

Maux d'exil

Billet

Une éthique de la fragilité¹

Défini comme une adhésion à des valeurs, recommandations, principes qui donnent sens à l'action collective, le questionnement éthique se trouve au cœur des analyses, expériences et témoignages rapportés par ce dossier de *Maux d'Exil*. Des thèmes forts commencent à construire une éthique de la promotion et de l'éducation pour la santé.

D'abord, les savoirs et compétences des exilés s'inscrivent complètement dans cette dynamique de santé. Dans les situations de précarité, ce n'est pas un luxe car leurs connaissances permettent de tisser des relations où ils deviennent acteurs de leur destin. Ensuite, l'éducation à la santé se constitue en espace de discussion critique, avec une vigilance particulière sur nos perceptions moralisatrices : les conflits de valeurs doivent être reconnus afin de poser les ressources et les limites des interventions en santé publique. Enfin, l'hospitalité se traduit par la mise à la disposition des hôtes accueillis de tout ce qui répond à leurs besoins essentiels. Elle habite ou devrait habiter nos pratiques à l'égard des exilés : elle est parfois si présente qu'elle est « oubliée » par l'évidence de son affirmation ; elle est aussi réellement oubliée par les méfiances ou suspicions qui ravagent l'accueil inconditionnel.

Compte tenu de la situation de précarité vécue par les exilés et de l'importance de cet engagement éthique, nous évoquerons une *éthique de la fragilité* afin de tracer trois chemins complémentaires : l'exigence d'une boussole quotidienne qui puisse qualifier les conséquences des actes posés ou proposés ; la résistance aux inégalités, toujours instable et jamais acquise ; l'ouverture à des valeurs humanistes : respect de la dignité, liberté, égalité, solidarité, tolérance, responsabilité.

Philip Aïdan
Directeur adjoint du Comede

(1) Corcuuff P., *La société de verre. Pour une éthique de la fragilité*, Armand Colin, 2002.

DOSSIER : EDUCATION POUR LA SANTE, ENTRE EXIL ET PRECARITE

En santé publique

Promotion de la santé des exilés : est-ce bien raisonnable ?

Patrick Lamour

Médecin de santé publique, Directeur du Credeps¹ Nantes,
Vice-Président du Comede.

« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- > se loger ;
- > accéder à l'éducation ;
- > se nourrir convenablement ;
- > disposer d'un certain revenu ;
- > bénéficier d'un écosystème stable ;
- > compter sur un apport durable de ressources ;
- > avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. »



Reproduit avec l'aimable autorisation de l'Inpes et de Boul.

Il ne s'agit pas là d'un plaidoyer militant signé par quelques associations, mais bien du premier paragraphe de la Charte d'Ottawa, adoptée en séance plénière le 11 novembre 1986 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Vingt ans plus tard, si cette charte fait toujours débat dans les milieux professionnels de la santé publique,

certaines analystes soutiennent qu'elle a marqué l'avènement de la « troisième révolution de la santé publique », après la première qui s'était attaquée aux maladies infectieuses et la seconde aux maladies de civilisation.

(1) Credeps : Centre régional et départemental d'éducation et de promotion de la santé, www.sante-pays-de-la-loire.com

En santé publique | suite

Prévu en octobre 2006 à l'occasion des Journées de santé publique au Québec, un symposium s'interroge pour savoir si cette déclaration n'est qu'un ensemble de vœux pieux inapplicables, ou si elle a fait la preuve de son efficacité. Sans attendre les conclusions de ce travail, force est de constater que les exilés aujourd'hui en France ne bénéficient pas des « conditions indispensables à la santé ». Seuls 20% des demandeurs d'asile sont hébergés par le Dispositif national d'accueil ; l'accès à l'éducation pour les enfants d'étrangers sans papiers est fortement remis en cause selon les témoignages du Réseau éducation sans frontières ; on ne peut « compter sur un apport durable de ressources » sans autorisation de travail pour la plupart des étrangers en séjour régulier mais précaire ; enfin les témoignages recueillis chaque jour dans les consultations du Comede et de ses partenaires associatifs démontrent l'injustice sociale et la discrimination dans le traitement des étrangers.

> Prendre en compte la stratégie de la charte d'Ottawa

Dès lors, comment travailler pour « la promotion de la santé des exilés », comment proposer des séances d'éducation pour la santé dans un tel contexte ? Cette charte de l'OMS était destinée autant aux pays du Sud qu'aux pays occidentaux. Elle a eu le mérite d'y répondre en proposant un cadre global dans lequel l'éducation pour la santé ne s'inscrit que comme une des cinq stratégies qui concourent à la promotion de la santé, aux côtés de l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement d'actions communautaires et la réorientation des services de santé.

Les professionnels intervenant auprès des migrants/étrangers en situation précaire peuvent sans doute proposer des interventions d'éducation pour la santé s'il savent tenir compte, sans vouloir tout « prendre en charge », de chacun des quatre autres axes stratégiques, illustrés par les exemples suivants :

■ Les travaux d'organisations comme le Comede et de collectifs associatifs comme l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) permettent de mesurer les effets des politiques d'aujourd'hui sur la santé des exilés. Peut-être inspireront-ils un jour quelques

décisions politiques courageuses qui auraient un impact bien plus décisif sur la santé que l'apprentissage des méfaits du tabac ou des menus équilibrés.

■ Les consultations au Comede assurent de façon quotidienne une vigilance sur le respect des procédures d'accès aux soins, participant ainsi à la « *la création d'environnements favorables* ».

