une instance « supérieure », l'Etat, et par des institutions qui traitent les besoins d'aides et de soins de manière individualisée, juridique, égalitaire, etc.

Ainsi, les plus âgés se sentent menacés dans les fonctions et places qu'ils détiennent dans le système traditionnel confronté à des comportements d'individualisation diffusés par la société d'accueil et surtout par les plus jeunes migrants influencés par ce système. La pertinence du réseau primaire familial d'origine n'ayant aucune place dans les dispositifs, chaque individu est seul face à cette organisation, née des premières industrialisations en Europe.

La difficulté sera de passer d'un système gérontocratique centré sur le statut, l'âge, la caste, le système lignager patrilinéaire à un système basé sur un principe général d'égalité sociale

Par ailleurs, dans l'ensemble des sociétés d'Afrique de l'Ouest et du Maghreb, il est inconcevable d'envisager la maladie ou le vieillissement dans un contexte d'isolement individuel. Dès qu'une personne est affaiblie, qui plus est si sa place dans la société est importante, l'organisation sociale va permettre que des personnes soient installées à son chevet et véritablement mises à sa disposition pour répondre à ses besoins. Il n'est donc pas étonnant que l'angoisse de la solitude par rapport à la peur de la maladie s'exprime ici.

Approche et vigilances

Les résidents montrent un grand intérêt pour leur santé et affirment clairement qu'il est plus pertinent de modifier la forme des messages que leur nature. Si les contenus des affiches sont certes à revoir, il s'agit davantage ici de prendre des mesures pour instaurer une relation plus personnalisée entre les migrants et les soignants. Il ne s'agit pas ici d'un problème de langue à proprement parler. La langue n'apparaît pas comme un frein aux actions de santé en tant que telle.

D'une part, si les besoins en matière de traduction se font sentir, les réponses semblent s'articuler entre les résidents. D'autre part, l'officialisation et la généralisation du recours aux traducteurs ne sauraient résoudre les problèmes de non participation des migrants aux actions collectives.

La véritable question à se poser est bien celle-ci : « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? » Ou : « Comment aller à la rencontre des personnes, aller les chercher dans le cercle de repli qui est devenu le leur ? ». Comment faire en sorte que ces temps collectifs permettent le plaisir de la rencontre pour les résidents ?

Recommandations pratiques

La communication autour des actions collectives gagnerait à se rapprocher des modes de communication culturelle et sociale qui tendent à installer les conditions de l'échange entre le professionnel et le résident. Ces conditions une fois instaurées permettent alors de travailler ensemble plus efficacement.

Le temps de la présentation, de son identité, de sa fonction, souvent réduit lors des actions collectives apparaît en réalité essentiel pour développer l'adhésion et la participation des populations et instaurer les conditions pratiques de l'apprentissage en matière de santé.

Il importe de bien prendre en compte les références culturelles d'autres traditions et de les confronter avec ses propres concepts de rationalité pour éviter de faire « insulte »- pour reprendre les termes de la philosophe Isabelle Stengers,¹²- aux migrants, souffrant d'une maladie, particulièrement lorsqu'elle est psychique.

Assouplir les rapports entre les migrants et les professionnels et entre les migrants entre eux. En interne, il serait opportun de fixer un temps d'échange à thème variable (par exemple : tous les 1^{er} jeudi du mois), associant résidents et professionnels, en dehors des temps d'action collective.

Se rapprocher pour les développer, des initiatives et expérimentations telles que :

« Une intervention sociale et infirmière pour les migrants âgés des résidences Sonacotra », de Valérie Capelle,¹³ où les réunions d'information collective organisées sont dénommées « *causeries* ». Elles consistent à discuter et débattre de différentes thématiques et problèmes de santé et peuvent donc se dérouler en dehors des temps d'actions collectives de santé à proprement parler.

La communication, c'est aussi celle des intervenants sociaux avec les partenaires extérieurs : mieux se faire repérer par les partenaires est essentiel pour le sens et le succès des actions.

Les médiateurs proposent d'éditer des lettres de mission sur lesquelles s'appuyer dans leur rencontre avec les partenaires. Un intervenant social expose, lors des rencontres organisées pour l'étude, les démarches entreprises pour faire comprendre auprès des partenaires ses conditions de travail et ses missions. Cet effort a conduit à une nette amélioration des relations et un bien meilleur suivi des dossiers des résidents.

La difficulté d'engager les partenaires pour investir du temps sur un site s'ils n'ont pas de résultats immédiats valorisables sous formes de statistiques : cet engagement en retrait se manifeste aussi à travers la question « *Qui écrit le programme ?* » lorsqu'il s'agit de plusieurs interventions programmées sur une année. Les partenaires peuvent tendre à se défausser sur la médiatrice en lui demandant d'écrire le programme, alors qu'il serait plus intéressant que celui-ci soit coproduit.

¹² *Résister ? Un devoir !* Isabelle Stengers, Paru dans Politis, Numéro 579, 16 décembre 1999, p. 34-35 © Politis, décembre 99.

Isabelle Stengers est philosophe, enseignante à l'Université Libre de Bruxelles. Grand prix de philosophie de l'Académie française.

¹³ *Une intervention sociale et infirmière pour les migrants âgés des résidences Sonacotra*, Valérie CAPELLE, in Soins Gériatrie Vol 11, N° 60 – août 2006, p.34

LES DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS : CASSE-TETE INSTITUTIONNEL, SENTIMENT D'INJUSTICE ET RISQUES SANITAIRES POUR LES MIGRANTS

Imbroglie institutionnel, non affiliation des migrants : un constat partagé

▪ **Réalités des situations administratives et financières des résidents interrogés**

Les situations administratives pour la prise en charge en matière de santé sont rarement réglées en totalité : très faible recours à la CMU (dispositif souvent inconnu par les résidents interrogés), une sécurité sociale pas toujours actualisée, des compléments santé quasi inexistantes. De nombreux dossiers de retraite sont en cours de régularisation, au sein de l'échantillon, comme c'est le cas généralement d'un grand nombre de « travailleurs » migrants.

Du point de vue des ressources, les migrants ne bénéficient que de faibles apports, qui portent principalement sur des revenus de transfert tels que :

- Une retraite partielle quand les dossiers sont à jour,
- Des indemnités de chômage pour les migrants en âge et en capacité de travailler
- Le RSA,
- Les APL,
- Enfin, des revenus salariés concernent trois résidents de l'échantillon.

Si la grande majorité des migrants a conservé les documents permettant de prétendre à être affiliés aux caisses de retraite ou à la sécurité sociale, les démarches administratives demeurent très complexes, pour les résidents mais aussi pour les intervenants sociaux qui les accompagnent.

Si les résidents accèdent à des bilans de santé, ils les doivent essentiellement aux actions collectives proposées sur le lieu même de vie. La crainte, évoquée dans les entretiens, des frais générés par l'accès aux soins comme la méconnaissance des services, met bien souvent à distance de démarches de santé envisageables.

Les résidents manifestent une sensibilité particulière à la question de l'accès aux droits sociaux, et en particulier à tout ce qui concerne leur couverture santé. Ils doutent, quant au périmètre des soins qui pourront être pris en charge.¹⁴

¹⁴ *Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants*, Djamel CHERIDI, Revue Ecart d'identité N°94, Hiver 2000-2001.

Parallèlement à ces observations, les échanges avec les médiateurs et intervenants de santé font apparaître que les migrants résidents sont souvent perçus comme très dépendants des intervenants sanitaires ou sociaux, recouvrant de grands besoins de suivi de médication, et dépendants des prescriptions (et de leur traduction). Ils donnent le sentiment d'être « très attentistes ».

Repères Anthropologiques

On assiste ici à l'affrontement de deux systèmes culturels. D'un côté, des migrants en attente de davantage d'assistance, soit parce qu'ils ne sont pas en mesure de lire ou d'écrire, soit parce qu'ils estiment devoir être dispensés de ces démarches administratives complexes, au regard de ce qu'ils ont donné auparavant, pour la France.

D'un autre côté, un système administratif qui se veut « égalitaire » demeure sous-tendu par la capacité des personnes à être actrices. Ce même système se refuse à assouplir ses messages, à modifier ses modes d'intervention, sous couvert d'une idéologie de l'adaptation : aux populations de se déplacer, elles-mêmes, vers l'administration et non une administration qui se mettrait à la disposition de ses bénéficiaires.

▪ **Casse-tête administratif pour les résidents, imbroglio partenarial pour les médiateurs**

La problématique de repérage de leurs droits concernant les migrants est une problématique ancienne.

Les travaux menés avec les équipes de COALLIA soulignent l'investissement des médiateurs dans l'accompagnement des migrants aux parcours de soins. Ils pointent les difficultés éprouvées par les professionnels à faire avancer les dossiers, à rencontrer les bons interlocuteurs, à travailler en confiance avec les partenaires, pour permettre aux migrants de recouvrer une situation administrative viable et développer l'accès aux droits.

Les actions collectives consacrées aux démarches administratives d'accès aux droits se révèlent peu appropriées. L'information donnée aux migrants n'est pas adaptée, pas plus que les modes d'intervention. Les médiateurs eux-mêmes, témoignent du fait qu'aucune démarche n'est engagée par les résidents, de façon autonome, quand bien même ils sont sensés avoir eu l'information. Ils rappellent également que les démarches administratives en question sont complexes pour tous, bien au-delà des seuls migrants.

Les migrants ne peuvent pas aujourd'hui prétendre à la portabilité des droits à la retraite. Cette situation pose des problèmes de stabilisation des personnes âgées.

- « *Je pars très régulièrement dans ma famille en Algérie, et reviens ici tous les 2 mois pour prendre mes médicaments (conserver ses droits à l'assurance maladie).* »
- « *On n'est pas bien, on ne peut pas rester là bas, ni ici, on est désorientés* ».
- « *En France, c'est un peu compliqué pour la retraite mais on voudrait repartir* ».

Un médiateur qualifiera cette situation en ces termes :

- « *Le mot migrant prend son sens avec tout ce que cela implique comme souffrance, être là malgré eux.* »

Très récemment, une mission parlementaire a été diligentée sur la question de la portabilité des droits à la retraite, qui concernerait environ 20 000 personnes. Les conditions actuellement retenues rendraient éligibles à la mesure les personnes justifiant de certains critères : avoir plus de 65 ans, justifier d'une résidence régulière et ininterrompue en France sur les 15 années précédentes et être résident dans un foyer de travailleur migrant. Les migrants concernés sont ceux originaires des pays du Maghreb, tout comme des pays sub-sahariens qui ne jouissent pas, à l'heure actuelle, de cette configuration. « *Les incertitudes vécues quant au futur immédiat alimentent une angoisse diffuse* ». ¹⁵

Repères anthropologiques

La condition d'immigré et la maladie

Dans ses recherches sur l'immigration et plus particulièrement l'immigration algérienne, le sociologue Abdelmalek Sayad¹⁶ montre comment la maladie constitue une circonstance qui vient mettre en contradiction la condition d'immigré, dans laquelle le statut de la personne, pour elle-même et son entourage, est défini par le travail. L'expérience de la maladie à l'origine d'un arrêt d'activité professionnelle est ainsi porteuse d'une négation de ce statut d'immigré. Les expériences de la maladie, de l'accident, du chômage, de l'âge, sont vécues comme des cas limites d'un état de crise permanent. En situation de rupture d'activité, la maladie peut aussi servir à déguiser une oisiveté contrainte ; elle permet de masquer le temps libre qui marque une rupture de temporalité avec la logique capitaliste du travail, et la morale ascétique de l'immigré, où ce temps libre est défini en termes négatifs.

Suite au déséquilibre généré par la maladie, l'immigré va attendre de l'institution médicale et de la guérison qu'elles rétablissent un équilibre perdu. La demande d'une appréciation morale de sa situation ne se satisfera pas du seul verdict technique, appréhendé comme superficiel ; cette attente va déterminer une conflictualité dans le rapport au corps médical, alimentant le sentiment d'injustice vécu par l'immigré, là où les soignants interpréteront une tendance « *sinistrosique* » à la plainte perdurant même après traitement et éventuelle guérison.

L'utilisation de la maladie et de l'instance médicale pour régler un litige d'ordre social sera alors perçue comme relevant d'une irrationalité dans la logique des institutions. Les impressions d'être perdu dans un imbroglio face à la sécurité sociale et à la médecine vont faire attribuer à ces instances l'idée qu'elles font « ce qu'elles veulent des immigrés. » La méfiance envers la médecine et la sécurité sociale constituent une modalité particulière de cette suspicion généralisée ressentie.

¹⁵ *Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants*, Djamel CHERIDI, Revue Ecarts d'identité N°94, Hiver 2000-2001.

¹⁶ *La double absence – Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Abdelmalek Sayad, Editions du Seuil, 1999

▪ **Le don, le contre-don et la dette ou la symbolique du rapport migrants - institutions**

Au-delà de l'aspect financier, les résidents établissent parfois un lien entre leur état de santé actuel et les difficultés administratives qu'ils subissent. Un sentiment d'injustice reviendra notamment souvent chez les hommes originaires du Maghreb estimant que « *le déni de droits à la retraite après une vie de labeurs, est un vol* ». Ainsi, tel résident qui s'attendait à une retraite à taux plein, après une retraite anticipée pour raisons médicales, se dit être victime d'une « *escroquerie* » de la part de la Sécurité sociale qui lui refuse cette retraite pleine. Cet homme ajoutera se sentir « *manipulé, berné* » :

- « *Quand j'ai ouvert les yeux, je me suis senti comme un moins que rien, comme sur un matelas par terre, je me suis fait avoir, c'est comme si on m'avait volé dans la rue, c'est comme si quelqu'un est par terre, qu'il a de la fièvre et on vient encore le dépouiller et lui faire les poches !* ».

