

numéro 392

LA Santé

de l'homme

Novembre-Décembre 2007 - 6 €



La santé des migrants

**Des structures
d'accueil** pour ados
en rupture

Enquête
sur la vie affective
des SDF

**Promotion
de la santé :**
le rôle des médecins

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes
www.inpes.sante.fr

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
<direc@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostant@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon** <christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet, Fabienne Lemonnier et Élisabeth Piquet**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Jean-Christophe Azorin (Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Myriam Fritz-Legendre** (Ceméa), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux 3), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Élodie Aïna-Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif/ Fnes).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs – Tours**

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 4^e trimestre 2007.
Tirage : 8 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous ! 1 an = 28 €

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- La promotion de la santé à l'hôpital, n° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, n° 361.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, n° 371.
- Nutrition, ça bouge à l'école, n° 374.
- Médecins-pharmaciens : les nouveaux éducateurs, n° 376.
- Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
- La santé à l'école, n° 380.
- Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées, n° 381.
- Démarche participative et santé, n° 382.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 392

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France

► Qualité de vie

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

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

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

► International

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

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

Dossier

La santé des migrants

Introduction

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

Migrants : un état de santé fragilisé par le déracinement

La santé des étrangers : une question politique
Didier Fassin 15

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

Migrants âgés : le drame du double exil
Omar Hallouche 19

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

Des stratégies pour promouvoir la santé des migrants

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour en savoir plus
Olivier Delmer, Sandra Kerzanet 39

► Enquête

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

► La santé à l'école
Rhône-Alpes : la protection sociale enseignée dans les lycées via Internet
Mathilde Moradell, Gilles De Angelis 44

► Éducation du patient
Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ?
Jean Laperche 46

► Lectures
Olivier Delmer, Céline Deroche, Élisabeth Piquet .. 49

► Index 2007

Encart central

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



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

Voyage dans les structures d'accueil des adolescents

Dans un précédent numéro de *La Santé de l'homme* (n° 387, janvier-février 2007), nous avons présenté le travail effectué par l'Espace santé jeunes de Nanterre, dans les Hauts-de-Seine¹. En collaboration avec la Fondation de France et à l'initiative de Christine Ferron, responsable de la rubrique Qualité de vie, nous présentons dans ce numéro une séquence sur différents lieux qui accueillent des adolescents tant sur le plan sanitaire que psychologique, certains procurant un accompagnement et un suivi « global » qui s'inscrivent dans une véritable démarche de promotion de la santé.

Geneviève Noël dresse ainsi le bilan des Espaces santé jeunes, lancés par la Fondation de France il y a dix ans. Puis deux reportages, à Paris et à Besançon, du journaliste Denis Dangaix permettent de découvrir de l'intérieur une Permanence Accueil

Jeunes et une Maison des adolescents. Une courte présentation du Point Écoute Parents Adolescents implanté à Perpignan, dans les Pyrénées-Orientales, complète cette présentation. Cette séquence riche en contenu permet de constater une fois de plus les bienfaits du travail en réseau entre professionnels et l'intérêt de la posture d'écoute des adolescents, déjà soulignée par Aude de Calan dans son article consacré à l'Espace santé jeunes de Nanterre. Ce tour d'horizon n'est pas exhaustif, nous souhaitons néanmoins qu'il vous soit utile pour votre pratique professionnelle.

Y. G.

1. Pour les Espaces santé jeunes, se reporter également à l'article sur l'établissement de Tours, intitulé Un temps pour reconstruire la parentalité ébréchée, rédigé par Hélène Dacal et Valérie Verdier, publié dans *La Santé de l'homme* n° 367 (septembre-octobre 2003).

Entretien avec Geneviève Noël, responsable du programme Santé des jeunes de la Fondation de France.