■ Les interventions de l'équipe, dans le cadre de formations auprès de personnels de la santé et du social, concourent à « *la réorientation des services de santé* », ce dont témoigne également le succès de la diffusion du Guide Comede.

Agir ainsi, en partenariat avec de nombreux acteurs de la vie sociale, ne produit pas toujours les résultats que l'on souhaiterait obtenir au regard des besoins. Ces exemples nous rappellent que l'éducation pour la santé n'est qu'un maillon d'un ensemble de mesures bien plus vaste, hors du strict champ des soins de santé. Aucun professionnel confronté à des publics en exclusion ou en grande précarité ne peut échapper à une interrogation que l'on pourrait illustrer par cette question concrète : « *Pourquoi serait-il plus urgent, pour des professionnels de santé, de s'intéresser au tabagisme, au dépistage du cancer du sein, voire au statut vaccinal contre l'hépatite B des personnes en situation de grande difficulté sociale, plutôt qu'à ce qui a engendré leur précarité ?* ».

Dans ce contexte, sous quelles conditions est-il possible de faire bénéficier les demandeurs d'asile et autres exilés de séances d'éducation pour la santé ? Les définitions de l'éducation pour la santé sont nombreuses et font débat, mais retenons celle d'un récent Plan National², selon laquelle les interventions de proximité ont « pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité ». Dès lors, la situation sociale particulière dans laquelle se trouvent les exilés en France renforce l'importance de respecter quelques concepts fondamentaux d'éducation pour la santé :

■ **Les interventions se construisent en réponse à une demande...** Et non pas seulement en réponse aux besoins identifiés par des indicateurs épidémiologiques qui obsèdent parfois nos institutions publiques. Quel sens y aurait-il à vacciner systématiquement les patients du Comede contre la grippe, plutôt que de les aider, aussi systématiquement, à obtenir

des « papiers » quand ils y ont droit, première demande exprimée par tous les patients, et sésame indispensable à un début de « vie sociale normale » (pouvoir se déplacer, accéder alors à un travail, etc.). Doit-on, en priorité, éditer un document en langue maternelle sur l'importance du préservatif dans la prévention du Sida, ou faire le choix de traduire des informations essentielles pour leur recherche de logement ou l'ouverture des quelques droits qui leur restent à la protection sociale. Le Comede a fait le choix d'éditer les deux³.

■ **Les interventions collectives prennent le temps de tenir compte des représentations.**

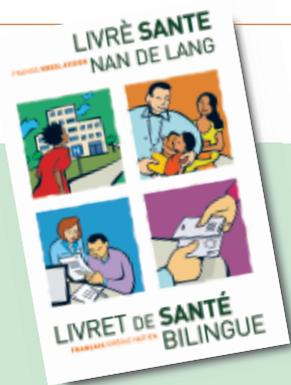
Ce concept, valable pour tout public, semble particulièrement indispensable quand on s'adresse à des personnes d'autres cultures, récemment arrivées en France, tant l'origine et les racines culturelles imprègnent et construisent des habitudes de vie dont on peut difficilement imaginer vouloir, si ce n'est les changer, du moins les interroger sans en tenir compte.

■ **Les projets développés s'attachent à faire participer les individus à la construction même des messages qui leur sont destinés.** C'est un principe pédagogique indispensable pour « mieux apprendre », confirmé par les recherches en sciences de l'éducation et mises en œuvre par les « pédagogies nouvelles ». Cela semble particulièrement intéressant pour des publics dont la culture d'origine s'accorde souvent bien avec ce principe de participation.

■ **L'éducation pour la santé « encourage et valorise » des savoirs, savoir-faire et savoir-être.** Si les actions d'éducation pour la santé peuvent permettre aux individus et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé, elles s'attachent aussi à valoriser les compétences des individus avant de s'acharner à vouloir changer des habitudes de vie. Les exilés vivent dans un contexte de dévalorisation quotidienne, parfois de racisme, qui aggrave le poids des déterminants aussi fondamentaux sur la santé que sont l'image ou l'estime de soi. Des interventions individuelles ou collectives qui s'attachent d'abord à souligner ce que chaque exilé arrive à faire de positif pour sa santé contribuent certainement à promouvoir leur santé. ■

(2) Le Plan National d'Éducation pour la Santé (2001) a inspiré des Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) qui contiennent souvent des volets spécifiques sur la santé des migrants.

(3) Voir Livret de santé bilingue ci-contre.



PARUTION DU LIVRET DE SANTE BILINGUE EN 23 LANGUES

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

Edité par Comede, la Direction générale de la santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), avec le concours de l'Anaem, la Cimade, Médecins du Monde et le Secours catholique, ce livret de santé bilingue s'inscrit dans la suite du partenariat ayant conduit à l'édition du Guide Comede 2005 de prise en charge médico-psycho-sociale. Il est destiné à être remis par les professionnels de la santé et du social aux migrants/étrangers en situation précaire qui s'adressent à eux, et tient compte des divers facteurs de vulnérabilité qui affectent leur santé. Ces facteurs conduisent notamment à des difficultés spécifiques d'accès aux services de prévention et de soins. Les obstacles à la prévention retardent le recours au soins et le dépistage de maladies plus fréquentes dans certaines populations exilées que dans la population générale.