D'autres interviewés insisteront également sur ce sentiment d'injustice :

- « *Depuis que je suis né, je suis né pour travailler, ici en France, durant toute ma vie active en retournant en Algérie tous les ans, en n'étant même pas capable de reconnaître mes enfants ! Et pour à la fin, quoi ? Toucher une misère, 500 euros de retraite.* »

Les travaux du sociologue Marc Bernardot invitent ici à distinguer le vécu quant à la santé des travailleurs de l'industrie et de ceux du BTP, en proposant les catégories de « *l'homme du fer* » et de « *l'homme du béton* ». ¹⁷

Les problèmes de tension et pathologies cardiaques, de manière plus large, peuvent être ainsi interprétés, par les personnes affectées par ces maladies, comme ayant un rapport direct avec leurs situations vécues.

- « *Ma maladie c'est peut être lié à des conditions de travail dans le bâtiment, le froid... Mais aussi peut être à la déception, aux regrets : tu peux être déçu par quelque chose, dans la vie, tu penses que tu vas grandir (tu espères des choses) puis quand à l'origine d'une de tes actions ses conséquences entraînent des regrets, les capacités de faire face diffèrent d'une personne à l'autre, face à ces difficultés.* »

Un lien est donc opéré entre l'état de santé psychique dégradé, et le sentiment d'une injustice définitive, après une existence vouée à vendre sa force de travail, suivie d'allers retours imposés pour conserver droits et couverture sociale. Les personnes dont il est question ici établissent un lien clair entre maladie, conditions de travail et situation administrative et financière actuelle.

La thématique de l'accès aux droits comme facteur de santé, et le déni de droit comme facteur de maladie psychique se couple parfois aussi du vécu douloureux des discriminations.

¹⁷ *Le grand âge en foyer de migrants : nouvelles figures, nouveaux enjeux*, Marc Bernardot, Maître de Conférence en sociologie, Lille 1- CLERSE

La solitude et la déception (de ne pas recevoir ce que l'on a donné, à ses enfants, à la société française, etc.), peuvent provoquer des maladies selon ces résidents.

Repères Anthropologiques

La stratégie identitaire qui sous-tend les « navettes »

La très grande majorité des migrants effectue des allers retours entre la France et le pays d'origine, souvent appelés « les navettes ». La plupart des observateurs extérieurs y voit, à juste titre, des besoins sociaux de relations et des échanges économiques. Ces navettes ont aussi et surtout une dimension stratégique de construction identitaire du migrant qui remodèle sa personnalité entre l'ici et l'ailleurs. Ces navettes vont bien au-delà de la réactualisation des liens familiaux et lignager.

La personnalité du migrant est marquée par la construction complexe d'une identité qui intègre à la fois l'identité d'origine sous une forme syncrétique (synthèse des modes de vie d'ici et de là-bas) et dont l'enjeu est l'équilibre psychosociologique du migrant, toujours un peu instable mais qui permet de supporter la condition de migration. Lorsque qu'il y a rupture des navettes (pour cause de santé par exemple), cela agit directement sur la santé psychique et sociale et peut se traduire, chez le migrant, par des troubles psychologiques (anxiété, dépression, perte de dynamisme, mélancolie).

La population des travailleurs migrants avançant dans l'âge est marquée par une usure physique précoce, souvent liée à des accidents de travail ou maladies professionnelles. La dépendance entraînée aux soins va participer des raisons qui poussent à rester en France, du fait de manque de soins dans le pays d'origine. Les pathologies, handicaps ou dépendances physiques apparaissant dès la tranche d'âge 50 – 59 ans, vont dès lors se conjuguer à une forme de fatigue psychique.¹⁸ Vieillir en exil implique de faire face à une double remise en cause des repères identitaires : d'une part, le décalage entre la condition d'ancien dans la société d'origine et la société française, où le statut de « vieux » ne bénéficie pas d'un respect et d'une valorisation équivalente¹⁹.

D'autre part, le sens lié à la condition d'immigré est remis en cause, dès lors que celle-ci était subordonnée à une activité de travail éphémère, en supposant que sa raréfaction ou fin provoquerait un retour au pays. Cette reconstruction symbolique a posteriori du parcours et peut être douloureuse, nécessitant de trouver un nouveau sens à son projet de vie. Rester en France après la fin de carrière implique donc une redéfinition étriquée de son statut, qui tend à un repli sur son univers spatial se confinant de plus en plus à l'unité de vie dans le foyer²⁰ : le repli sur son corps après l'exercice d'emplois nécessitant une endurance physique, les souffrances corporelles, constituent une des préoccupations principales au quotidien.

L'expérience de l'individuation, suite à la diminution des interactions sociales liées aux activités professionnelles, alimente alors un sentiment de nostalgie du monde d'avant.

¹⁸ *Précarité des Maghrébins vieillissant dans les foyers Sonacotra*, Simone Ridez, Alain Colvez, François Favier, *Le sociographe*, 9, 2002 / 13

¹⁹ *Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants*, Djamel CHERIDI, *Revue Ecarts d'identité* N°94, Hiver 2000-2001.

²⁰ « Hors thème » - *les immigrés vieillissant en foyer pour travailleurs ou les habitants de nulle part*, Choukri Hmed, *Revue Retraite et société* 1/2006 (n° 47), p. 137-159

Quelles actions collectives pour améliorer l'accès aux droits ?

▪ Accès aux droits, autonomie et personnalisation de l'accompagnement

Les forums de santé organisés au sein des résidences ou foyers poursuivent cet objectif en apportant l'information directement sur place. C'est le principe de l' « allers vers » qui est ici mis en œuvre, avec pour objectif de simplifier les démarches, en rassemblant sur un même plateau toutes les offres et informations nécessaires. Si le principe est opérant, les informations « apportées sur ce plateau », elles, demeurent inadaptées. Il s'agit bien de modifier la nature des messages, leurs formes, les moyens de diffusion, les supports de communication.

- Comme le confirme ce résident, au sortir d'un forum santé : *« Les démarches possibles pour une mutuelle ne me paraissent pas claires, mais je pense qu'il y aurait peut être, une carte à jouer... »*

Les médiateurs insistent également sur le fait *« qu'il faut renoncer au mode d'action consistant à ouvrir une salle spécifique pour faire venir des résidents qui écoutent un exposant » ; « réunir des personnes, face à un intervenant, c'est très difficile pour l'intervenant également ».*

Dans cette perspective, les observations menées dans le cadre de l'étude démontrent que sur la question de l'accès aux droits et de l'affiliation, les permanences individualisées sont bien plus opérantes que les actions collectives d'information.

La lisibilité institutionnelle est déjà complexe entre intervenants, alors à fortiori, il est très compliqué pour un résident de repérer le compartimentage des aires d'intervention.

La question de l'autonomie du résident qui fait débat parmi les médiateurs ou les professionnels de santé est à relier à cette image. Les médiateurs se demandent : *« Jusqu'où doit-on accompagner les résidents dans leurs démarches ? Doit-on écrire à leur place ? Doit-on se déplacer avec eux lors des RDV dans les administrations ? Etc. ».* Or, ces questions sont intrinsèquement liées, aux représentations que chacun (résidents comme médiateurs) ont du système d'accès aux droits. Les entretiens auprès des migrants révèlent beaucoup de craintes de ne pas voir aboutir les démarches, de la part des résidents comme de la part des professionnels. Les freins à l'accès aux droits se situent également à cet endroit : les expériences négatives des uns, les ruptures de droits des autres, participent d'une image collective très négative des démarches d'accès aux droits.

Les actions collectives doivent intégrer dans leurs modes d'intervention, les enjeux du travail sur cette image et ces ressources potentielles pour retrouver du possible et un élan de mobilisation des résidents, comme des médiateurs accompagnant les démarches. La question de l'autonomie du résident est vraisemblablement à relier à celle de l'autonomie du médiateur :

- ⇒ Quelles sont les ressources mobilisables par les professionnels ?
- ⇒ Quels sont les partenariats sur lesquels les médiateurs peuvent compter ?
- ⇒ Vers quels guichets les professionnels peuvent-ils orienter les résidents ?
- ⇒ Comment l'institution autorise-t-elle à sortir de la résidence, pour aller rencontrer les partenaires extérieurs ?

▪ **Un atout : des documents administratifs bien conservés par les résidents**

Enfin, plusieurs personnes interrogées ont abordé la question des papiers et de leur gestion par les résidents. Ainsi, les migrants de plus de 60 ans interrogés, contrairement à d'autres populations de même âge, seraient davantage « conservateurs » de leurs documents, tout au long de leur vie.

Ainsi, malgré les migrations, les allers et retours entre le pays d'origine et la France, les conditions de vie collectives autant que solitaires (pas de regroupement familial), les papiers sont consignés, parfois au moyen de sacs plastiques, et accompagnent le migrant dans ses différents hébergements.

Ces documents, apparemment « en vrac », ont fait l'objet de maintes tentatives de classement initiées par les professionnels des structures. Ainsi, un laborieux travail de mise en place de classeurs a été mené au sein des foyers COALLIA avec l'idée de ranger les papiers selon les logos des institutions, plus aisés à repérer pour une personne illettrée. Cette opération d'envergure s'est soldée par un échec qu'illustre ce médiateur avec beaucoup de poésie :

- « A peine classés, les papiers sont ressortis de leur pochette, les migrants les manipulent en permanence, les tournent, les retournent. Je les vois toujours farfouiller dedans. Ça ne reste pas rangé. Et puis je ne peux pas croire qu'au bout de 40 ans de vie en France, ils n'aient pas reconnu les sigles des organismes, ou déchiffré quelques mots. C'est parfois aussi un paravent face aux institutions. Les papiers représentent autre chose pour eux, quelque chose de très précieux, comme un trésor qu'on garde toujours à côté de soi. »

Repères Anthropologiques

Le fait d'appartenir à une société dominée par l'oralité va en réalité renforcer un rapport à l'écrit particulier : les résidents vont stocker 40 ans de documents de toutes sortes, consignés dans des sacs, ce qui démontre une compétence organisatrice indiscutable ! La question des documents administratifs révèle un aspect culturel à prendre en compte et qui concerne le rapport entre les cultures de l'écrit en Occident, et celles de l'oral dont sont issus la plupart des migrants.

Ce phénomène, apparemment paradoxal, montre la manière dont les résidents survalorisent l'écrit, d'autant plus qu'ils ne savent ni lire, ni écrire pour la majorité d'entre eux. Ce mode de rapport et de conservation des papiers en permet en fait une bonne accessibilité pour les intervenants sociaux et de santé, contrairement à d'autres populations. S'il existe un problème de maîtrise de la langue et de l'écrit, les freins à l'ouverture des droits des résidents migrants âgés ne procèdent pas d'un problème d'absence de papiers, et sont à travailler de façon bien plus complexe.

Approche et vigilances

Tout comme la nécessité de forger des partenariats entre intervenants sociaux et médecins de ville, il est important d'adopter une stratégie de rapprochement des acteurs : sécurité sociale, CPAM, CRAMIF, mutuelle, COALLIA, ainsi que toute organisation ayant trait à l'ouverture des droits des résidents.

La question de « l'insertion administrative » du résident est à relier à celle de l'insertion du médiateur dans un réseau de partenaires confiants, connus et engagés à rétablir l'accès aux droits fondamentaux des migrants âgés.

Apparaît ici, un fort besoin de monter des partenariats sur une approche innovante de l'intermédiation pour, d'une part favoriser l'affiliation aux organismes administratifs de santé et de retraite des résidents, mais aussi d'autre part, renforcer les partenariats entre les intervenants sociaux et les professionnels de ces institutions. Les logiques contradictoires s'affrontent visiblement et il ne s'agit pas de répéter les actions à l'identique en refaisant « un peu plus de la même chose », mais bien de formuler de nouvelles hypothèses pour gagner en pertinence : sur la question de l'accès aux droits et des freins aux démarches administratives, comme sur la question symptomatique des papiers conservés par les migrants.

L'étude montre également la nécessité de faire connaître le travail mené par les intervenants sociaux, méconnu des acteurs de santé partenaires des résidences et foyer de travailleurs migrants, tels que associations de santé œuvrant au niveau local, etc.

S'inspirer des démarches en santé communautaire : « *la santé communautaire est une approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes ; elle est théoriquement mise en œuvre par un groupe associant professionnels et population ; la priorité de la santé communautaire est la promotion de la santé* ». ²¹

Recommandations pratiques

Rapprocher cette étude des réflexions en cours dans ces ateliers - rencontres partenariales organisés par COALLIA en 2013. Il s'agit de poursuivre, en les réorganisant, les partenariats initiés lors de la formation rencontre réseau et partenariat autour de la santé des vieux migrants, à l'origine de cette étude et impulsés par COALLIA et son partenaire, le cabinet ANTHROPOS.

Initier des projets d'actions entre partenaires pour favoriser le travail en réseau par territoire (au niveau départemental ou infra-départemental).

²¹ *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*, Bernard Goudet, Editions Chroniques sociales, Lyon, 2009.

Exploiter la richesse d'expérience de l'ensemble des médiateurs par l'instauration de temps d'échange d'expérimentations réguliers, avec l'objectif de repérer les démarches innovantes à mettre en œuvre et de les porter collectivement.

La réunion de restitution des résultats du rapport intermédiaire a permis par exemple aux médiateurs d'exposer leur façon de procéder, leurs idées d'actions, les modes opératoires les plus pertinents. Une médiatrice ayant une expérience en matière de santé publique communautaire au Venezuela, notamment sur le diabète, a ainsi exposé la manière dont sont incluses des activités de participation citoyenne pour motiver les personnes à développer leur propre éducation diabétologique, aux côtés des institutions publiques et entreprises privées.

L'ensemble des médiateurs doit s'appuyer également sur les compétences acquises récemment en formation en matière de santé communautaire (Institut RENAUDOT). Un groupe de travail pourrait penser des actions communautaires, à mettre en œuvre collégalement, et qui associeraient de façon pratique les acteurs locaux, les partenaires, les médiateurs et les résidents.

A partir des données recensées dans le présent rapport : organiser des temps d'analyses réguliers et à distance, en dehors des temps proprement consacrés à l'organisation des actions. Il est essentiel de porter, et de manière collégiale, un regard sur les actions mises en place et sur leur pertinence, avant de se projeter sur des actions innovantes, avec les partenaires locaux. Faire connaître les actions COALLIA et les fonctions des médiateurs : se déplacer, informer, rencontrer. Privilégier le local, la proximité et la connaissance des modalités d'intervention et de réactivité des partenaires. Rendre les partenaires plus actifs en les sollicitant sur l'organisation/animation des actions.

