

PRÉVENTION ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

PRÉVENTION, EXIL ET CULTURES

La prévention des risques et maladies répond à une logique universelle, influencée par la culture : culture du pays d'origine et du pays d'asile, culture de l'exil et culture de la précarité. Cette culture « mixte », toujours en cours d'expérimentation, ne permet toutefois pas d'en déduire les formes singulières de l'individualité, chaque personne développant ses propres stratégies pour améliorer sa situation. Pour avoir un minimum d'impact, comme pour tout patient, les actions de prévention doivent tenir compte du contexte global de l'individu.

VOIR AUSSI *Vulnérabilité et épidémiologie* page 19

CULTURE DE L'EXIL, CULTURES EN EXIL

Exil et exclusion : une culture de la survie. L'expérience de l'exil et de la migration (voir page 16) modifie la perception des risques et diminue la réceptivité aux messages de prévention, et ce d'autant plus que l'information est délivrée dans une langue qui n'est pas familière (voir *Interprétariat* page 28). En outre, cette expérience est vécue par les migrants/étrangers en séjour précaire dans un contexte d'exclusion juridique et sociale qui donne un rôle prioritaire à la gestion des risques immédiats par rapport aux dangers situés dans l'avenir (voir *infra* tableau). Cette situation n'empêche pourtant pas l'attention relative aux risques ultérieurs et leur prévention, pour autant que la survie soit assurée au quotidien.

HIÉRARCHIE DES PEURS ET DES BESOINS FACE À L'EXIL ET À L'EXCLUSION

CRAINTES, PEURS	RÉPONSES AUX BESOINS
« J'ai peur d'être expulsé, de retrouver l'enfer »	→ Protection contre l'éloignement
« J'ai faim, j'ai froid »	→ Des repas, un toit
« Je souffre »	→ Accueil et soins
« Je suis inutile »	→ Un statut administratif ouvrant droit au travail
« J'essaye de me reconstruire »	→ Des liens nouveaux, un avenir

Une prévention normative, qui entend agir sur la modification première des comportements, risque d'être contre-productive.

Les actions de prévention conduisant à la culpabilisation du patient ou d'un public cible sont d'autant moins efficaces qu'elles peuvent occulter d'autres facteurs d'environnement dont l'influence est pourtant déterminante. Lorsqu'elles se rapprochent de préceptes religieux, de telles actions peuvent conduire à la mise à distance de l'individu avec le groupe, entraînant d'autres effets délétères sur la santé. Elles peuvent entraîner les plus graves conséquences lorsque l'élimination du « mal » comme objectif se confond avec l'élimination, réelle ou virtuelle, des personnes qui en seraient les vecteurs.

Une prévention « efficace » tient d'abord compte des représentations et croyances de l'individu à qui elle est destinée.

Or toute personne a besoin de donner un sens à sa santé comme à l'expérience de la maladie et des malentendus peuvent survenir entre l'approche occidentale et les cultures d'origine. Le rationnel et l'irrationnel coexistent dans toute culture, et ces deux registres d'explication complémentaires sont tout autant fonctionnels. Ainsi, le recours au praticien traditionnel n'est pas incompatible avec la demande de soins allopathiques. Dans la plupart des civilisations coexistent deux systèmes d'interprétation de la maladie, les « maladies de malédiction », souvent subies de manière fataliste, et celles expliquées par des facteurs naturels, « scientifiques » et/ou sociaux.

Les bénéfices secondaires de la maladie peuvent influencer le rapport du sujet aux questions de prévention.

Ainsi le bénéfice réel ou supposé de l'expression de la souffrance est au cœur du paradoxe du « besoin » de certificat médical destiné à la demande d'asile. En matière de droit au séjour pour raison médicale, les objectifs sociaux et médicaux de la prise en charge peuvent se trouver en opposition, lorsque la guérison peut faire « perdre les papiers ». Enfin, dans certains cas, la maladie est l'occasion pour la personne malade, souvent « possédée », d'entrer en communication avec les esprits et/ou de devenir elle-même thérapeute. Toute maladie ou tout handicap peut être vu comme un attribut de puissance, une élection par les génies ou les dieux, une manière d'être proche de Dieu.

LES CONDITIONS DE LA PRÉVENTION

Le risque majeur, pour l'intervenant, est d'être mal compris, c'est-à-dire inefficace. Il est nécessaire de prendre conscience de ses propres références culturelles, et de tenir compte des éventuelles différences avec celles du migrant/étranger. Quelle

LIVRET DE SANTÉ BILINGUE EN 23 LANGUES, COMEDE, DGS ET INPES

Disponible en français, albanais, anglais, arabe dialectal maghrébin, arménien, bengali, bulgare, chinois mandarin, créole haïtien, espagnol, géorgien, hindi, kurde, ourdou, portugais, pular, roumain, russe, serbe, soninké, tamoul, turc et wolof.

Commandes auprès de l'Inpes (diffusion gratuite) :

Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 SAINT-DENIS Cedex.

Peut être consulté sur le site internet de l'Inpes.

que soit la culture d'origine, l'intervenant doit consacrer du temps à essayer de comprendre ce que la personne sait ou croit, plutôt que chercher à conseiller tel ou tel comportement. Il est plus utile alors d'appuyer son propos sur des remarques faites par la personne elle-même, qui vont dans le sens d'une protection de sa santé, que de vouloir changer des repères qui peuvent être importants pour elle. On veillera alors à n'insister que sur ce qui représente une menace grave pour sa santé, comme l'infection à VIH. Pour travailler sur les stratégies à mettre en œuvre, il importe que le soignant et le malade communiquent bien. La compétence et la neutralité d'un interprète professionnel sont particulièrement recommandées (voir *Interprétariat* page 28).

Pour assurer sa légitimité, chaque intervenant doit préciser sa fonction et sa compétence (médecin, infirmière, interprète...). Le migrant n'attend pas du médecin qu'il se transforme en marabout ou en guérisseur, qu'il ira consulter s'il le souhaite. Favorisée par l'écoute, la participation du sujet est essentielle, dans le colloque singulier de la consultation comme dans les réunions de groupe. Lorsque les conditions de la consultation médicale ne permettent pas d'aborder les questions de prévention (priorités thérapeutiques et administratives, temps, communication), des consultations spécialement dédiées à l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique, effectuées par une infirmière ou un médecin si besoin avec un interprète, se révèlent très appréciées des patients.

Pour des personnes en situation d'exclusion et/ou de grande précarité, la consultation médicale représente une opportunité rare d'échange autour des questions de prévention. Aussi, quel que soit le motif de la consultation, il est fondamental que la prévention soit abordée en toute occasion non seulement dans les dispositifs de santé publique mais également dans les dispositifs de soins auxquels les migrants/étrangers ont recours : cabinets médicaux, centres de santé, services hospitaliers et Pass (Permanences d'accès aux soins de santé) de l'hôpital public.