Les 3 premières parties du livret abordent successivement les questions relatives à l'accès aux soins (« Pour se soigner »), les informations prioritaires de prévention médicale pour cette population (« Pour veiller à sa santé »), et les principales ressources nécessaires aux plus démunis (« Pour un soutien juridique et social »). Surtout, ce livret est conçu comme un carnet de liaison entre la personne et les différents intervenants dans sa prise en charge : médecin, assistante sociale, association de soutien, PMI..., tout en proposant des informations pratiques pour les démarches (cartes de métro, agenda).

Commandes auprès de l'Inpes (diffusion gratuite) : Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93 203 Saint-Denis Cedex.

A l'hôpital

L'hospitalité : une mission d'intérêt général

François Martin, Olivier Brasse, Elizabeth Florentin, Arnaud Plat, Florence Da Silva

Pôle addictologie, prévention et éducation (PAPE) du Centre Hospitalier Victor Jousselin, Dreux

La complexité des procédures d'accès aux soins, des prises en charge éclatées, une offre de soin peu lisible : l'accès aux soins hospitaliers des populations vulnérables et en particulier des populations immigrées est de plus en plus difficile. A 80 kilomètres de Paris, le Centre Hospitalier de Dreux (Eure-et-Loir) a profité de la réorganisation hospitalière en cours pour mettre à la disposition du public une unité hospitalière regroupant différentes activités, traditionnellement éclatées, marginales, peu visibles, définies sous le qualificatif de mission d'intérêt général par les textes réglementaires (Décret n°2005-336 du 8 avril 2005).

> Adapter l'hôpital aux besoins des populations vulnérables

Outre la réforme des modalités de financements de l'hôpital par la tarification à l'activité (TZA), la réforme en cours prévoit la possibilité de réorganiser les services et unités de soins en fonction des besoins, pourvu qu'il existe une cohérence médicale, organisationnelle, de gestion. L'ensemble des cadres administratifs de planification sanitaire (SROS¹, PRSP², Conférence médicale de territoire) insistent sur la nécessité d'adapter les établissements de santé aux besoins de santé des populations concernées. Force est de constater les difficultés de mise en œuvre de ce louable objectif, les besoins de santé étant le plus souvent réduits à l'accès de la population à des plateaux techniques gradués, voire à de rares prestations médicales en rapport avec l'état catastrophique de la démographie médicale (autant hospitalière qu'ambulatoire). Les prestations hospitalières (TZA oblige) étant désormais identifiées à des actes techniques diagnostiques ou thérapeutiques, il est de plus en plus malaisé de trouver un lieu de soins, une équipe de profes-



sionnels acceptant de prendre en charge dans leur globalité les besoins de santé des populations vulnérables.

Un travail effectué il y a une dizaine d'années au Centre Hospitalier de Dreux avait bien montré la nécessité, pour l'hôpital, complémentairement aux prestations du modèle biomédical,

(1) Schéma régional d'organisation des soins
(2) Programme régional de santé publique

A l'hôpital | suite

d'enrichir celles-ci dans les domaines social, psychologique, éducatif, afin de mieux répondre aux besoins de santé des patients³. Dans le cadre de la réorganisation en pôle, une équipe d'une vingtaine de professionnels de santé du Centre Hospitalier de Dreux (praticiens hospitaliers, médecins généralistes, psychologues, assistante sociale, infirmières d'éducation, addictologues, diététiciennes, secrétaires, documentaliste, coordinatrice) ont décidé de se regrouper dans une même entité organisationnelle afin de mettre en pratique ce modèle global bio-médico-psycho-social. Essentiellement orienté vers des activités externes (consultations médicales, para-médicales, réunions de groupe de patients, actes externes), ce Pôle addictologie, prévention, éducation (PAPE) répond aux besoins d'environ trois mille usagers par an.

> Pluridisciplinarité et proximité

Le dispositif PASS⁴ reçoit 320 nouveaux patients par an dont 54% sont des personnes en situation irrégulière ou titulaires d'un récépissé, 76% n'ayant pas de couverture santé au premier rendez-vous. Ce dispositif PASS avec 748 interventions sociales annuelles permet 100% d'ouverture de droits. La présence dans une même unité de lieu, de professionnels et de moyens logistiques (salle d'éducation, outils pédagogiques) permet un meilleur repérage par les usagers avec une meilleure continuité dans la prise en charge par les différents intervenants : la continuité PASS / CLAT⁵ – CIDDIST⁶ – Centre de vaccinations permet par exemple une veille efficace du dispositif de prévention voire de prise en charge de pathologies comme la tuberculose et le VIH. Vingt-cinq nouveaux cas annuels de tuberculose bacillifère sont diagnostiqués et suivis, confirmant le constat national du maintien de l'incidence notable de la tuberculose dans les populations précarisées. Le suivi des résidents du foyer Sonacotra, en

particulier parmi les anciens combattants de l'armée française, donne lieu chaque année à des dépistages de tuberculose voire de cancer bronchique. Des interventions régulières sous forme de table ronde, avec des outils pédagogiques adaptés sont faites auprès de cette population, y compris avec les associations d'anciens buveurs pour les problématiques d'alcoolologie. Les outils de l'éducation thérapeutique que sont le diagnostic éducatif et les réunions de groupe permettent une meilleure connaissance des représentations des patients et une meilleure implication dans la gestion de leur pathologie (asthme, groupe d'aide à l'arrêt du tabac). Les professionnels du Pôle addictologie, prévention, éducation, interviennent également dans le cadre du Diplôme Universitaire « d'Éducation pour la Santé/Éducation Thérapeutique ». Les pré-requis, concernant la clinique de l'altérité en situation de précarité, sont abordés dans plusieurs unités d'enseignement. Nous insistons en particulier sur les aspects d'expression et d'identification des symptômes, sur l'explicitation des différences entre la relation de soin et la relation éducative, ainsi que sur l'éthique relationnelle (présence, différence, équivalence). Ces différents aspects font l'objet d'une unité d'enseignement et d'un staff clinique mensuel multidisciplinaire et multiprofessionnel. Appréhender la capacité d'accueil et de prise en charge des exilés et de l'ensemble des populations précarisées est pour l'hôpital, à l'heure de la tarification à l'activité, le critère d'évaluation de sa mission historique d'hospitalité. ■

DIPLOME UNIVERSITAIRE ÉDUCATION POUR LA SANTE / ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Voir www.cesel.org

Public : professionnels en activité des secteurs sanitaire, éducatif, social (20 places) étudiants (10 places).