Repérer les opérations qui semblent apporter de bons résultats en matière d'ouverture de droits, telles que : Le partenariat UNAF0/Mairie de Paris (en cours), portant sur « l'identification des besoins en matière d'accès aux droits sociaux, aux soins » dans le cadre du projet « Personnes âgées en foyer de travailleurs migrants, vers un mieux vieillir ».

Le partenariat initié depuis 2 ans par la résidence Tillier à Paris et les assistantes sociales de la CRAMIF aboutissent à un constat commun : changer de forme et de stratégie d'intervention pour travailler l'accès aux droits. L'une des propositions est de transposer le modèle des actions collectives de dépistages (VIH par exemple) pour les actions d'ordre administratif, en exploitant les circuits de passages des résidents au sein du foyer, proposer d'informer dans les couloirs, ouvrir le dialogue, etc.

Ouvrir le champ des associations d'auto supports, qui se sont jusque-là surtout développées en France pour répondre à des problèmes spécifiques : toxicomanies / addictions.

FAVORISER LA PARTICIPATION AUX ACTIONS COLLECTIVES : MOBILITE DES ACTEURS DE SANTE ET VALIORISATION DES CENTRES D'INTERETS DES RESIDENTS

Mobilité des professionnels de santé, concertation et pédagogies pratiques mobilisatrices

- **La concertation entre les acteurs à développer**

Le second constat est que les actions qui rencontrent le plus de succès sont celles qui découlent de concertations et de travaux d'analyses et d'adaptation entre les travailleurs sociaux et le réseau partenarial. La résidence Tillier située dans le 12ème arrondissement en a fait l'expérience en travaillant en concertation avec la CRAMIF sur l'un des domaines pourtant les plus complexes : favoriser l'information pour l'accès aux droits des résidents.

Ainsi, les conventions partenariales devraient-elles toujours être portées par l'ambition de mettre des moyens (forme et pertinence de l'action) en concordance avec un objectif (et non l'écueil trop souvent rencontré consistant à prendre les moyens pour des fins). Les médiateurs eux-mêmes affirment qu'il faut rester vigilant sur les « *automatismes* » de certains partenariats qui, faute de ne plus se poser de question, ne produisent plus aucun effet bénéfique. La « *routine partenariale* » est en quelque sorte à surveiller.

- **Des actions à ritualiser et à adapter au rythme de vie quotidien des migrants**

Ensuite, plusieurs entretiens font ressortir que la fréquence et la régularité des actions augmentent leur efficacité. Prenons l'exemple des actions de sensibilisation et dépistage VIH qui ne touchent pas aisément les publics âgés, mais qui rencontrent toutefois un certain succès dans les résidences où les actions sont organisées toutes les deux semaines.

Comme en témoignent plusieurs médiateurs lors des observations d'actions collectives : « *Nous pensons que le Sida est un sujet assez tabou dans cette culture, cependant, compte tenu de la fréquence habituelle du dépistage du VIH sur ce site, il n'y avait aucun problème par rapport à cela.* »

La récurrence de l'action permet aux résidents de s'habituer à la présence des acteurs de santé, de se sentir plus en confiance. Les observations rapportent même que l'action, très mal accueillie les premières fois, est aujourd'hui attendue. On note le fait « *qu'un résident soit venu dans le bureau social pour savoir si l'action avait lieu* », un autre, pour avoir la confirmation de l'arrivée des intervenants. « *Le fait que l'action soit répétée baisse les obstacles culturels, les résidents acceptent de parler de ce sujet tabou.* »

L'un des médiateurs invite à noter que les résidents vont parfois directement dans la salle de dépistage, ce qui constitue à ses yeux un véritable signe de la reconnaissance de l'action par ce public.

Notons ici l'efficacité des équipes de AIDES : eux-mêmes habitués à travailler dans les foyers de travailleurs migrants, les personnels s'adaptent à la population, aux locaux et se montrent très dynamiques et mobiles, en allant à la rencontre des migrants, amorçant toujours le dialogue. Encore ici, la fréquence des actions de dépistage facilite aussi l'autonomie des partenaires qui peuvent opérer y compris en l'absence du médiateur social : « *ils ont leur matériel dans le bureau du médiateur, savent où se trouvent les ressources matérielles, sont autonomes pour la mise en place pratique de l'action le jour J* ». Les intervenants sociaux ajoutent également que ce partenariat autour des actions de prévention VIH marche bien car AIDES accepte de faire ensuite des suivis individuels.

▪ **Dynamisme, mobilité et pragmatisme des acteurs de santé : facteurs essentiel de la mobilisation**

Cette mobilité des acteurs est bien une des sources de réussite pour l'ensemble des actions collectives. L'endroit même où se déroule l'action compte beaucoup pour la mobilisation du public : l'exemple précédent invite à privilégier un lieu de vie, de passage, de mouvement. Une action installée entre le lieu de prière et l'accès aux logements par exemple, donnera davantage de visibilité et suscitera plus de curiosité de la part des résidents que les actions qui s'organiseraient « *à l'écart* » ou dans des salles spécifiques.

Ainsi, ce qui est souvent pensé en termes de protection de la confidentialité, d'anonymat, peut s'avérer contre-productif. Au contraire, des actions visibles de tous, créent de meilleures conditions d'échanges et un certain climat de confiance, comme « *s'il n'y avait rien à cacher* », nous confiera un résident. Bien entendu, le dépistage lui-même, comme l'entretien qui l'accompagne se fait dans une pièce à part (souvent le bureau social), en toute confidentialité.

Enfin, les actions collectives rencontrent davantage d'écho dès lors qu'est proposée aux migrants une pédagogie dynamique, avec des supports pédagogiques pragmatiques et qui permettent éventuellement la manipulation. Prenons l'exemple de l'action de prévention et d'information sur les maladies cardio-vasculaires et initiation aux gestes de premiers secours, menée en partenariat avec la mutualité française, et que les médiateurs ont observé : si on note un moindre intérêt des migrants pour la conférence et les explications données par le médecin, « *l'implication est directe sur les gestes de premier secours, et la confiance accordée aux infirmières : la pratique du geste qui sauve !* »

Les pédagogies dites « démonstratives », s'avèrent également efficaces pour d'autres thématiques de santé telles que le mannequin pour le cancer colorectal qui permet de visualiser des parties du corps internes ou encore les équivalences pour les actions en matière d'alimentation (démonstration de la bouteille d'huile, de la quantité de sel, contenus dans un plat par exemple).

De même, certains programmes de prévention du Diabète (la maison d'OC rue Vaugirard à Paris est notamment citée) prévoient de structurer l'action collective en deux temps : un stand pour aborder la maladie, l'expliquer, suivi d'un test de glycémie ; dans un second temps, les migrants sont ensuite reçus par un nutritionniste.

Les messages à faire passer sont également mieux compris dès lors qu'une implication concrète est visée : *« Je dis souvent aux hommes que le dépistage du Sida c'est vis-à-vis de votre femme, de vos enfants : le test c'est pour ne pas l'exporter au pays. Et cela marche mieux. Et aussi, de dire qu'on pourra montrer le papier du test à la famille, ou encore le fait de dire « moi je suis père, je me contrôle », cela a un impact pédagogique sur les enfants, les jeunes. »*

Mais, là encore, comme le souligne ce médiateur il est indispensable d'avoir *« une bonne interactivité entre les intervenants et les participants. Cette convivialité fait qu'on se quitte contents, avec le sourire et une poignée de main. L'action s'est très bien passée. »* Les résidents sont en effet très souvent décrits comme *« passifs »* ou très silencieux pendant les actions, *« ils attendent le médecin. »* Ainsi, le contact est à créer, le dialogue à amorcer par les intervenants et professionnels de santé.

Approche et vigilances

Il est moins question de fréquence des actions que de régularité dans le temps permettant aux résidents une meilleure continuité et un meilleur repérage du calendrier des actions. Il s'agit donc d'adopter le principe d'imprégnation par l'habitude sur les actions collectives qui se reproduisent dans l'année, telles que les dépistages VIH.

La question du niveau d'implication est posée : il est nécessaire de chercher pour chaque action, la congruence entre sujets et modes d'actions.

- Certains thèmes se travaillent en grands groupes, contrairement à d'autres qui doivent privilégier la voie de la relation individuelle. Par exemple, la tuberculose et les autres maladies qui se rapportent à la contagion se prêtent davantage au collectif qui est concerné justement. L'exemple d'une action collective sur la tuberculose organisée il y a 2 ans à Nanterre, faisant suite à la détection d'un cas de tuberculose dans le foyer et très suivie, peut ici être cité.
- Proposition émise par les médiateurs : concevoir des actions mixant des animations collectives *« de masse »* articulées à d'autres temps d'échanges et animations avec des petits groupes.

Lutter contre la routine partenariale pour être au plus près des besoins en matière d'accès à l'information et aux soins des résidents âgés. Il serait opportun de construire avec les médiateurs des référentiels évaluatifs souples et sur la durée.

Recommandations pratiques

La ritualisation des actions santé semble une nécessité pour faciliter l'information, la communication autour des actions collectives mais également augmenter le niveau de confiance et la mobilisation des résidents âgés de plus de 60 ans.

- Choisir des temps forts et repérable pour caler les actions : retenir un jour ou une heure de RDV spécifiques pour un type d'action.
- L'idée est d'éviter le sentiment éventuel d'actions collectives aléatoires et de caler les propositions sur des temps clés pertinents pour les résidents (*« après la 2^{nde} prière du soir par exemple, où-remarquent un médiateur- les résidents paraissent détendus et plus ouverts à l'échange. »*)
- Importance du choix du lieu pour rendre visible l'action.
- Importance également de la décoration et de la signalétique affichée pour informer de l'action.

Articuler actions collectives et accompagnement individuel dans le même temps pour un meilleur suivi et une meilleure lisibilité de l'efficacité de l'action.

Organiser, en dehors des actions collectives, des temps d'échanges et d'animations avec 5 ou 7 résidents pour favoriser la parole et faire émerger des besoins en santé, apportés par le petit groupe car les conditions d'expression existent et que le cadre est bienveillant.

Enfin, si certaines actions rencontrent davantage de succès en termes de nombre de participants, le quantitatif ne constitue pas un critère de réussite : l'action est une étape vers le soin, mais elle ne se suffit pas à elle-même, elle est inscrite, comme le dit ce médiateur, dans un cycle *« information, prévention et suivi ensuite. Sans cela, rien ne bouge dans la situation des résidents. Il faut beaucoup travailler avec chacun, accompagner les démarches, suivre la médication à domicile, etc. »*.

Le sentiment de réussite / échec d'une action est également à faire évoluer : une animation auprès de 5 personnes peut aboutir à davantage de résultats positifs et des effets « mesurables » (indicateurs à construire avec les partenaires), qualitativement préférables à une action rassemblant 60 personnes en posture passive.

Centres d'intérêts en santé des résidents de plus de 60 ans

▪ La lutte contre la souffrance : une porte d'entrée à la prévention et aux soins

La maladie et la mort sont à aborder avec vigilances et stratégies communicatives spécifique, nous le verrons plus loin. En revanche, il est des sujets que les migrants âgés abordent volontiers. Ainsi, en guise d'illustration, la définition de la bonne santé par les résidents se résume en des termes faisant référence au registre de la douleur, de la souffrance.

- « *Etre en bonne santé, c'est ne rien sentir* ».
- « *La bonne santé ? C'est être là, avec ses bras, ses genoux, sa tête. Merci.* »

L'expression de la peur de la souffrance revient très souvent dans les entretiens.

- « *Pour nous, la seule difficulté, c'est de souffrir. « Le souffrir » c'est obligatoire, même l'enfant doit pleurer, parce qu'il a faim. Mais, si on doit tous mourir, sans choisir son heure, on veut éviter de souffrir trop* ».

La lutte contre la douleur préoccupe beaucoup les résidents. Le doliprane fait ainsi, dans la quasi-totalité des entretiens, l'objet de beaucoup d'égards. Il constitue le remède le plus fréquemment cité et apparemment utilisé. En plus du fait de ne pas requérir d'ordonnance, il semble être symptomatique du recours à la « *médication sans danger* » : il est efficace contre la douleur, il est vécu comme autosuffisant, et surtout, il est réputé ne provoquer aucun effet secondaire.

Les migrants se soucient également beaucoup de la question des effets secondaires potentiels (parfois marqués par des expériences réelles qui les ont affectés). Les effets secondaires, réels ou imaginés participent également de l'évitement du recours aux soins.

Ces observations ouvrent ainsi une voie d'accès pour aborder la question de la prévention, sous un autre angle, autorisé socialement cette fois-ci : alléger les souffrances, agir sur la douleur.

Repères Anthropologiques

Il serait utile de distinguer la douleur, sensation physique, de la souffrance psychosociale, génératrice de souffrance morale, et parfois, psychique. La souffrance exprimée dans une situation de maladie ne peut s'appréhender sur la seule dimension de la douleur physique, elle s'articule également à une souffrance mentale et morale. Il n'y a pas de cloisonnement entre ces registres. Les migrants la définissent comme un ensemble qui réactualise les difficultés d'existence dues aux conditions de vie du migrant.

La religion peut jouer ici un rôle « d'amortisseur » des souffrances vécues. Par ailleurs, cette souffrance sera d'autant plus forte que le réseau des liens familiaux et/ou affinitaires (amis) est réduit, voire inexistant. Les migrants âgés sont parfois très réticents à informer les familles du lieu d'origine, de leurs difficultés, ce qui a tendance à augmenter le repli sur soi.

▪ Le rhume et le froid

Parmi les pathologies citées, le rhume est très souvent cité. Vécu comme un mal typiquement occidental, il est associé au froid, mais nous verrons qu'il existe également des mots dans les langues des pays d'origine pour le désigner.

Le rhume et la grippe, interrogent beaucoup les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, mettant ainsi à jour l'importance dans les systèmes de représentation de la transpiration pour guérir.