« Les Espaces santé jeunes, un réseau national qui se développe et se fédère »

À l'initiative de la Fondation de France, des Espaces santé jeunes ont été créés sur le territoire à partir de 1997. Geneviève Noël revient sur la mission de ces structures qui privilégient l'approche globale de la personne. Elle s'explique aussi sur la cohabitation pas toujours cohérente entre différentes structures s'adressant à la même tranche d'âge : Espaces santé jeunes, Maisons des adolescents, Points accueil écoute jeunes. Elle souligne enfin que le principal intérêt de ces structures est de permettre aux professionnels de travailler ensemble.

La Santé de l'homme : Quels sont les axes principaux du programme Santé des jeunes initié par la Fondation de France ?

Geneviève Noël : Le programme Santé des jeunes, lancé en 1995, est à l'image de ce que notre comité d'experts, présidé alors par le professeur Philippe Jeammet (1), privilégiait : favoriser une meilleure compréhension de ce qui se joue à l'adolescence, d'une part, et soutenir des projets porteurs d'intérêt et de sens, d'autre part. Il s'agit d'un programme national qui,

sur certains aspects, se décline au niveau local, en partenariat avec nos sept délégations régionales¹. Il comporte plusieurs axes de travail, comme la prise en charge des jeunes suicidants ou la question des addictions, qu'elles soient alimentaires ou liées à la consommation de substances psycho-actives. Ce thème des addictions est particulièrement appréhendé sous l'angle de la dimension familiale et du travail en réseau. Un autre axe de notre programme Santé des jeunes concerne les adolescentes dans les zones et quartiers sensibles et la possibilité pour elles de s'impliquer dans des

activités à la croisée du sport et d'autres disciplines, sociales ou culturelles, qui leur permettent de plus et mieux exister dans l'espace public. On constate que la pratique du sport par les filles s'amenuise dès l'âge de 12 ans, et nous faisons le pari que l'implication des filles dans ces activités les mobilise, les valorise, les aide à s'exprimer, à s'intégrer dans leur quartier. La Fondation a financièrement permis la réalisation de nombreux projets répondant à cet objectif.

S. H. : Le réseau national des Espaces santé jeunes, initié par la Fondation

de France, est-il directement lié à ce programme sur la santé des jeunes ?

Oui, ce mouvement illustre parfaitement notre volonté de permettre la mise en œuvre d'initiatives nouvelles pour mieux répondre aux besoins de santé des jeunes et la nécessité de favoriser les échanges entre porteurs de projets pour optimiser leurs ressources et compétences. Tout démarre en 1997 quand, fidèle à l'une de ses missions d'aide au développement de la générosité, la Fondation de France répond aux attentes d'une entreprise – Johnson & Johnson – qui, voulant développer une action forte de mécénat, nous demandait de la conseiller dans ses choix. Nous lui avons proposé de nous aider à créer un réseau national d'Espaces santé jeunes, nous inspirant directement d'une initiative exemplaire que nous avions subventionnée quelques années auparavant, à Salon-de-Provence. Cette entreprise fut notre partenaire fidèle pendant de nombreuses années.

S. H. : Quelles sont les caractéristiques des Espaces santé jeunes ?

Il s'agit de structures à part entière (2), spécifiquement destinées aux jeunes et identifiées comme telles. Elles sont animées par des équipes pluridisciplinaires qui prodiguent informations et conseils sur toutes les questions de santé, mais pas seulement, que peuvent se poser les jeunes, et aussi évaluent la situation de chaque jeune accueilli, l'aident et si besoin l'orientent vers des services de soins plus spécialisés. Les publics bénéficiaires sont les jeunes scolarisés ou non de 12 à 25 ans mais les parents peuvent aussi y être accueillis, tout comme les professionnels confrontés aux difficultés des adolescents. Ces Espaces santé jeunes sont insérés localement et inscrits dans un réseau d'acteurs de prévention et de soin. L'implication des institutions de proximité est recherchée, notamment pour la mise à disposition de professionnels. La Fondation mettait notamment comme exigence que ces espaces de santé proposent un accompagnement du jeune dans son parcours de vie, sans aucunement se substituer aux services de prévention et de soin existants.