Méthodes pédagogiques : techniques d'animation interactives, mises en situations, échanges de pratiques (2/3) exposés (1/3).

Contenu pédagogique :

> Tronc commun (13 jours) : Santé et comportements de santé ; L'éducation pour la santé en santé publique ; Méthodologie de projet en promotion de la santé ; Santé, éducation pour la santé et précarité.

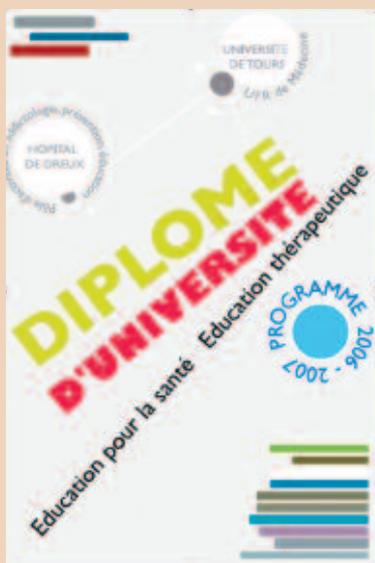
> Option 1 : Éducation pour la santé et santé communautaire (14 jours).

> Option 2 : Éducation thérapeutique et maladies chroniques (14 jours).

Lieu : Chartres (Antenne scientifique Universitaire - ASUC), sauf session d'octobre à Tours.

Durée : 196 h réparties d'octobre à juin (27 jours), plus 3 jours de stage.

Validation du DU : évaluation continue (2 oraux). Présentation d'une démarche de projet (1 écrit+1 oral).



Prix : Formation initiale 500 € ;

Formation continue 1700 € ; droits administratifs. 180 €.

Renseignements pédagogiques :

Florence Da Silva : fdasilva@ch-dreux.fr ou 02 37 51 53 23.

Candidatures : Envoyer CV et lettre de motivation à Florence Da Silva, Unité de Prévention et d'Éducation – CH Victor Jousselein, 44 av. Kennedy 28102 DREUX Cedex (fax 02 37 51 54 81).

(3) Martin F., Moret L., Paris P., et al., Santé et précarité, *Éducation santé*, 01/1998, n°124, pp. 9-12

(4) Permanence d'accès aux soins de santé

(5) Centre de lutte anti-tuberculeuse

(6) Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 38 40 Fax 01 45 21 38 41
Email : contact@comede.org
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin.

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Veïsse.

Ont participé à la fabrication de ce numéro :
Philip Aidan, Gabrielle Buisson-Touboul, Guy Delbecchi,
Françoise Fleury, Patrick Lamour.

PARIMAGE, Paris - Imprimerie GRENIER, Gentilly.

Dans un
Centre de
santé

Histoires d'éducation santé pour des exilés malades

Florence Rouleau-Favre, Khalda Vescovacci

*Infirmière et médecin de santé publique, responsables des consultations d'éducation thérapeutique
au Centre de santé du Comede*

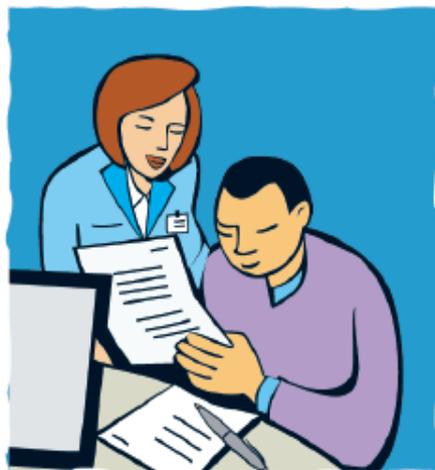
Pour pallier les carences en interprétariat dans la plupart des services hospitaliers spécialisés auxquels les patients ont conjointement recours, le Centre de santé du Comede développe depuis 2001 un programme d'éducation thérapeutique en langue maternelle pour les malades non francophones et récemment exilés en France. Les consultations sont actuellement consacrées aux patients atteints d'asthme, de diabète et/ou d'hypertension artérielle, et profitent également à des malades francophones en situation de grande précarité administrative et sociale.

En théorie, l'éducation thérapeutique doit permettre au patient d'acquiescer des connaissances, d'adopter un savoir-faire pratique et des comportements adaptés aux différentes situations pathologiques. Pour les exilés malades, l'accompagnement se révèle fondamental compte-tenu de leur situation de grande vulnérabilité. Il s'agit avec eux de faire « ce qui est possible » et d'envisager ce qui pourra être possible quand la situation changera. Nous cherchons à établir une sorte de « partenariat » avec les patients. La présence d'interprètes professionnels ou l'intervention directe dans la langue maternelle du patient permet une bonne compréhension par les deux partenaires, condition indispensable pour que les patients perçoivent ce que nous tenons compte de leur vécu.