- « *Avant dans mon pays je n'étais jamais malade et c'est depuis que je suis en France que ça m'arrive. Les vieux sont plus malades ici en France, c'est à cause du froid* »
- « *Y'a des maladies qui contaminent ; surtout la grippe* »

Ainsi, le froid est à l'origine de beaucoup de maux, qui dès le retour au pays disparaissent, sous l'effet du soleil, de la chaleur et de la transpiration. En effet, transpirer est vécu par les résidents comme une nécessité absolue, comme le moyen efficace de faire ressortir le mal, qui sinon reste prisonnier à l'intérieur du corps.

- « *Le temps d'ici c'est le froid ; on est attaqué* ».
- « *Au Mali, on n'a pas de rhumatismes, grâce au chaud. Ici, on a mal aux os.* »
- « *A cause du chaud, en Afrique, le mal part grâce au soleil.* »
- « *Le chaud soigne bien, la peau ; on n'a pas de graisses sur le corps, la peau respire.* »
- « *A cause du froid, tout le monde est malade, la maladie ça tourne dedans, et ne peut pas sortir.* »
- « *Le chaud peut soigner les yeux, le mal à la tête.* »

La récurrente critique du froid, souvent analysée comme la traduction d'une difficulté pour les migrants à s'adapter à la France, est ainsi vécue ici comme l'affaiblissement des défenses corporelles, propices à se débarrasser de la maladie, grâce à l'action de la chaleur sur la peau, l'ouvrant pour laisser échapper la maladie.

Le froid n'est pas seulement celui du climat, il touche également l'eau, très « utilisée » par les migrants. Le rapport à l'eau, à la température ambiante au pays d'origine, ponctue le quotidien, à travers les ablutions pratiquées dans la religion musulmane, majoritairement représentée chez les résidents interrogés.

- « *Quand on revient ici, l'eau est froide, elle attaque.* »

Ce froid « conserve » les maladies, modifie le rapport même au corps, le sien, mais également le rapport entre soi et autrui. Il instaure une méfiance et une distance.

- « *En Afrique, la maladie ne va pas contaminer les autres quand on se parle, ou se touche. Mais ici, il ne faut pas toucher, sinon, tu attrapes les maladies.* »

▪ Santé et alimentation

Beaucoup d'allusions à l'alimentation sont faites par les résidents. La consommation de certains aliments et la santé fait l'unanimité : le sucre et le sel sont omniprésents et présentés comme des aliments à limiter.

- « *Il ne faut pas manger beaucoup de sel et de sucre : ils amènent de la tension, c'est grave !* »
- « *Si on mange beaucoup de sucre, on va faire de la tension. Pour le sexe aussi ce n'est pas bon.* »

Pour autant, « *s'il faut faire attention* », les liens entre l'alimentation et la santé ne semblent pas avoir d'impacts concrets.

- « *Pour l'alimentation, je fais attention au sel mais on mange toujours salé au foyer : ce sont les habitudes. On boit aussi beaucoup de sodas sucrés.* »
- « *Mon Médecin me dit : « tu peux manger du sucre si la tension est très basse, sinon, le sucre la fait monter »* ».
- « *J'ai le « ventre sec », je suis très constipé mais je ne change rien à mon alimentation. Je ne connais pas le rôle des légumes et des fruits.* »

Quand il y a une modification dans les pratiques, elle est souvent associée au fait de ne pas supporter la richesse des plats proposés au restaurant du foyer, ou encore, à l'absence de restaurant. Certains diront éviter le restaurant du foyer pour cette raison.

- « *Faut faire attention quand même à l'alimentation ; ne pas être trop lourd, quand tu te couches, tu peux pas dormir, le ventre là ça tombe.* »
- « *Au foyer, tous les plats tu peux les avoir, mais je fais moi-même la bouffe, le mafé, le tiep, dans la cuisine là-haut. J'achète moi-même le poisson. Sinon, on peut aller au grec, les restaurants dans la rue.* »

Très peu de résidents ont abordé la question du cholestérol. Quand cela a été le cas, il est essentiellement associé à l'huile ou à la viande grasse.

- « *Au Mali, c'est la viande de chèvre. Mais la viande de bœuf ici, l'estomac ne peut plus la travailler, sinon, il faut la hacher à la machine.* »
- « *Le sel et la viande, la graisse, c'est pas bon.* »
- « *Il ne faut pas trop cuire la viande. Seulement les grillades, sans huile.* »
- « *Si on donne 5 jumbo²² à une vache, il n'y a plus de reproduction !* »

De manière traditionnelle, les liens entre santé et alimentation ne s'opèrent pas naturellement. Ces questions demeurent « étrangères » au système de représentation des migrants, malgré les apports des professionnels de santé dans ce registre.

²² Condiments ajoutés dans de nombreux plats africains sub-sahariens, comparables aux « bouillons cubes ».

- « *On ne connaît pas les problèmes entre la nourriture et la maladie. On mange beaucoup de sucre. On mange souvent la même chose.* »

« *Si les méthodes éducatives ont bien abouti à une amélioration des connaissances diététiques, elles ne s'intégraient malheureusement pas dans le mode traditionnel alimentaire des migrants* », d'après l'équipe de diététiciennes du service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis.²³

Par ailleurs, la thématique santé et alimentation ne peut faire l'économie du lien santé-social. Ainsi, les repas sont parfois symptômes, parfois initiateurs de liens sociaux.

- « *Nous, le repas c'est avec le bol, ensemble, à la main, pas chacun avec son assiette.* »
- « *Avec les africains, on va toujours se contacter, se dire bonjour. On boit le thé dans la chambre.* »

Ces aspects sont particulièrement visibles dans une situation de rénovation du foyer. La peur de perdre les espaces collectifs est exprimée par les migrants âgés. Il est donc indispensable de prendre en compte cet élément d'autant plus souhaité et utile, si l'on veut des échanges sur la santé, sur les ressources et mieux connaître ces circulations d'informations. Il est plus pertinent d'analyser pour les comprendre ces circulations que de prétendre à les contrôler.

▪ **Santé et sexualité ou « la force de l'homme »**

La capacité des hommes à avoir une sexualité est une thématique récurrente, surtout chez les résidents subsahariens. Ils abordent les problèmes de sexualité qu'ils associent au « mauvais soin », soit par manque de soin, soit à cause de la prise de médicaments, susceptibles d'avoir des effets secondaires, à ce niveau. « *La force de l'homme* » renvoie à ce registre, et donne une définition de ce qu'est la bonne santé :

- « *Si on ne soigne pas, les hommes plus tard ne pourront plus faire l'amour.* »
- « *La vie c'est rien si on ne peut pas faire l'amour. S'ils ne peuvent pas avoir d'enfants, c'est très grave.* »
- « *Les médicaments pour le diabète de la pharmacie, ou pour baisser la tension, ils peuvent aussi baisser les rapports sexuels.* »
- « *Mon frère, il a la tension, il a des problèmes avec sa femme* »
- « *La santé faible, les hommes faibles.* »
- « *Les enfants aussi, avant 40 ans maintenant, on voit qu'ils ont des problèmes avec le sexe.* »

L'acte sexuel n'est pas un acte isolé, rapporté au besoin de l'homme ou de la femme, ni au désir. Bien au-delà, la question de la sexualité est celle de la procréation. L'enfant qui arrive n'est pas seulement le fruit de cette union, il relie le monde des visibles et le monde des invisibles.

²³ *Une éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques*, Dorothée Romand et Nadine Baclet - Revue La santé de l'homme n°392- 2007

Porteur du retour de l'esprit d'un ancien, l'enfant permet de relancer le cycle de vie. Le manque de sexualité n'affaiblit non pas seulement l'homme en question, mais renvoie à la mort, à la rupture du cycle.

L'expression « homme faible », souvent utilisée par les migrants pour désigner la mauvaise santé, trouve ici, sa véritable signification. La force de l'homme est bien celle de sa capacité à générer et maintenir la vie. Les traitements ayant pour réputation de diminuer cette force reproductive sont systématiquement évincés. Le risque est trop grand. La maladie semble alors une alternative meilleure, pénible pour l'individu mais protectrice d'un certain ordre social.

Repères Anthropologiques

La sexualité

« La sexualité humaine est un phénomène social total. Donnée de nature, la sexualité est socialisée : le partage sexuel des activités traverse tout le champ de la société et de la culture ; la puissance et le pouvoir, les symboles et les représentations, les catégories et les valeurs se forment d'abord, selon le référent sexuel. L'anthropologie moderne montre la fonction agrégative de la sexualité sous la diversité des formes sociales et culturelles. », selon George Balandier, anthropologue des pays en voie de développement.

« Il y a seulement deux sexes, leur rencontre est nécessaire pour procréer et la procréation entraîne une succession de générations, dont l'ordre naturel, ne peut pas être inversé. Un ordre de succession des naissances au sein d'une même génération fait reconnaître au sein des fratries, des aînés et des cadets. En fait, ces rapports naturels expriment tous les trois la différence, au sein des rapports masculin/féminin, parent/enfant, aîné/cadet », selon Françoise Héritier²⁴.

Toute pensée de la différence est aussi une classification hiérarchique à l'œuvre dans la plupart des autres catégories cognitives : gauche/droite, haut/bas, sec/humide, grand/petit. C'est ainsi qu'hommes et femmes partagent des catégories « orientées » pour penser le monde. En ce qui concerne le registre de la sexualité, évoqué en majorité par les migrants subsahariens, les catégories à l'œuvre sont celles de la fécondité et de la stérilité, à relier à celles du sec et de l'humide. Cette perception de la sexualité révèle l'enjeu majeur de procréation, mais aussi et surtout, celui du maintien de l'individu dans la vie biologique et sociale. Pour les plus vieux d'entre eux, cet aspect n'est plus au centre de la vie quotidienne mais pour une bonne majorité, cette dimension de la vie contribue à alimenter la bonne santé personnelle et un mode d'existence social. Les préoccupations autour de la sexualité relèvent moins du strict plaisir, ni des sentiments mais bien plus de la possibilité de faire fonctionner le cycle des morts et des renaissances, le corps étant le lieu de la stimulation de l'énergie disponible (corps - plaisir) pour assurer la permanence de la vie.

²⁴ *La pensée de la différence Masculin, Féminin*. Françoise Héritier, Paris, O. Jacob, 1996.

▪ Santé et hygiène

Les résidents ne se livrent pas tous à des critiques concernant leurs conditions de vie. Toutefois, s'agissant de santé, ils abordent plus facilement la question de la promiscuité comme un problème.

- « *La façon de vivre ici : 5-6 personnes dans les mêmes WC, si c'est pas désinfection, ça peut amener des problèmes de santé. »*
- « *Si on s'intéresse à la santé des résidents, il faut des conditions d'hébergement décentes, et des cuisines hygiéniques (commentaires : dans cette résidence, les cuisines ont été « squattées » par des personnes extérieures et la cuisine d'un étage a été brûlée).*

C'est la question des allers et venues des personnes extérieures au foyer qui semble poser des problèmes de santé, aux yeux de ce résident.

- « *Quand je suis arrivé en 85, le gérant était « carré » : il n'y avait pas de gens de l'extérieur qui venait, le gérant faisait attention à ça. »*
- « *Avant, à l'époque, tout le monde travaillait. Aujourd'hui, les anciens travaillent pas : certains vont léguer clandestinement leur place à quelqu'un, qui va faire venir d'autres personnes. »*

La question des surnuméraires rejoint ces propos.

Par ailleurs, lorsque sont abordées, en entretien, les thèmes de la propreté et de l'hygiène, plusieurs personnes interrogées s'autoriseront à dire (tout en s'en excusant explicitement) combien certaines des pratiques qu'ils observent chez les « blancs », leur paraissent « sales ».

- « *Les français vivent avec les animaux (pardon !), les chiens, ils touchent avec la langue, c'est pas propre. »*
- « *On vit nous aussi avec des animaux, mais au pays, ils ont leur place, chacun sa place, on s'approche pas. On ne peut pas dormir à côté. Ça apporte des maladies ».*

Un rapport individuel à l'hygiène et à la religion est également relevé par les résidents. Le contexte dégradé dans certains foyers et les exigences en matière d'hygiène prônées par la religion musulmane, créent un sentiment de malaise et un inconfort collectif, qui donne lieu à une critique générale.

Par ailleurs, les messages qu'ils peuvent recevoir en matière de propreté et d'hygiène, leur paraissent souvent rentrer en contradiction avec l'état général des locaux, dans lesquels ils vivent.

▪ **Le sport et de l'activité physique perçus parfois comme des facteurs de santé, de maintien en forme**

Le fait de se lever tôt, et de pratiquer quotidiennement une activité physique, est cité plusieurs fois, en tant que facteur de santé dans des entretiens, en particulier par des résidents maghrébins.

Il faut éviter de rester au lit dormir, car cela favorise le développement de maladies comme le diabète ; la journée démarre très tôt, avec un réveil dès 5 ou 6 heures, pour ensuite, sortir du foyer en début de matinée, vers les 8 heures, afin de partir aller marcher. La marche est la modalité d'exercice physique la plus courante, et pratiquée sans autre but. Le périmètre des lieux parcourus semble restreint, aux espaces alentours pour certains résidents, lorsqu'il s'agit de faire des allers retours, par exemple au centre commercial.

- « Il faut marcher, tous les jours, et aller au carrefour ou quitte à marcher tout droit ; pour le début de diabète le médecin m'a dit « vous marchez » »
- « Il y a un résident pour qui j'ai beaucoup d'estime parce qu'« il travaille » : c'est un marcheur, il brûle des calories, il n'a rien à faire à Carrefour mais il y va deux ou trois fois par jour. »

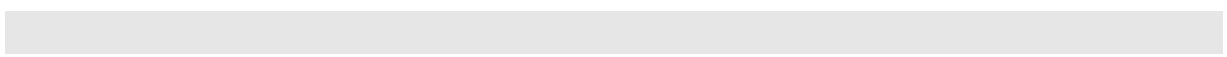
Cette importance de la marche, dans le déroulement type d'une journée, pour permettre la pratique d'une activité physique, et éviter le désœuvrement, se retrouve quelles que soient les saisons et les conditions climatiques.