La Fondation de France a lancé trois appels à projets successifs, en 1997, 1999 et 2002. Tout organisme associa-

tif ou institutionnel déjà investi dans des actions de santé auprès des jeunes pouvait faire acte de candidature. Sur quelque cent quatre-vingts demandes, une trentaine de projets ont été retenus, auxquels nous avons apporté un financement pluriannuel et tout un appui méthodologique. La Fédération nationale des Espaces santé jeunes existe depuis deux ans, nous la soutenons également.

S. H. : Il existe, ici et là, de nombreuses structures de prévention dédiées aux jeunes, comme les Maisons des adolescents, les Points accueil écoute jeunes... Ne craignez-vous pas que trop de structures n'induisent un peu de confusion ?

Il s'agit de dispositifs dont les objectifs et les missions ne sont pas les mêmes, gageons que leur complémentarité permettra une meilleure prise en compte des difficultés de santé et plus largement de vie des adolescents ! Les Espaces santé jeunes proposent une approche centrée sur la santé, que n'affichent pas les Points accueil écoute jeunes, plus investis sur le terrain social, mais n'offrent pas la possibilité d'une hospitalisation, comme le proposent certaines Maisons des adolescents. De plus, au sein de chaque dispositif, chaque entité a ses propres caractéristiques. L'Espace santé jeunes de Genevilliers ou celui de Nanterre n'ont rien à voir avec celui de La Rochelle, tout comme la Maison des adolescents de Besançon est très différente de la Maison de Solenn, à Paris. Mais la coordination s'organise çà et là, dans le souci de mieux organiser et diversifier l'offre

de prévention et de soin plus que d'empiler les propositions.

Les Espaces santé jeunes ont permis de fédérer localement un certain nombre d'actions. Ils ont généré dans beaucoup d'endroits une dynamique de concertation entre services et professionnels concernés par la santé des jeunes, ils ont assurément favorisé une prise en compte plus globale du jeune dans ses diverses dimensions. Je crois que ce n'est plutôt pas mal.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**
Journaliste.

1. Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Lorraine/Alsace, Bretagne, Pays de la Loire, Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes.

Pour en savoir plus : se référer à l'article consacré à l'Espace santé jeunes de Nanterre, publié dans le numéro 387 de *La Santé de l'homme*, accessible intégralement en ligne sur www.inpes.sante.fr

► Références bibliographiques

- (1) Jeamment P., Bochereau D. *La souffrance des adolescents. Quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, coll. Hors collection Social 2007 : 228 p.
- (2) Guilloux K. *Les espaces santé jeunes : spécificité et pertinence des pratiques professionnelles*. Paris : Fondation de France, coll. Pratiques, 2003 : 104 p.

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

À Besançon, une Maison des adolescents est ouverte, depuis 2005, à l'initiative des professionnels de psychopédiatrie de l'hôpital local. Sa force est de réunir en un même lieu tous les professionnels qui peuvent collectivement soutenir et prendre en charge médicalement et psychologiquement des adolescents. La « Maison » travaille en réseau reliant l'éducatif, le social et le sanitaire. Mille cinq cents jeunes y ont été pris en charge à ce jour.

À quelques minutes de la gare de Besançon, non loin du centre de la ville, le Centre thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent – qui inclut la Maison des adolescents – anime un quartier plutôt tranquille. Ce centre a ouvert ses portes au public le 13 mars 2006. Il dépend du premier intersecteur de pédopsychiatrie du Doubs, rattaché au centre hospitalier de Novillars, établissement public de santé mentale. Il est né du souhait de regrouper plusieurs structures existant sur la capitale du Doubs, comme l'hôpital de jour, le centre de guidance – lieu d'aide personnelle pour enfants, adolescents et leurs familles – l'unité de victimologie et de thérapie familiale.