> La peur du retour au pays

Originaire d'Asie centrale, Monsieur I. peine à prendre régulièrement des corticoïdes inhalés pour son asthme. Au cours du premier entretien dans sa langue maternelle, il nous raconte ses soucis : il craint d'être dépendant de ses médicaments, il a peur d'être renvoyé au pays, où il ne pourrait pas avoir le même traitement. Depuis cette séance, il prend son traitement sans plus de difficulté, ne fait presque plus de crises, alors qu'au pays il a été hospitalisé à plusieurs reprises.

Originaire d'Afrique de l'Ouest, Madame D. est



Reproduit avec l'aimable autorisation de l'Inpes et de Boul

exilée depuis 2 ans, et asthmatique depuis le pays. Pendant la séance d'éducation thérapeutique, elle fond en larmes. Elle décrit sa vie avant son arrivée en France. Elle sortait de chez elle avec un masque sur son visage pour ne pas respirer la poussière, en espérant éviter une crise. Ce genre de comportement était mal vu par les gens dans la rue. Elle restait enfermée dans sa chambre, car si elle sortait dans la cour avec sa famille, elle risquait de déclencher une crise d'asthme. Elle économisait la *Ventoline* par manque d'argent, alors que les corticoïdes inhalés lui étaient inconnus. Elle est persuadée de « mourir si [elle] rentre au pays ».

Lors de ces séances, nous découvrons également des problèmes de communication entre les patients et les médecins. Mauritanien non

francophone, Monsieur J. , avait consulté pour son asthme. Il doit prendre un nouveau médicament, mais n'a pas bien compris le fonctionnement de l'inhalateur. Au lieu de mettre les gélules dans l'appareil et d'inhaler le contenant, il les a avalés, pendant deux semaines. Heureusement, il n'y a pas eu d'effets secondaires. Après avoir compris son erreur, il a eu un moment de gêne. Il s'est excusé pour « la bêtise ». Nous voulons le rassurer : ce n'est pas de sa faute s'il n'a pas eu de démonstration, ni une simple explication de fonctionnement de cet appareil ! Il a rit avec soulagement.

> « J'aime beaucoup le fromage français »

Pour les maladies chroniques comme le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle, l'éducation thérapeutique s'appuie sur trois volets : médicaments, alimentation, activité physique. Mais dans cette population, l'alimentation est un sujet sensible. Nous avons observé que les patients parlent difficilement de leurs habitudes dans ce domaine, et ne souhaitent pas dévoiler les quantités qu'ils mangent. Parfois, ils ne font qu'un repas par jour. La plupart du temps, ils dépendent d'autres personnes, de leurs familles ou de compatriotes. Ils n'osent pas changer leurs habitudes alimentaires, même s'ils sont conscients des risques médicaux. Pourtant, de nombreux patients

Dans un Centre de santé

suite

diabétiques ou hypertendus ont besoin de perdre du poids, ce qui signifie souvent changer son mode d'alimentation, et renoncer à un plaisir rare... Pour les exilés, le plaisir de manger, la cuisine, sont des liens avec leur communauté, leurs racines, avec le monde « maternel », mais cela peut aussi être une compensation ou une découverte : « *J'ai tellement de soucis, d'ennuis* », nous a dit un jour un patient sri-lankais, « *mais j'aime manger, et j'aime beaucoup le fromage français* ».

Monsieur S., d'origine indienne, passe ses journées dans un temple sikh de la banlieue parisienne. Comme dans tout temple sikh, il existe une cuisine communautaire gratuite pour tous (Langar), à base de produits laitiers ainsi que toutes sortes de bonbons et de sucreries, desserts à base de lait, de beurre et de sucre, et différentes sortes de pains pour accompagner le thé. Le lait entier est le « *vrai* » lait, il a bon goût, le lait demi écrémé c'est comme de l'eau et « *on ne peut ajouter de l'eau à de l'eau (thé) n'est-ce pas ?* ».

Nous remarquons des situations surprenantes. Madame C, une dame qui n'a pas assez d'argent pour vivre, mais qui a l'espoir d'une vie et d'une santé meilleures, a acheté dans une librairie un livre de recettes pour les patients atteints de diabète. Elle le sort pendant sa dernière séance d'éducation thérapeutique et nous demande notre avis. Nous l'encourageons, mais peut-elle l'utiliser? A-t-elle les moyens d'acheter les aliments pour utiliser les recettes ?

Pour tous les exilés, et plus encore pour ceux qui souffrent de psycho-traumatisme consécutifs aux violences subies au pays, l'annonce d'une maladie chronique accentue le désarroi, et augmente les inquiétudes quant à l'avenir. Malgré son jeune âge, 25 ans, on dépiste une hypertension artérielle chez Monsieur A., d'origine congolaise, électricien, ceinture-marron de judo au pays. Il nous raconte sa tristesse depuis qu'il a perdu subitement sa mère, qu'il a été débouté de sa demande d'asile. Lui, le sportif, peut rester des journées sans sortir, buvant du coca tous les jours et s'alimentant

de viennoiserie et de fast-food. Ainsi, l'évaluation des conditions de vie du patient sont aussi importantes que celle des connaissances de la maladie. Il s'agit de donner des informations adaptées, en procédant par étapes, et en fixant des objectifs réalisables : « ne pas trop dire », « ne pas trop demander », « ne pas juger trop vite ».