A travers les propos tenus sur l'activité physique, un lien établi entre l'état du corps et de l'esprit apparaît : ne pas lutter contre les forces d'inertie, rester au lit, sont repérés comme des signes de mal-être ; bouger et entretenir son corps par une activité physique quotidienne manifeste à l'inverse une capacité de vigueur psychique.

Le sport peut être aussi repéré comme facteur de guérison, lors du déclenchement d'une pathologie :

- « La guérison n'est pas venue des médicaments : « elle est survenue grâce au vélo, non pardon avant tout grâce à Lui (index pointé vers le ciel), c'est grâce à Allah que j'ai guéri » et c'est le vélo qui a été déterminant pour retrouver une santé – aujourd'hui je possède 3 vélos ! » (Source de grande fierté pour ce résident).

Les modalités des pratiques sportives racontées, apportent aussi des éléments en termes de liens sociaux et amicaux : parfois, la « mise en marche » matinale se fait au sein d'un groupe de résidents désignés comme « amis » ; mais parfois, le récit d'échappées solitaires plus lointaines, dans des villes voisines ou pour aller à Paris, depuis des foyers ou résidences de banlieue, correspond au contraire à une modalité d'affirmation de l'individualité des résidents.



Approche et vigilances

Une approche active et participative

Une démarche de communication : comment parler de la maladie ?

Eviter le registre des vocables qui se rapportent à la mort, au danger, au risque de mort. La gravité de ces termes fait fuir plus qu'ils ne rassemblent.

En revanche, la thématique de la souffrance est une thématique à laquelle les migrants souscrivent plus facilement. Parler la maladie et la santé en termes de difficultés de vie et de solidarité ouvre également plus aisément le dialogue entre professionnels de santé et résidents âgés.

Enfin, les centres d'intérêt des migrants en matière de santé constituent un formidable champ des possibles, supports aux actions collectives.

En terme d'approche, le principe du « détour anthropologique » semble préférable, c'est-à-dire ne pas aborder certaines thématiques de front. Les thèmes identifiés ici peuvent être proposés à la discussion avec les migrants, de manière à aborder ensuite d'autres préoccupations. Partir des centres d'intérêt des résidents pour travailler l'adhésion à d'autres aspects de santé.

Recommandations pratiques

Les actions sur la nutrition et la diététique se doivent d'intégrer une dimension de participation des migrants et donc les rendre actifs lors des séances d'information ou d'actions collectives. Il est indispensable de rompre le lien vertical, qui est le plus souvent à l'œuvre, entre le médecin et son patient qui ne s'exprime, en général, que très peu, car soumis à la prescription du spécialiste. Donner à s'exprimer et à échanger sur les pratiques sociales et culturelles entre migrants, leur permet une meilleure évaluation de leurs propres pratiques en la matière.

Il est par ailleurs conseillé de centrer des actions sur une pathologie précise en relation étroite avec l'alimentation (ex: diabète, hypertension etc.). Cet aspect est très important, car il porte en soi, un effet de cristallisation de l'intérêt pour ceux directement concernés, et autour, pour ceux qui souhaitent de proche en proche mieux s'informer. Les actions très généralistes dans ce domaine sont perçues comme trop floues et peu convaincantes.

Les impacts de ces actions sur la transformation des pratiques alimentaires sont très complexes pour obtenir, au-delà, des éléments culturels structurants. L'organisation des foyers, sous forme de cuisines collectives et/ou individuelles ainsi que la propension à socialiser ces moments de repas, maintiennent les habitudes et rendent difficile tout changement de « régime ».

La formule ateliers pédagogiques centrés sur une sensibilisation aux équivalences entre alimentation et les correspondances en qualités nutritives avec des photos ou des démonstrations concrètes semblerait plus appropriée car plus visuelle.

S'APUYER SUR LES CONNAISSANCES ACQUISES PAR LES MIGRANTS AGES POUR ADAPTER LES BESOINS D'INFORMATION EN SANTE

Etat des connaissances des maladies courantes et propos des migrants de plus de 60 ans

Dans l'ensemble, les résidents citent spontanément le diabète, les « *problèmes de tension* » et « *de cœur* » (le terme « cardio-vasculaire » demeure peu connu) et le sida, comme les maladies les plus courantes dont ils ont entendu parler, notamment lors des actions collectives au sein de la résidence ou du foyer.

Ces pathologies sont identifiées dans les grandes lignes par la majorité des hommes interrogés : les associations par exemple entre diabète et sucre, tension et sel, et sida et sang sont souvent citées. Toutefois, beaucoup d'imprécisions apparaissent quant aux modes de transmission, comme sur le plan des traitements. Des confusions s'opèrent entre des notions complexes liées à la science, techniques et peu vulgarisées.

Pour autant, si les termes médicaux échappent, l'ensemble des résidents interrogés, témoignent d'un fort intérêt pour les maladies et les notions qui les entourent telles que l'hérédité, la contagion, l'hygiène, la promiscuité, le froid, etc.

Peu d'éléments ont été recueillis dans les entretiens concernant les maladies telles que les cancers, les problèmes liés aux reins, à la prostate ou encore au paludisme.

▪ L'asthme

Concernant l'asthme et les allergies (très peu cités) par exemple, on considère que c'est « *la famille qui contamine* », ou le froid.

- « *L'asthme a été découvert ici, en France. J'ai été attaqué depuis 91, à Mantes-la-Jolie. Peut-être, qu'il y a des gens atteints par la famille parce que les allergies, à côté de l'asthme, c'est pas loin.* »
- « *Ici, la maladie, c'est beaucoup à cause du froid, l'asthme aussi. Si c'est grave, on ne peut pas respirer. Ça n'arrive pas au Mali avec le chaud.* »

▪ Le diabète

C'est très connu des résidents qui, même sans l'avoir contracté, détiennent, parfois, des informations précises révélatrices, d'un bon niveau de connaissance des symptômes et modalités de contrôle :

- « *Le diabète peut concerner des gros, des faibles, des jeunes ou vieux ; tout le monde. On fait pipi souvent avec le diabète. »*
- « *Il faut baisser le sucre. »*
- « *Les clous dans les pieds aussi. Le sucre dans le sang, c'est très dangereux, ça se détecte par une prise de sang et nécessite d'être soigné par des médicaments – j'ai eu un collègue qui a eu des problèmes de diabète et a eu les pieds coupés à cause d'un diagnostic trop tardif.»*
- « *Le test diabète c'est avec le bout du doigt. La prise de sang c'est pour voir le diabète, le sida. »*
- « *Le diabète s'attrape à cause de la famille qui fait trop manger, gâteaux, sucre, sel. »*
- « *Le diabète donne la tête qui tourne. Il faut faire attention aux boissons. »*
- « *Le diabète c'est la maladie la plus courante et la plus dangereuse, la « maladie du siècle » ! Celui qui a du diabète il n'est pas dans son assiette, il est malheureux. Tous les traitements qu'il prend, il n'est pas fier de ce qu'il mange, il n'est pas bien. Le diabète, « on le voit, on le sent » (notre interlocuteur voit parfaitement en disant bonjour à quelqu'un si il a le diabète ou non). Les signes : corpulence (un peu gras), aime beaucoup manger, s'énerve dans sa façon de parler. Psychiquement : un peu calme, triste. La plupart de ceux qui ont du diabète ne sont pas instruits, ils ne peuvent pas lire la notice médicaments, ni la « notice repas ». »*
- « *On part au médecin si on a mal à la tête, on est tombé des fois, on pisse beaucoup, le caca aussi qui n'est pas arrivé, même si on mange deux fois. On doit prendre de l'insuline et voir un infirmier tous les jours. Il faut arrêter le café et le sucre, les gâteaux. »*

Les soins et les traitements peuvent être également repérés, mais la plupart des résidents, se disent peu renseignés, y compris ceux qui ont développé la maladie :

- « *Pour soigner le diabète, il y a les piqûres, tous les jours. Mais je sais pas ce qu'il y a dedans. »*
- « *Le diabète : « ma tête, elle va oublier » - mais le médecin ne m'a pas expliqué ce que c'était. »*

▪ La tuberculose

Cette maladie fait, en revanche, l'objet d'informations contradictoires et parcellaires :

- « *La tuberculose, on peut l'avoir, ça contamine, mais je ne sais comment. »*
- « *J'ai eu la tuberculose en 76, j'ai été hospitalisé et bien soigné. Ça s'attrape par les poumons, avec les allers retours entre le chaud dedans et le froid dehors. On m'a rien expliqué mais j'ai été bien soigné. »*
- « *Tuberculose : maladie des poumons, on crache du sang ; contamination par le crachat et la respiration. »*

Les témoignages du vécu des soins, sans avoir bénéficié d'explications, reviennent de façon récurrente dans les entretiens, et ce, quelques soient les pathologies dont il est question.

Cet homme, qui a fait l'objet de plusieurs hospitalisations à cause de la tuberculose, témoigne parfaitement de l'absence de lien entre le soin (fût-il installé dans la durée) et les messages d'information sur la maladie :

- « *En 2011, j'ai eu la tuberculose. Déjà en 2004, on m'a fait l'annonce suite à une radio, mais je ne l'ai pas pris au sérieux, j'ai rien dit jusqu'en 2011 où je suis tombé par terre. J'ai eu 18 mois d'hôpital à Saint-Antoine ! La tuberculose, si c'est les poumons, c'est dedans ça contamine pas.* »

Ce résident affirme ne pas avoir eu d'explications claires sur la maladie mais insiste surtout sur « *la faute des africains qui ne prennent pas au sérieux* », dit-il, dans un premier temps avant de se reprendre, pour être plus précis, et se faire mieux comprendre : « *ce n'est pas que les africains ne soient pas sérieux, c'est qu'ils ne savent pas ! Et donc, ils n'osent pas demander* ».

▪ **La tension**

Les résidents montrent également beaucoup d'intérêt aux problématiques liées à la tension, ou au cœur. Toutefois, et malgré le fait que les résidents soient davantage concernés directement, leur niveau de connaissance reste superficiel. Ces problèmes sont, pour beaucoup, essentiellement liés à une alimentation trop salée.

- « *C'est dû à trop de sel et au piment mais on ne sait rien de précis.* »

A la question sur les signes que donne la maladie, certains résidents proposent d'emblée les symptômes les plus marquants, les plus graves. Ces projections font autant exister la maladie, qu'elles contribuent à la rendre extrême, donc peu réaliste et à distance de soi. Dans tous les cas, ces descriptions témoignent de la crainte de voir un jour s'abattre sur soi la maladie.

- « *La tension, tout le monde connaît la tension, même les bébés savent ça ! Ça va paralyser, la personne va tomber.* »

Les liens entre les sentiments et leurs impacts sur le corps sont fréquents dans les témoignages relatifs à la tension et au cœur : les résidents illustrent parfaitement le concept du « psychosomatique ».

- « *Quand tu as trop de problèmes, le cœur va trop vite, ça fait monter la tension, ça tremble bien ! Si le cœur est tranquille, tu ne tombes pas malade* ».
- « *Ne pas être bien traité, le stress rend en mauvaise santé* »

Ces liens seront également abordés par quelques résidents pour expliquer les ulcères.

- « *Mes problèmes d'estomac sont arrivés quand je n'avais plus de goût à la vie, rien envie de faire, pas d'argent - amertume, sentiment d'avoir gâché ma vie. Il y a un rapport entre la tête et l'estomac.* »

▪ **Le sida**

La maladie du sida est très mal connue des personnes de cette génération.

Le sida fait l'objet de beaucoup de méfiance, et il se dégage des modes de transmission identifiés par les résidents une certaine confusion :

- « *Le sida s'attrape quand on est sale, ou quand on fait les bêtises avec les filles ou les hommes.* »
- « *Le sida on en entend parler mais on connaît pas. On se méfie, ça s'attrape par les piqûres et les coiffeurs.* »
- « *Le sida, je connais mais je ne sais pas très bien expliquer comment on l'attrape ni la transmission ; je pense que c'est par le crachat ou la respiration ; moi j'ai fait un dépistage ; les autres ont peur de cette maladie et ceux de ma génération ne font pas beaucoup de dépistage.* »
- « *Il ne faut pas toucher le sang, se raser avec le même rasoir. Mais tu peux manger avec lui, pas de problème.* »
- « *On peut soigner le sida, mais ça coûte cher.* »

Repères Anthropologiques

Les puissantes représentations qui entourent cette pathologie peuvent, comme on le voit ici être parfois sous-tendues de faits réels (ce que nous avons pu observer également pour la tuberculose). Ces faits, apportés par de façon très parcellaire, entendus « à la volée », voire à l'occasion d'un dépistage au sein du foyer, se mêlent aux craintes et produisent de la désinformation. Cette désinformation doit être retravaillée explicitement pour en éviter la diffusion (rapide et efficace) au sein des communautés des résidents.

D'autant que contrairement à d'autres problématiques de santé, le sida préoccupe les résidents. S'ils n'envisagent, que peu à cet âge, de procéder à un dépistage, de se rendre à une action collective qui aborde cette question, ils s'inquiètent pour la jeune génération. Or, nous l'avons vu, d'une manière générale, « *on ne discute pas facilement des problèmes de santé, c'est caché, on a peur du regard des autres* ». Les questions de santé se parlent peu, et qui plus est, d'une génération à l'autre. Les échanges s'opèrent davantage par « groupes d'âges », qu'il s'agisse de santé ou de toutes autres questions d'ordre social.

▪ Le cas spécifique du cancer du colon

Suite à la première observation collective menée en présence de nombreux médiateurs, nous avons organisé une réunion, pour que chacun d'entre eux puisse exprimer son ressenti et pointer les difficultés rencontrées, sur le plan des actions de santé.

Les médiateurs ont cité les freins auxquels ils se heurtent, pour faire passer les messages sur le dépistage du dit cancer. Nous avons ainsi convenu d'engager la discussion sur cette question, lors des entretiens individuels.

Les résidents ont, souvent (pas tous), entendu parler de ce type de cancer. Ils en connaissent le principe de dépistage mais disent n'avoir aucune information sur la maladie elle-même. Seul l'un des résidents interrogés a déclaré spontanément avoir pratiqué un dépistage « colorectal ».

Il en ressort que certaines pratiques en santé se confrontent à des résistances d'ordre culturel ou religieux. Les moyens pour dépister ce cancer en sont une bonne illustration. D'une part, il touche à l'intime (au-delà du culturel) et vient déclencher, d'après les résidents, un sentiment de honte et un besoin de cacher. D'autre part, il fait l'objet d'interdictions religieuses, vécues comme telles, en tous cas, par plusieurs résidents.

Enfin, les selles, au même titre que les cheveux, les ongles, sont utilisées dans des pratiques consistant à « travailler les gens », jeter des sorts, « marabouter ».

- « Le caca, pipi, c'est la honte de mettre ça en boîte. Et avec les marabouts, on croit que va prendre tes selles pour te travailler. »

Repères Anthropologiques

Le cancer colorectal constitue l'un des obstacles interculturel type en matière de santé. La réticence des résidents se couple d'un malaise des médiateurs à aborder cette maladie.

Il est indispensable de travailler avec les interdits et les tabous pour tenir compte de ces références culturelles sans tomber dans le piège de ces interdits. En d'autres mots : comment articuler la science (besoin des excréments) et le cadre de référence culturel ?

Pour lever l'obstacle de l'interdit et de la superstition, nous devons trouver un argument pour rendre profane ce qui est sacré, grâce aux approches participatives et communautaires largement décrites dans le présent rapport : associer les migrants à trouver les arguments par cette explicitation de la contradiction permettra de gagner beaucoup en temps et en pertinence.

▪ **Les maladies mentales, le stress, la dépression : en France comme au pays**

La question de la maladie mentale a été abordée lors des entretiens. Les résidents affirment connaître ces maladies et les repèrent au moyen de signes comme les suivants :

- « *Si on le voit, il reste tout seul, il est dans un coin. Il ne travaille pas, il n'a pas d'amis, des problèmes avec la famille : la famille c'est loin et certains n'arrivent pas à porter son problème. Des fois, il a perdu son fils, ou sa femme, il ne peut pas porter.* »

En dehors de la folie, les migrants rencontrés relient beaucoup les maladies mentales telles que la dépression au stress et aux conditions de vie : problèmes rencontrés, séparation d'avec la famille et le pays d'origine, l'avenir des enfants, etc. Comme nous l'avons vu, pour les situations de retraites non régularisées, les migrants estiment qu'ils développent davantage de maladies, quand « *la vie va mal* ».

- « *C'est le stress qui nous fait massacrer le plus* » : penser le plus aux enfants, mes 10 enfants, tous au Maroc. »
- « *Ici, on a beaucoup de problèmes : on a la tête aigrie.* »
- « *Je ne dors pas bien : pas à cause du bruit, mais à cause de beaucoup de pensées.* »

Le ressenti en termes de sécurité ou d'insécurité, quant aux conditions d'hébergement et la qualité des relations avec les responsables de la structure, va aussi jouer sur le sentiment bien ou de mal être.²⁵

Le stress est lié aux relations avec autrui et parfois avec les professionnels des structures :

- « *L'important c'est l'humain ! Mais le plus grand ennemi de l'humain, c'est l'humain ! Par exemple si un des responsables dans la résidence nous traite de façon agressive. Ce qui est important pour être en bonne santé c'est d'être traité comme un être humain ! On veut du respect !* »
- « *Il nous mélange, mais on n'est pas pareil, chacun est différent ! Ce n'est pas parce que on habite là ou qu'on est de tel ou tel pays qu'on est identique ! Ne pas mettre tout le monde dans le même sac, considérer chacun en tant que personne, avec son niveau, son rôle.* »
- « *L'ambiance dans laquelle on vit : « on vit dans un métro », sans considération.* »

Les résidents voient également la maladie mentale, là où le comportement leur échappe ou se transforme :

- « *Les maladies psychiques, ce sont les jeunes surtout car ils insultent les gens tout le temps.* »
- « *Les problèmes psy c'est quand il y a beaucoup de races mélangées mais je ne sais pas comment ça arrive.* »

²⁵ *Diagnostic sur les besoins de santé des habitants de Mitry et du Gros saule*, 2011, Direction des services de santé, gérontologie, handicap, animation senior et SCHS Aulnay-sous-Bois.

Lorsqu'une personne contracte des signes de folie, il est décidé, chaque fois que possible, qu'il reparte au pays. On y vérifiera d'abord la cause de sa maladie.

- « *Le fou c'est possible de le travailler avec les bougies, on lui a jeté un sort. C'est le charbon dans la tête. C'est plus fort pour certains que pour d'autres. Le scanner et la radio ne voient rien, mais tu ne peux pas dormir.* »

Ainsi, la médecine occidentale a la réputation d'être impuissante pour gérer ce type de situation, et pour cause, il faut revenir là où la maladie a pris ancrage, dans le système de représentations qui a produit ce « fou ». Le sens et la solution éventuelle sont à chercher avant tout dans le rapport au social, au groupe d'appartenance. Or, la tendance à « isoler » le patient de son milieu social, encore très valorisée aujourd'hui en France, ne peut aboutir à un résultat pertinent.

Le mal et la folie sont présents, ils traversent les mondes du visible et de l'invisible, et parfois, se posent sur une personne : ils témoignent, ainsi, de la coexistence de ces mondes.

- « *La nuit, le diable entre dans le bus, il peut rendre fou, il ne mange pas, il parle, il parle ! Quand quelqu'un l'a vu dans le métro, on l'envoie au pays.* »
- « *Les jaunes, les albinos ; ils ne voient pas bien la journée, mais mieux que toi la nuit.* »
- « *L'hôpital ici ne soigne pas les fous. Quand on a un fou, on l'amène en Afrique, on le soigne. Le marabout peut soigner, comme on soigne les drogues. Ça prend des années parfois.* »

Repères Anthropologiques

Honte et souffrance psychique :

La figure du « fou » en Afrique est très présente et renvoie à des significations tout à fait singulières. Le fou est la personne désignée pour empêcher le désordre social, il est du coup souvent intégré à la société, il côtoie les sains d'esprit, mais nul ne l'approche, ni ne maintient de lien avec lui.

D'une manière générale, dans la pensée psychanalytique occidentale, la maladie mentale vient de l'intérieur, il faut dès lors changer quelque chose en soi-même, alors que pour la pensée magique, cela vient de l'extérieur. Les attitudes et comportements seront en Afrique liés à une morale de la honte, « on n'est pas ce qu'on devrait être, c'est-à-dire, pour l'ancêtre, pour les autres et pour soi ». La calomnie est la pire des choses, elle doit être réparée en public.

Dans la plupart des sociétés africaines, les liens entre les vivants et les morts sont essentiels. Il est indispensable de respecter les morts et les honorer au moyen de rituels et d'offrandes de diverses natures. Ils ont une influence considérable sur la structure familiale, et provoquer leur colère fait prendre des risques très graves, sur la cohésion des membres de la famille. Les ancêtres sont le lien le plus immédiat entre les vivants et le monde spirituel, ils ont le pouvoir de garantir la prospérité, la santé et la fécondité de leurs descendants.

A ce titre, la perception de la folie dans ces cultures africaines définit deux catégories de situations :

- « *Le fou-malade : la folie est considérée comme le résultat du désordre subi par un organe, causée par une perturbation (un déplacement ou un renversement) du cerveau ou du foie. Le traitement est donc fondé sur une analogie entre l'état du malade et l'état de l'objet utilisé comme remède.*
- *Le fou-élu : la folie peut aussi être interprétée comme un signe d'élection, visant à faire passer le fou dans le camp des devins, une fonction sociale de toute première importance. Ils sont considérés comme les intermédiaires entre les hommes et les génies, ces puissances surnaturelles supposées régir la société des hommes. »²⁶*

²⁶ *Confrontation entre science et vivant n° spécial : "Normal et Pathologique: où se trouve la frontière aujourd'hui?"*
Sylvie Faizang, Publication du Pôle Universitaire Européen (Montpellier et Languedoc-Roussillon)

Maladies repérées en France et dans les sociétés d'appartenance

Les maladies suivantes sont non seulement connues dans les pays d'origine mais elles ont un nom équivalent dans plusieurs langues : Soninké, Bambara, Wolof, Pulhar, Arabe... En voici quelques illustrations tirées des entretiens menés avec les résidents.

- **Petit lexique des maux et des remèdes (rapportés par les migrants interrogés)²⁷**
 - Maladie : Kadié ou Niaw (Pulaar)
 - Acelanté : santé. « *Pour dire la santé on dit « Inicéli » qui veut dire « rien de mauvais », ou encore Tchela : « soi et les autres ».*
 - Le Wate (Soninké) : *maladie, « on dit un waté de diabète, un waté de tension, de « prostati ».*
 - « *Pour dire il n'est pas en bonne santé, on dit « il n'est pas content » ».*
 - Maux de tête :
 - Imankara (Soninké), « *celui qui a mal à la tête* »
 - Cougolo dimi (Bambara)
 - Maux de ventre :
 - Noroudou koutou,
 - Rhume : le moula, « *soigné, comme beaucoup de chose en Afrique, par le Karité* »
 - Diabète :
 - Toumbe : médicament du Diabète : « *plantes très bonnes, écorces séchées, soit en poudre, soit dans la bouteille, avec de l'eau, à boire pendant plusieurs jours* »
 - Le Zabète : « *on dit aussi la maladie du froid* »
 - Le Boubili , « *qui n'est peut-être pas du diabète mais au pays, on dit cela quand on fait toujours pipi. On coupe des racines, on les fait bouillir dans l'eau pour le soigner.* »
 - Badom ou sucar (Pulaar)
 - Sucar (arabe dialectal) / Sukari (Arabe littéraire)
 - Sugar (Ourdou, Pakistan)
 - La tension « *se soigne par le fait de rester tranquille, de s'asseoir et de transpirer* »
 - Soussoundjé : « *arbre qui fait des fruits et qui soigne de très nombreux maux. Il remplace le doliprane, soigne et met en forme* »
 - Le Fourtour : maladie des poumons.
 - « Couché » : maladie du foie

En revanche, les résidents affirment que dans les pays d'origine, peu d'attention est donnée au rapport entre l'alimentation et la santé :

²⁷ Ce « lexique » est une simple compilation des mots donnés aux maladies par les résidents interviewés. Il est à manier avec précaution, davantage comme un moyen d'amorcer le dialogue sur les perceptions de santé et non comme un manuel de traduction. Voir également les lexiques des maladies et traductions dans *Se soigner au Mali. Qu'est-ce que « mara » ?* Approche ethno médicale, R. Schumacher, 1992.

Approche et vigilances

Une démarche d'éducation et de sensibilisation à la santé

La population des migrants vieillissants est très largement analphabète, même si certains d'entre eux savent lire, écrire, et/ou lisent l'arabe du coran. Ils n'ont toutefois quasiment jamais eu de contact avec des méthodes scolaires ou autres d'apprentissage des savoirs formalisés.

La majorité des migrants interrogés sur la question de la compréhension des maladies, des protocoles de soins et de prévention indique un besoin affirmé de disposer de plus d'explications et même d'acquisition de savoirs à leur niveau. Cette remarque est directement en lien avec les obstacles repérés à la mobilisation sur les actions de santé.

Pour atteindre cet objectif, la communication et la pédagogie doivent être adaptées à chaque contexte culturel.

Il est indispensable de trouver des approches très innovantes dans le sens d'une adaptation des outils et des méthodes de médiations pour des publics analphabètes dans un environnement d'informations scientifiques foisonnant lié aux publics ayant les pré requis pour leur compréhension.

Comment vulgariser les contenus scientifiques sur la santé ?

Dans son sens le plus évident, vulgariser signifie le fait d'adapter en simplifiant et en expliquant, un ensemble de connaissances scientifiques, techniques ou autres, de manière à les rendre accessibles à un non-spécialiste. La vulgarisation est donc un enjeu primordial qui suppose une réflexion sur les modalités d'acquisition - information de connaissances scientifiques dans des contextes culturels où d'autres savoirs préexistent.

La démarche doit être clarifiée car une opération de vulgarisation ne peut se limiter à une opération de simplification des termes et des définitions, elle entre en contact avec une culture propre à chaque contexte.

"Une nouvelle information n'est reçue et assimilée, ne devient appropriable et mémorisable que lorsque son destinataire est parvenu à la mettre en forme, à l'énoncer à son compte en l'introduisant dans sa conversation, dans sa langue habituelle et dans les cohérences qui structurent déjà son savoir antérieur" Michel de Certeau, jésuite historien et philosophe.²⁸

Cette remarque nous renvoie au souci permanent de choisir la langue la plus évidente pour vulgariser les connaissances scientifiques. Un effort important doit être consenti à la maîtrise des termes scientifiques et à leur traduction en langues locales, lorsque cela est nécessaire. Par ailleurs, une attention particulière devrait être portée aux relations entre savoirs traditionnels et savoirs scientifiques.

²⁸ Voir *Le marcheur blessé*, François Dosse, Michel de Certeau, Paris, La découverte, 2002.

Recommandations pratiques

Pour les ateliers de sensibilisation

L'animation sous la forme d'ateliers semble la modalité d'information la mieux appropriée aux souhaits et aux types de relations sociales existant entre migrants.

Une bonne majorité d'entre eux exprime le désir d'approfondir ses connaissances sur les maladies les plus courantes : tension artérielle, diabète, et même, celles perçues de l'extérieur comme moins centrales telles que le rhume ou la grippe.

Ces ateliers constitueraient l'occasion de développer un sujet bien précis et bien délimité avec un intervenant extérieur et une traduction. La pédagogie devrait tenir compte des niveaux de pré requis et être adaptée à l'auditoire ne sachant pour la grande majorité ni lire, ni écrire (basée sur l'oralité et le visuel).

Ces ateliers devront privilégier l'expression et les représentations des participants comme socle de base à partir desquelles les savoirs seront transmis. Les explications devront utiliser des moyens didactiques de type modèles anatomiques, photos et imageries médicales, vidéos...