> Vertus du sport, coquin de sport

Il est recommandé d'ajouter la pratique d'une activité physique aux propositions alimentaires pour normaliser la glycémie, la tension artérielle, et/ou perdre quelques kilos. Quand nous rencontrons avec l'interprète Monsieur R., Sri-lankais, 35 ans, il réside depuis 3 mois en France et souffre d'obésité avec une hyperglycémie modérée. Les premières séances d'éducation à la santé sont difficiles car Monsieur R. pleure beaucoup. Il est suivi en psychothérapie. Il a un regard fixe, perdu, oublie ses rendez-vous. A force de sollicitations de notre part, il finira par avoir un suivi régulier et se découvrira une motivation pour l'activité physique. Il ira jusqu'à faire une heure et demie de marche chaque jour dans un parc près de chez lui, s'achètera même des baskets et nous les fera admirer. Au fil du temps, il perd quelques kilos, son regard est moins triste. Mais un jour, il vient consulter, l'air abattu, voulant absolument nous voir. En faisant son jogging quotidien dans le parc, il s'est fait arrêter par un policier qui le suspectait de trafic de drogue. Il a été fouillé, ses baskets lacérées, a dû retourner chez lui pour vérification de son identité. Il a été choqué par sa mésaventure, et nous nous sentons un peu responsables...

Au delà des interdictions (jamais), des injonctions (quelquefois), des propositions (souvent), des transmissions de connaissances, nous recherchons une collaboration avec le patient, un accompagnement, « de petits arrangements » de la vie quotidienne. Nous voulons lui permettre de préserver son capital santé, de retirer un bénéfice psychologique, de se sentir responsable, capable de prendre des décisions, de se sentir moins assisté. Nous souhaitons que le temps de l'éducation thérapeutique se révèle un moment d'échanges privilégiés et qu'il aide le patient exilé à surmonter les autres difficultés de la vie quotidienne. ■

LES SERVICES DU COMEDE

☎ 01 45 21 38 40 🌐 www.comede.org

> **MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN**
L'abonnement est gratuit et les frais de diffusion sont pris en charge par le Comede. Merci de nous confirmer annuellement ou d'annuler votre abonnement en nous adressant un mail à contact@comede.org

> **ÉDITION DU GUIDE COMEDE, DESTINE AUX PROFESSIONNELS, ET DU LIVRET BILINGUE, DESTINE AUX MIGRANTS-ETRANGERS EN SITUATION PRECAIRE**
Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex. Versions informatiques en ligne sur le site www.comede.org

> PERMANENCE TELEPHONIQUE DU SUIVI MEDICAL

☎ 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour

> PERMANENCE TELEPHONIQUE DE L'ACCES AUX SOINS

☎ 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU, AME)

> FORMATIONS

☎ 01 45 21 38 25

Animées par les professionnels du Centre de santé, les formations proposées par le Comede portent sur la santé des exilés, le droit d'asile, et le droit à la santé des étrangers

CONSULTATIONS MEDICO-PSYCHOSOCIALES EN 20 LANGUES

au Centre de santé du lundi au vendredi, de 9h à 18h. M7 Le Kremlin Bicêtre, Hôpital de Bicêtre, Pavillon La Force, Porte n°7.

EN 2005, LES ACTIVITES DU COMEDE ONT ETE SOUTENUES PAR :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- La Direction générale de la santé ;
- La Direction de la population et des migrations ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- La Direction générale de l'action sociale ;
- Le Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations ;
- La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France ;
- Le Conseil régional d'Ile-de-France ;
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.

Dans les foyers de migrants

Vieillir dans la « double absence »¹

Omar Hallouche

Pharmacien, Anthropologue, Responsable du Groupe Migrants de l'Association de lutte contre le Sida, Lyon

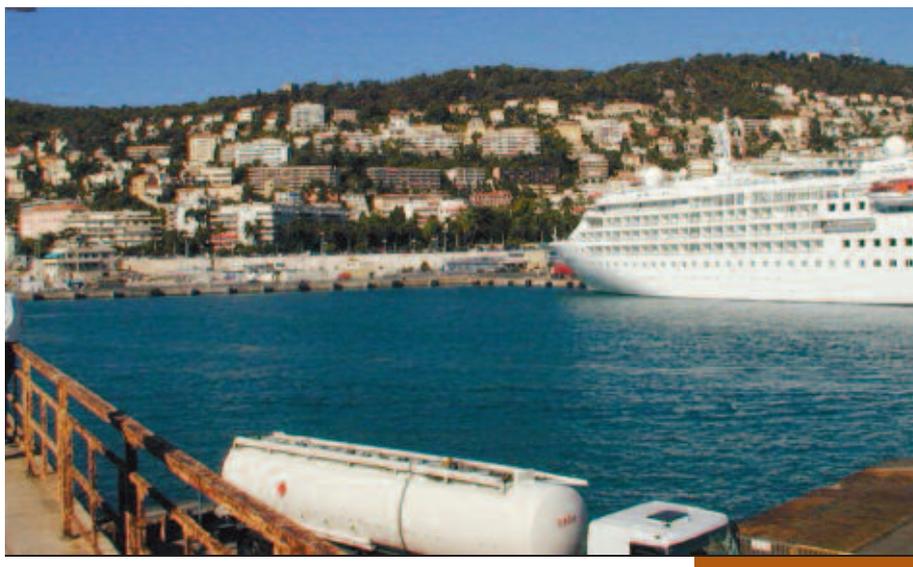
« Ni citoyens, ni étrangers, ni vraiment du côté du même, ni totalement du côté de l'Autre, ces immigrés de trop partout, et autant désormais dans leur propre société d'origine que dans la société d'accueil », Pierre Bourdieu²