Il sera absolument nécessaire d'installer une ambiance participative et ne pas hésiter à aborder les points relevant des relations entre médecine traditionnelle et médecine scientifique.

Ils seront organisés en groupe restreints à partir des migrants directement sensibilisés aux thèmes choisis qui lui-même pourra coopter des migrants de son entourage pour y participer.

Des petits déjeuners de santé :

Une autre modalité d'implication des migrants pourrait s'organiser autour d'un moment convivial en nombre plus large que les ateliers et qui serait l'occasion de développer des problématiques plus générale articulant gérontologie et questions de santé.

Le moment de la journée du petit déjeuner est un moment d'entrée en matière plus favorable pour initier des échanges sociaux à l'inverse des repas qui eux ne sont pas adaptés à ce genre de contacts.

Les thématiques pourraient reprendre dans un premier temps les centres d'intérêts repérés dans cette étude (la nutrition, l'activité physique, les droits liés à la santé, etc.). L'objectif serait ici de favoriser les échanges de perception de ces questions entre migrants, et de donner l'occasion au médiateur de contribuer par certains apports seul et/ou avec une personne ressource extérieure.

C'est à partir de ce public de référence que la conception des outils et des méthodes pédagogiques d'animation et d'éducation scientifique à la santé doit être effectuée. Ce point de départ est un défi à relever car peu de programmes ou systèmes d'éducation n'introduisent dans leurs démarches, une pédagogie des sciences actives et adaptée à ces populations.

DES SUPPORTS DE COMMUNICATION A ADAPTER AUX MIGRANTS AGES, LA NOTION DE COMMUNAUTE A REINTERROGER

Des supports de communication à repenser pour toucher les migrants âgés

- **Privilégier le visuel sur le rédactionnel**

Les résidents ont compris le rôle des affiches annonçant les futures actions de santé au sein du foyer ou de la résidence. Ils mentionnent également l’affichage sur les portes des ascenseurs, ou les flyers dans les boîtes aux lettres des résidents. Ils sont également nombreux à relater « le porte à porte » réalisé par les médiateurs, en amont de l’action et le jour même, qui amplifie la diffusion des informations. Le rôle des délégués et du responsable d’hébergement est parfois mentionné.

Contrairement aux résidents maghrébins rencontrés, qui ont généralement acquis des connaissances en matière de lecture et d’écriture (en français et/ou en arabe), une très grande majorité des migrants subsahariens de plus de 60 ans interrogés sont illettrés, voir analphabètes. Issus de milieux ruraux, ces résidents n’ont pas fréquenté l’école étant petits, excepté une minorité qui a fréquenté l’école coranique, et qui ne sait pas, pour autant, ni parler l’arabe, ni le lire ou l’écrire. Or, les livrets explicatifs en matière de santé sont en grande majorité accés essentiellement sur l’écrit et le rédactionnel.

S’ils se repèrent, parfois au moyen des dessins, des images, photos et logos (organismes de santé, notamment), le sens des phrases écrites leur échappe en grande partie. Les messages affichés restent donc, en l’état, inaccessibles. Les représentations graphiques sont, du reste, souvent inadaptées à ce public, les affiches peu explicites, et certaines illustrations parfois totalement inappropriées.

- « *Quand je lis les affiches, je regarde les dessins, c’est plus facile, mais c’est pas toujours facile de savoir de quoi ça parle, on devrait mieux faire pour les dessins, trouver des choses adaptées* ».
- « *Les affiches, même si je lis un peu, la plupart des gens ne me demandent pas ce qu’elles disent* ».

Les médiateurs interrogés, témoignent également du fait que, « *même quand on en a les moyens, on affiche, on explique, les personnes reviennent toujours vers nous, les médiateurs, comme pour les autoriser à y aller.* »

▪ **Concevoir des supports de communication à l'attention des migrants de plus de 60 ans**

Par ailleurs, force est de constater que les documents et leurs éventuelles illustrations annonçant les actions ne s'adressent pas aux plus de 60 ans.

D'une manière plus large, rares sont les outils de communication adaptés aux personnes âgées, et ce, malgré des politiques vieillesse spécifiques. De même, la gérontologie n'est quasiment pas mentionnée (les résidents ne connaissent d'ailleurs ni le mot « gérontologie », ni le mot « gériatrie »). Autre observation, les outils de communication en santé ne tiennent pas compte de la dimension culturelle. Lorsqu'un effort est tenté dans cette direction, le résultat reste caricatural et ne permet pas aux résidents de s'identifier.

L'humour reste également inexploité sur les supports de communication. Or, il demeure un puissant vecteur d'information : l'humour, fortement présent dans les conversations orales est utilisé par les migrants entre eux, mais également entre les migrants et les médiateurs y compris pour aborder des sujets sérieux. Le cabinet ANTHROPOS, lui-même, recourt à ce moyen pour instaurer un climat de confiance au démarrage des entretiens et tout au long de la discussion, ce qui permet de « détendre l'atmosphère » et d'instaurer également une forme de complicité et de bienveillance quand il est utilisé dans cette direction. L'usage de l'humour permet, en outre de dépasser certaines difficultés de compréhension et de « faire réagir sur ».

Enfin, les actions en matière de santé manquent fortement de réflexion et de pensée pédagogiques spécifiques au public à qui elles s'adressent. Comme pour rompre avec les inégalités de santé largement observées en France (et ailleurs), et particulièrement accrues lorsqu'il s'agit des publics migrants, les actions de santé s'uniformisent et se veulent « égalitaires ».

Repères Anthropologiques

Si le principe de recherche d'égalité, « la même chose pour tous », est porteur de valeurs et se veut rétablir l'équilibre entre ceux qui reçoivent et ceux qui n'ont rien, il peut aussi s'avérer ici très contreproductif. Apporter la même chose, avec les mêmes moyens, c'est partir du principe que les publics ont le même bagage, au moment de l'action. Or, ce n'est bien évidemment pas le cas. La maîtrise de la langue et de la lecture en est un exemple ; la place et la fonction de la parole en est une autre ; dans ce cas, c'est plutôt le modèle de l'équité, à savoir un modèle qui intègre la diversité des attentes, des savoirs, des niveaux, etc. comme postulat de départ dans la pédagogie, qui serait à privilégier. Enfin, les modes de transmission et d'apprentissage en santé, comme ailleurs, sont dépendant des univers sociaux dans lesquels chacun évolue. Ils ne sont en rien uniformes, pas plus qu'ils ne sont accessibles d'emblée, comme en témoigne ce résident :

- *« Ceux qui sont intelligents vont prendre des notes dans leur tête, mais la plupart s'en fichent, et ont une approche fataliste, ils ne vont pas essayer de prendre soin d'eux : on se dit qu'on s'en passera et c'est tout. Ce n'est pas un problème de langue. »*

L'apport de connaissances, l'éducation à la santé, l'évolution d'une situation sociale, bref, tout changement requiert une pédagogie et une stratégie dûment construite, au regard de la population à accompagner, de ses difficultés, de ses repères et représentations collectives.

Les démarches qui reposent sur une compréhension du système d'appartenance des individus, et qui partent des connaissances déjà acquises, comme des représentations qui freinent l'apprentissage et l'ouverture, sont celles qui atteignent une efficacité maximum.

Approche et vigilances

Les approches participatives se révèlent plus pertinentes dès lors qu'il s'agit d'adapter des messages, une communication à destination des publics (les résidents) dont les codes et références socioculturels apparaissent différents de ceux des porteurs du message (ici, les professionnels de santé).

Ainsi, faire participer les populations à la réalisation des supports de communication peut permettre de mieux articuler les efforts et les effets, et ce, à plusieurs titres :

- Adapter la nature, la forme et les contenus des messages à faire passer ;
- La collaboration entre les parties permet leur rapprochement et une meilleure compréhension, bénéfique à de nombreux autres aspects de la vie collective et à des actions sur tout autre plan ;
- Mobiliser les ressources des parties pour innover ensemble et éviter les effets de routine, en incitant à se poser d'autres questions, en continu.

Recommandations pratiques

La conception de la communication des partenaires à destination des migrants doit intégrer les migrants eux-mêmes. Les critères des résidents à associer doivent porter surtout sur :

- Le volontariat et la mobilisation « engagée » plus que sur des compétences a priori acquises ;
- Une attention doit également être portée, quant à leur position sociale et leur propre insertion dans les réseaux relationnels existant localement. Leur capacité à mobiliser en dépend ;
- Enfin, se montrer disponible pour travailler en collaboration, participer aux rencontres partenariales, etc.

Rechercher les ressources dans chaque groupe culturel pour privilégier les signes et messages les plus pratiqués, connus, compris.

Privilégier au maximum le visuel sur l'écrit, sans oublier le recours à l'humour.

Rester très « utilitariste » et concret.

Travailler avec les migrants pour adapter les illustrations et les formes des supports de communication (affiches, flyers, etc.). Associer les artistes de la culture d'origine pour les illustrations, l'humour, la fabrication des supports et la formulation des contenus.

Prêter une attention aux discours des résidents pour faire des choix d'images à véhiculer. Pour exemple, le « *camion de la tuberculose* », particulièrement repéré, peut faire l'objet d'une illustration pour annoncer sa venue dans le foyer.

S'autoriser, selon la nature des messages, à faire passer les enjeux en matière de santé, à recourir à des vecteurs puissants de communication que proposent les arts tels que le théâtre citoyen, le théâtre forum, les expositions, les photos, etc.

Pour sources d'inspiration :

- Le théâtre traditionnel Bambara (Mali), le KOTÉBA, aborde par l'humour et la dérision, des questions d'éducation, de santé, de transmission, etc.
- Les compagnies de théâtre interculturel tels que Olibrius qui réalisent non seulement des pièces de théâtres avec l'objectif de faire passer des messages d'une culture à l'autre, mais dont le moyen, principal levier de ce transfert de connaissances, est de faire jouer ensemble des professionnels et des usagers (résidents, habitants, usagers d'un service social, etc.).
- Une expérience relatée par un médiateur du lien créé avec une association de quartier (relais 59) qui a permis d'adosser une animation conviviale et un spectacle à une action collective sur la santé.

Enfin, Les résidents ayant déjà visionné des films à l'occasion des actions collectives pensent qu'il s'agit d'un bon vecteur de communication dès lors que les images montrent clairement les maladies en expliquant « *pourquoi lui il a mal, pourquoi il a fait ça, etc.* » et suggèrent l'usage de petits films d'une demi-heure sur un sujet précis.

▪ **La « communication sociale » à exploiter pour amplifier les messages à destination des résidents sans les transformer**

Par ailleurs, et c'est notamment ce qu'expriment généralement les résidents sub-sahariens, la « *communication sociale marche mieux que les affiches pour les actions collectives* ».

Ils comptent alors sur le passage de relais d'information effectué par les « *sachants* », les délégués des résidents, ou encore l'Imam.

- « *Les vieux ne savent pas lire, c'est pas grave, les africains, on va se dire. C'est pas comme les arabes, ou les blancs (pardon !), ils savent lire mais ils gardent pour eux.* »²⁹

Les entretiens font nettement ressortir le statut accordé à ceux qui lisent, qui savent écrire. Des hommes sont investis d'un rôle d'aidants multifonctions : ils communiquent aussi sur les démarches à entreprendre, traduisent les papiers reçus par les résidents, accompagnent aux rendez-vous, si besoin. Ces services peuvent être rémunérés. Ces personnes sont parfois non résidentes de la structure, elles viennent de l'extérieur.

Sur le plan de la santé, il arrive qu'elles se posent comme des relais, des sortes de médiateurs qui tentent de faire passer des messages aux résidents.

- « *Actuellement, il y a une action sur les poumons avec un camion de radio mais je ne connais pas très bien le but de l'action, et je ne connais pas cette maladie. On communique durant les réunions du foyer (comité de résidents) mais il faut beaucoup parler, car les gens ne connaissent pas. Il y a des cours du soir pour apprendre à lire et écrire, mais je n'y vais pas. S'il y a un problème de santé, c'est la communauté qui s'occupe de ça.* »

En revanche, les entretiens font également ressortir les rapports complexes entretenus, avec ces « *sachants* », entraînant parfois des incompréhensions, des erreurs d'interprétation, voire des erreurs dans les démarches entreprises, à l'extérieur de la structure. Les entretiens avec les médiateurs confirment la difficulté à travailler avec ces relais, pour adopter des lignes de conduite communes. Différentes logiques s'affrontent, portées également par des logiques, si ce n'est de pouvoir, du moins de prestige. La parole de l'un, peut remettre en question la parole d'un autre.

Ces aidants, lorsqu'ils opèrent de façon totalement autonome, risquent de mettre les résidents en difficulté, destinataires de messages contradictoires. De même, les professionnels ne peuvent ignorer la présence et le rôle des aidants, dans la communication sur les actions collectives.

Le rapprochement aidants – résidents - professionnels se montre, en revanche, bénéfique là où il s'organise. Plusieurs exemples sont cités dans les entretiens : les imams constituent, parfois, de bons

²⁹ Les antagonismes tacites entre les comportements des « *arabes* » et ceux des « *africains* » constituent un sujet qui reviendra souvent dans les entretiens.

relais pour la diffusion d'informations au sein du foyer. Les cours coraniques constituent également des « temps sociaux », propices à la communication.

Les résidents conseillent de passer davantage par les ressources internes à la résidence, pour toucher plus de personnes et « *parler des maladies à ce moment* ». Les professionnels sont invités à se joindre aux résidents sur des temps de regroupement déjà existants.

- « *Tout le monde vient et on peut faire la traduction. Moi je parle Wolof (initié), ma langue c'est le soninké/sarakolé, je parle aussi l'arabe, le bambara, le pulaar et mon collègue, qui vient le vendredi pour la prière : il peut expliquer en anglais.* »

Un médiateur citera également, l'exemple d'une action collective, à Courbevoie, pour la journée mondiale de la tuberculose, qui a remporté l'adhésion des publics, grâce notamment, à la présence d'un imam, venu faire la traduction. Là encore, nous rejoignons des méthodologies d'action expérimentées en santé communautaire.