> Des retraités pas comme les autres

Je suis arrivé en France à 18 ans. J'ai aujourd'hui 62 ans. Je n'ai jamais vécu avec ma femme et mes enfants »³. Farid est Algérien. Il fait partie des milliers d'immigrés isolés de leurs familles et de leur étayage culturel qui sont devenus des « pères à distance ». Ils n'ont connu que les baraques de chantiers, les « marchands de sommeil », les bidonvilles et enfin l'« habitat provisoire » des foyers. Farid n'a plus jamais retrouvé de travail stable depuis son licenciement en 1992. Comme lui, des milliers de « sans famille », sans qualification professionnelle, sont frappés de plein fouet par le chômage. La majorité d'entre eux vit au-dessous du seuil de pauvreté, ne possède pas de mutuelle et ne reçoit pas de retraite complémentaire. Farid est amer. « Ces hommes qui ont participé à la reconstruction de ce pays ont le sentiment d'avoir été jetés après avoir été pressés comme des citrons ». Les conditions de travail dures et leurs séquelles (handicaps, accidents du travail), la mauvaise qualité de vie et le mauvais état moral ont fait d'eux des « vieux avant l'heure⁴ ».

Ces « pères portefeuilles » qui continuent à économiser sur leurs maigres salaires pour faire vivre leurs familles restées au pays vivent comme une grande injustice les discriminations au moment du passage à la retraite ou au chômage. Ils restent couverts à titre individuel, notamment pour le remboursement des soins. En revanche, il en va différemment de leurs ayants-droit⁵.

Sans espoir de retrouver du travail, incapables de se projeter dans l'avenir, ils attendent la retraite et faute de solutions adaptées, font le « va et vient » entre les deux rives, seul moyen de bénéficier des avantages d'un environnement sanitaire et social en France perçu comme rassurant⁶. Il s'agit d'une solution par



défaut, pour continuer à bénéficier de leurs droits en France notamment en matière de santé. Ils ne « savent plus où ils habitent ». Ils vivent avec « la valise dans la tête », entre leur pays d'origine qui ne les attend plus et leur pays d'accueil où ils sont devenus des « invités encombrants ». Le mythe du retour-retraite réussi, longtemps entretenu, s'effrite.

Une fois la retraite acquise après un long « parcours du combattant⁷ », certains repartent définitivement. D'autres tentent, souvent sans succès, des regroupements familiaux.

> Foyers de travailleurs ou maisons de retraite ?

Malgré tous ces obstacles, la majorité des résidents n'envisage pas de vivre dans des résidences pour personnes âgées. Ceux qui ont perdu toute attache avec leur pays d'origine et leurs familles continuent à vivre dans les foyers, héritage de leur histoire migratoire, seuls lieux de sociabilité et de solidarité connus, qui se referment sur eux comme un piège et deviennent, de facto, leur « maison de retraite », quelquefois aussi leur mouvoir... Ceux-là

(1) Sayad A., *La double absence, Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Liber, Seuil, 09/1999.

(2) Préface du livre d'Abdelmalek Sayad, *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Ed De Boek, 1991.

(3) *Paroles d'hommes à trois voix, Entretiens avec 18 habitants de Vaulx en Velin*, Hallouche O., édition ASSFAM 2003.

(4) Une recherche de la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse), montre le caractère précoce du vieillissement des travailleurs immigrés en le reliant notamment à la pénibilité des travaux effectués.

(5) Il ne peut bénéficier de ses droits que s'il réside dans son pays d'origine avec sa famille ou si sa famille vient le rejoindre en France. Le retraité perd en outre tous ses droits aux allocations familiales pour ses enfants mineurs parce qu'il n'est plus considéré par les textes français comme travailleur.

(6) Hallouche O., Bonnardel A., *Recherche-action sur le vieillissement* – Aralis, 2004

(7) Les carrières des résidents comportent souvent des « trous » parce que les emplois n'ont pas tous été déclarés, notamment à l'URSSAF, les employeurs ont été multiples, les salaires très bas, les périodes de chômage nombreuses, les accidents du travail et les maladies professionnelles fréquents. Document CRAM Rhône-Alpes.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LA SANTÉ DES MIGRANTS EN FOYERS

DOCUMENTS NATIONAUX (RENCONTRES, REVUES, ÉTUDES) :

- René Ballain, *Vieillir et mourir dans l'émigration*, Ecarts d'identité n°60-61, mai 1992
- Jacques Barou, *Du foyer pour migrants à la résidence sociale : utopie ou innovation*, Hommes et Migrations n° 1202, Octobre 1996
- Gilles Desrumaux, *Délégué Régional de l'UNAF, L'adaptation des foyers de travailleurs migrants au vieillissement des résidents*, 12 février 2002
- Abdelmalek Sayad, *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Ed. de Boek ; 1991, *Vieillir dans l'immigration*, in *Vieillir et mourir en exil*, PUL, 1993 ; *La double absence*, Seuil, 1999.
- Rémi Gallou, *Le vieillissement des immigrés en France, Etat de la question*, Caisse Nationale d' Assurance Vieillesse, Direction des Recherches sur le Vieillesse, février 2000 ; *Une vieillesse illégitime*, Plein Droit n° 39, juillet 1998 ; *Vieillir en émigration*, Migrations société, Centre d'information et d'Etudes sur les Migrations Internationales, Revue bimestrielle, vol. 12, n° 68, mars-avril 2000.

DOCUMENTS RÉGIONAUX

- *Le troisième âge de l'immigration*, Ecarts d'identité n° 87, décembre 1998
- *Comment va la santé ?*, Reflets migrants, Ecarts d'identité, mars-juin 1995, n° 72/73
- *Des itinéraires de migrants algériens vieillissants*, Cahiers de l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville Alsace (ORIV).
- *La santé dans les foyers de travailleurs migrants*, Volet départemental du Rhône du PRAPS, 17 juin 2002.
- *Migrants : isolement et vieillissement, Quelle aide à domicile possible ?*, Etude de la CRAM Rhône - Alpes.
- *Gérontologie et santé de l'immigré vieillissant*, Les cahiers thématiques de l'UNAF n° 1, Été 2002 ; et intervention de Nadia Hamadache, responsable du service juridique de l'ODTI, Journées techniques de l'UNAF des 25 et 26 septembre 2001.
- Recherche-action réalisée pour Aralis par Omar Hallouche (animateur de la recherche) et Angélique Bonnardel (assistante sociale au foyer Aralis de Pressensé (Villeurbanne), Juin 2004.
- *Paroles d'hommes à trois voix*, Entretiens avec 18 habitants de Vaulx en Velin, édition ASSFAM 2003.

Dans les foyers de migrants

suite

s'éteignent peu à peu dans le silence et l'indifférence générale souvent en milieu hospitalier, sans autre entourage que le personnel soignant.

> Un dispositif gérontologique inadapté

Le maintien à domicile, axé sur une démarche qui s'articule autour de l'intervention de professionnels et de la famille, n'est pas adapté aux migrants âgés vivant au sein des foyers qui vieillissent dans la solitude et l'éloignement de leur famille. L'intervention des professionnels est encore trop rare et complexe à mettre en œuvre. De plus, les besoins sont souvent peu ou mal repérés (les gestionnaires et/ou les intervenants sociaux n'étant pas des professionnels du soin), et ce d'autant plus que ces besoins sont rarement exprimés par les personnes âgées elles-mêmes. Cette spécificité a été validée par le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées⁸.

Dans leur majorité, les foyers ne sont pas conçus pour accueillir des personnes retraitées vieillissantes et de plus en plus dépendantes (toilettes et douches communes inadaptées, absence d'ascenseurs, inadaptation des équipements, partage des espaces collectifs). Les gestionnaires et/ou les intervenants sociaux assument (souvent par défaut) des accompagnements en fin de vie compte tenu de l'isolement auquel est soumis ce public et des limites des solidarités entre résidents face à la complexité des pathologies. Les solutions palliatives et temporaires sont inefficaces lorsque le niveau de dépendance est important.

Les associations d'aide à domicile sont très peu sollicitées par les résidents vieillissant en foyer. A titre d'exemple, le nombre de dossiers déposés à la CRAM Rhône-Alpes pour bénéfi-

cier de prises en charge est faible. Les migrants accèdent difficilement aux structures d'hébergement collectif pour personnes âgées⁹. Ceux qui sont en perte d'autonomie ne bénéficient toujours pas ou très peu des aides à domicile.

> Quel avenir pour les vieux migrants ?

Face à cette situation, la politique sociale en France n'a pas de stratégie adaptée. Elle n'arrive pas à intégrer les étrangers dans les maisons de retraite, tout en restant hostile par principe à tout dispositif spécifique en faveur des immigrés vivant en foyer. Ces derniers ont, plus que jamais, besoin de médiation pour accéder à leurs droits en matière de santé, de soins et de retraite. Sur le terrain, ces médiations se heurtent « *aux obstacles financiers qui rendent difficile ou impossible l'orientation des personnes dépendantes vers d'autres structures, à la méconnaissance de l'environnement du quartier, à l'inadaptation et à la vétusté des locaux, à l'absence de coopération entre les structures médico-sociales et les responsables de foyer, à la méconnaissance de la culture des résidents*¹⁰ ».

Le chemin vers l'égalité sera encore long tant que les travailleurs immigrés n'accéderont pas, comme les autres, au droit de bénéficier des soins dans le pays d'accueil sans être soumis aux multiples tracasseries administratives liées à l'obligation de maintenir une résidence en France, et, pour ceux qui ont perdu tout lien avec le pays d'origine, tant le droit de vieillir et mourir dignement dans ce pays auquel ils ont tant donné. Pour les institutions mais aussi tous les acteurs impliqués sur le terrain c'est, nous semble-t-il, le chantier majeur et le pari de l'avenir. Les solutions choisies devront tenir compte du profil, de l'histoire de vie et des perspectives des migrants au cas par cas. Les réponses qu'attendent de manière urgente les résidents vieillissants ne sont pas idéologiques mais pragmatiques, réalistes et adaptées. ■

(8) Une mission de l'Inspection Générale de Affaires Sociales a été diligentée en 2001-2002 pour connaître les conditions de prise en charge et d'exercice des droits sociaux des immigrés vieillissants en France en vue d'adapter la politique de vieillesse à leurs situations.

(9) Ces établissements sont, de fait, réservés à ceux qui ont un revenu leur permettant l'accès (400 à 1525 euros/mois, en fonction de la prise en charge graduée de la dépendance). L'aide sociale départementale est généralement refusée si les obligés alimentaires ne répondent pas ou se trouvent à l'étranger. Dans le cas où elle est accordée, c'est au bout de délais très longs et les places, réservées un moment, ont alors été distribuées à d'autres.

(10) Document de la CRAM Rhône-Alpes