Repères Anthropologiques

Comme en témoignent les propos ci-dessus, les résidents originaires d'Afrique subsaharienne maîtrisent généralement de nombreuses langues (de 5 à 7 en moyenne). Ces langues sont celles des groupes culturels qui cohabitent au sein de chacun des pays d'Afrique de l'Ouest, dont les plus courantes sont : le wolof, le bambara, le soninké, le pulaar, le français ou l'anglais (selon l'histoire colonisatrice). Nombreux sont ceux qui parlent l'arabe, le comprennent, ou en ont quelques notions. A savoir que ces langues, construites sur des syntaxes dissociées, n'ont rien de comparables entre elles, recourant à une grammaire plus ou moins complexe (le pulaar est notamment réputé pour être l'une des langues les plus complexes au monde), et à un vocabulaire propre.

Approche et vigilances

La notion de pédagogie de **l'inclusion** incite à rechercher les ressources disponibles et utilisées dans le milieu, à porter un regard bienveillant sur l'environnement habituel de la personne, pour travailler avec elle les modes de communication autour de la santé, le recours aux soins, etc. Cette démarche consiste non plus à faire « entrer » dans le dispositif, les personnes, les familles, les bénéficiaires, les enfants, les personnes âgées... Mais bien à assouplir pour les adapter les interventions. En plus d'une plus grande efficacité, ces approches remportent l'adhésion des populations et développent sécurité et bien être, des accompagnants comme des professionnels.

Nous voyons, ici encore, la nécessité d'aborder avec les médiateurs la compétence linguistique de chacun. Pour inverser les rapports habituellement entretenus : la langue comme frein et outil de distanciation, devient outil de travail et ressource à exploiter. Ne pas écarter des interventions, le principe de transmission sociale : un message adapté et bien compris profitera d'une « *communication sociale* », efficace et amplificatrice pour toucher les autres résidents.

Recommandations pratiques

Les intervenants sociaux sont les « témoins » privilégiés des « temps sociaux » qui s'organisent au sein des résidences ou foyers. Il s'agit donc tout d'abord de repérer ces temps, pour ensuite réfléchir à la façon dont ces moments de regroupement peuvent permettre de faire passer ou de travailler les messages.

Parmi eux, les sorties de mosquée doivent, notamment, faire l'objet d'observations et de discussions pour juger de la réceptivité des résidents, à ce moment précis. Autres temps privilégiés à observer : les jours de marché, les réunions de résidents, les temps de repas, etc. Sans oublier les moments clés de la vie des résidents, moins visibles mais réguliers et propices à l'échange, tels que le thé, autour duquel plusieurs individus, « invités » dans l'espace privé de la chambre, se réunissent pour y aborder des sujets se rapportant à la collectivité.

La question de la langue, souvent réduite à la question de la mauvaise maîtrise de la langue française, mériterait d'être travaillée à partir de la reconnaissance de cette multiplicité de langues parlées. La « cohabitation » linguistique au sein des structures constitue une véritable entrée, pour aborder de façon collective, les différentes représentations de la santé et du recours aux soins d'un groupe culturel à un autre (dont le modèle français). Passer d'un « problème de langue » à une « compétence linguistique » permettant de travailler ensemble.

L'analyse des mots dans une langue étrangère reste un exercice délicat et source d'interprétation erronée. Par exemple, le terme « famille », peut renvoyer à la chambre dans le foyer, à la famille au sens large incluant ceux qui viennent des mêmes villages mais aussi au sens strict car il arrive d'accueillir assez souvent le fils d'un frère.

Attention, le rôle de traducteur n'est pas une panacée aussi simple. Un traducteur peut être recruté occasionnellement dans tous types d'actions mais nous avons souvent à faire à diverses langues étrangères les unes aux autres dans un collectif.

Par ailleurs, une médiatrice ayant eu recours à un médecin d'une association spécialisée dans les interventions sur les problématiques de migration et de santé, n'a pas constaté de véritable plus-value pour les actions collectives. Celle-ci insiste sur le fait que le moteur des actions collectives est moins dans la traduction en soi que dans l'énergie, le dynamisme et les attitudes des acteurs de santé soucieux de se faire comprendre.

Ouvrir des cours d'alphabétisation spécifiques pour les migrants de plus de 60 ans, animés par des migrants eux-mêmes, de manière à exploiter les richesses des contenus linguistiques des langues africaines actuelles et faciliter l'appropriation du français.

Questionner la notion de communauté pour améliorer la communication entre les acteurs : résidents, intervenants sociaux et partenaires

▪ « LES migrants ne forment pas UNE communauté »

Comme le rappelle une médiatrice « *les migrants ne forment pas une communauté*³⁰ », ajoutant que pour certains partenaires extérieurs « *la notion de communauté est perçue de façon très monolithique, comme si elle était aisée à mobiliser en bloc. Parfois, dans le même ordre d'idée, ce bloc constitue l'entité à casser* ».³¹

Ces images et représentations se relèvent d'autant plus prégnantes, que les partenaires sont à distance des populations, n'en retenant que le fait qu'elles partagent des conditions et un lieu de vie, ainsi qu'un statut parfois, celui de travailleurs migrants, souvent éloignés de leur famille. Il est intéressant de constater que les résidences sociales amoindrissent ce sentiment de communauté unique et compacte. Les conditions de vie, la nouveauté des infrastructures participent de cette évolution dans les représentations, quand bien même les résidents, eux, conservent les mêmes caractéristiques.

Les actions de santé doivent à tout prix se défaire de ce type de représentations pour gagner en pertinence, en développant une conscience de la diversité des situations, accueillies dans les structures, des multiples origines et/ou parcours de migration et de vie, des modes de sociabilité, etc.

La tendance à réduire la notion de communauté à des groupes cohérents et passifs est contreproductive et inopérante, notamment lorsqu'il s'agit d'éducation à la santé et de recours aux soins des individus.

Les migrants interrogés insistent par exemple souvent sur le fait « *qu'il n'y a que peu de mélange entre les africains et les arabes.* » Parfois aussi, des résidents très critiques les uns envers les autres, comme en témoignent ces propos « banalisés » dans le quotidien :

- « *Les arabes sont capables de rester 2 ou 3 jours dans la chambre, ils mangent seuls. Pour nous, c'est pas bon, c'est la honte, les arabes sont bizarres.* »

Les médiateurs rappellent par ailleurs que les différents groupes culturels, loin de constituer une entité homogène et solidaire, s'affrontent également au travers de jeux de pouvoirs, comme de prestige « *où les échanges et les circulations liés à l'argent tiennent, en particulier, une très grande place* ».

Enfin, face à l'afflux de migrants extérieurs, les migrants en titre se trouvent face à une perte de contrôle de leur espace de vie, d'où une demande, de plus en plus accrue, de protection de ces migrants sur ces problèmes de sur-occupation. Les conflits intérieurs à la résidence subsistent, notamment, à propos des commerces ou du contrôle du comité de résident.

³⁰ Propos échangés entre les médiateurs présents à la réunion de travail et de restitution des résultats intermédiaires de la présente étude, le 4 mars 2014.

³¹ Idem.

Repères Anthropologiques

Communauté..... ou communautaire ?

La communauté peut être définie comme « un ensemble de personnes et de groupes qui partagent des besoins, des intérêts et des fonctions en commun ». Cependant, les sociétés dont sont originaires les migrants sont plus ou moins stratifiées et hiérarchisées, et régies par des règles sociales et morales communément partagées. Les membres de ces communautés respectent le plus souvent ces règles d'organisation.

Dans le contexte de l'émigration, ces organisations communautaires sont soumises à des modifications sous l'influence des conditions de vie spécifiques en foyer et aussi par les interférences avec le modèle social et culturel de la société d'accueil. Le fonctionnement communautaire est donc à appréhender comme un fonctionnement particulier distinct des représentations et des définitions fixées et figées dans une vision classique du modèle traditionnel.

▪ Le défi interculturel pour les intervenants médico-sociaux

Les cultures sociales dont sont originaires les migrants interrogés dans le cadre de cette étude reposent sur des organisations qui privilégient les modalités de communication articulant en permanence informel et formel.

Le défi interculturel pour les intervenants médico-sociaux va consister à passer de l'image de l'informel définie comme du transgressif et de l'archaïque, à une conception de systèmes réels et ressources sur lesquels s'appuyer pour travailler avec les résidents rattachés à ces communautés.

Enfin, la représentation du communautaire, devrait s'enrichir en se complexifiant car les communautés ne constituent pas des systèmes stables et homogènes. Elles sont avant tout ambivalentes et traversées par des rapports sociaux éventuellement conflictuels et de fait, toujours changeant.

Ces mouvements permanents invitent donc à redécouvrir le système de référence en place, sa cohérence et sa pertinence, réactualiser son propre niveau de connaissance, pour comprendre et agir.

Bibliographie sélective

IMMIGRATION, SANTE, FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS

« Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants », Djamel CHERIDI, *in* Revue Ecart d'identité N°94, Hiver 2000-2001.

« Des logements à part pour migrants âgés ? Réflexion sur la mise à l'écart résidentielle des migrants âgés isolés », Karine MESLIN, *in* Revue Espace populations sociétés, 2010/1 (p. 120 – 130).

« Diagnostic Socio-Sanitaire sur les foyers de travailleurs migrants, Groupe de recherches et de réalisations pour le développement rural », éd. Association Raconte-nous.
<http://raconte.nous.free.fr/siteweb/racontenous/spip.php?article46>

« Diagnostic sur les besoins de santé des habitants de Mitry et du Gros saule, Ville d'Aulnay-sous-Bois (Direction des services de santé, gérontologie, handicap, animation senior et SCHS) », 2011.

« Hors thème - Les immigrés vieillissant en foyer pour travailleurs ou les habitants de nulle part », Choukri HMED, *in* Revue Retraite et société 1/2006 (n° 47), p. 137-159.

« L'accompagnement des migrants vieillissants dans un foyer d'hébergement : une priorité », Ludovic SAUTREUIL, Ecole Nationale de la Santé Publique, Cafdes 2010.

« La double absence – Des illusions de l'émigré à la souffrance de l'immigré », Abdelmalek SAYAD, éditions du Seuil, 1999.

« Le grand âge en foyer de migrants : nouvelles figures, nouveaux enjeux », Marc BERNARDOT, Maître de Conférence en sociologie, Lille 1- CLERSE.

« Le sport en psychiatrie, bon pour la santé, bon pour le vivre ensemble », Dossier INPES sur la promotion de la santé, *in* La santé en action, n° 424.

« Le vieux, le fou et l'autre, qui habite encore dans les foyers ? », Michelle GUILLON, Rosita FIBBI, Claudio BOLZMAN, Marc BERNARDOT, *in* Revue européen des migrations internationales, Vol 17, Année 2001, p. 151-164.

« Les interventions sociales, sanitaires et culturelles dans les foyers de travailleurs migrants à Paris », Mairie de Paris (Délégation à la politique de la ville et à l'intégration), mai 2006.
<http://www.apur.org/sites/default/files/documents/206.pdf>

« Précarité des Maghrébins vieillissant dans les foyers Sonacotra », Simone RIDEZ, Alain COLVEZ, François FAVIER, *in* Le sociographe, 9, 2002 / 13.

« Une intervention sociale et infirmière pour les migrants âgés des résidences Sonacotra », Valérie CAPELLE, *in* Soins Gérontologie Vol 11, N° 60 – août 2006, p.34.

REPERES ANTHROPOLOGIQUES

« Afrique ambiguë », Georges BALANDIER, Plon, Paris, 1957.

« Confrontation entre science et vivant, n° spécial : "Normal et Pathologique: où se trouve la frontière aujourd'hui?", Sylvie FAINZANG, in Publication du Pôle Universitaire Européen (Montpellier et Languedoc-Roussillon), 1999, n°1: 9-12.

Entretien avec Alfred SPIRA - Directeur de l'Institut de recherche en santé publique, in La santé de l'homme N° 397 /, INPES, sept.-oct. 2008, p. 27.

« La pharmacopée sénégalaise traditionnelle », J.KERHARO, Ed Vigot, 1974.

« Le corps et le sacré en Orient musulman », dir. Catherine Mayeur-Jaouen et Bernard Heyberger, Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée, 2006.

« Masculin, Féminin - La pensée de la différence », Françoise HERITIER, Editions Odile Jacob, Paris, 1996.

« Psychiatrie dynamique africaine », SOW, Ed Payot, 1977.

OUTIL(S) DE REFERENCE

« Migrants/étrangers en situation précaire - Soins et accompagnement, Guide pratique pour les professionnels », COMEDE – Comité médical pour les exilés
www.comede.org

APPROCHES DE SANTE COMMUNAUTAIRE

« Développer des pratiques communautaires en santé et développement local », Bernard GOUDET, Editions Chroniques sociales, Lyon, 2009.

« Médecine et religions. L'accompagnement médical dans le respect des croyances de chacun », Dir. Maurice CROUZET, Editions Siloë, 1998.

« Santé publique, santé communautaire », (2ème édition), Stéphane TESSIER (dir.), Jean-Baptiste ANDREYS, Marie-Adèle RIBEIRO, éditions Maloine, 2004.

« Soigner les exclus - Identité et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits », Isabelle PARIZOT, PUF, Paris, 2003.

« Traité de Santé Publique », François BOURDILLON, Gilles BRUCKER, Didier TABUTEAU, édition Médecine-Sciences Flammarion, 2007.

« Une démarche d'accompagnement santé pour les personnes immigrées vieillissantes »,
Alix LANDRY, Laurence LIONNET, Anne-Laure CALVET, Annie LIBER, *in Soins Gériatrie*, Vol 15,
N° 82, mars-avril 2010, pp. 29-31.

« Une éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques », Dorothee
ROMAND et Nadine BACLET, *in Revue La santé de l'homme* n°392- 2007.

« Une intervention sociale et infirmière pour les migrants âgés des résidences Sonacotra »,
Valérie CAPELLE, *in Soins Gériatrie* Vol 11, N° 60, août 2006, p.34.