Au deuxième étage de cet établissement est implantée la Maison des adolescents et son réseau Res'ado. On l'a compris : nous sommes ici dans un lieu

de santé global, à plusieurs entrées. Le centre a une mission de service public qui, selon la circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, vise à contribuer à l'amélioration des conditions de développement psycho-affectif et intellectuel des enfants et adolescents, à traiter précocement les troubles d'ordre psychopathologique survenant au cours de l'enfance et de l'adolescence, et à prendre en considération les risques évolutifs à plus long terme ainsi que leurs conséquences à l'âge adulte. La Maison des adolescents de Besançon est dirigée par le docteur Christian Bourg, responsable du pôle de psychopédiatrie, spécialiste en santé mentale rattaché à l'hôpital de Novillars, et par Véronique Petitperrin, cadre infirmier. Pascale Baudier coordonne le Rés'ado.

Un lieu d'accueil

La Maison des adolescents de Besançon ne déroge pas à la mission générale donnée à ces structures par la définition de la Conférence de la famille, en 2004. « *Les Maisons des adolescents, est-il noté, sont des lieux d'accueil, de prise en charge et d'orientation adaptés aux attentes des adolescents, têtes de réseau et pôles de références en termes d'information, formation des professionnels de santé, des parents et autres partenaires inscrits dans un partenariat formalisé intervenant non seulement dans le champ de la santé, mais aussi dans le domaine social, éducatif, judiciaire.* » Comme les autres, la Maison de Besançon s'adresse aux adolescents âgés de 12 à 20 ans, à leurs familles mais aussi aux professionnels au contact des jeunes (enseignants, travailleurs sociaux, médecins de famille, etc.). Elle est aussi animée par une équipe pluridisciplinaire réunissant médecin, cadre de santé, psychologue, assistante sociale, infirmier, éducateur spécialisé. Enfin, la Maison des adolescents de Besançon s'organise et s'appuie sur un réseau coordonné et complémentaire, Res'ado, qui consiste à rapprocher des structures éducatives, sociales et sanitaires. Elle travaille en partenariat avec la protection judiciaire de la jeunesse, l'Éducation nationale, la mairie de Besançon, le conseil général du Doubs et les structures éducatives sociales et sanitaires intervenant auprès de jeunes en difficulté.

Au plus près des jeunes

La Maison des adolescents est opérationnelle depuis un peu plus d'un an, ce qui a permis à l'équipe d'ajuster son action. « *Depuis une bonne quinzaine d'années*, explique le docteur Christian

Bourg, le pôle de pédopsychiatrie rattaché à l'hôpital de Novillars est très impliqué auprès des adolescents avec un travail de réseau, de partenariat avec les collèges et les lycées, par exemple. Puis, rapidement, on a senti le besoin d'être au plus près des jeunes et des familles, et aussi ne pas être simplement sur des réponses pédopsychiatriques au sens strict avec la maladie mentale classiquement référencée. De plus, nous étions beaucoup sollicités pour des questions de mal-être, des conseils, des orientations par des jeunes et des familles dans un besoin d'écoute. Il fallait y répondre. »

Ces questions et constats correspondaient à une double dynamique, l'une locale et l'autre plus générale. La dynamique locale, corroborée par les propos de Christian Bourg et des personnels présents à la Maison, était fondée sur un fort intérêt exprimé par de nombreux intervenants pour travailler ensemble et constituer ainsi une approche pluridisciplinaire. La dynamique globale, quant à elle, était lancée par la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales, qui pilote le programme régional de santé. « Nous nous sommes engagés dans ce programme 1998-2003, intitulé « Dépression et suicide chez les jeunes et les personnes âgées », ajoute le docteur Bourg, pour se situer le plus en amont possible. Et puis, comme nous avons déjà travaillé dans le cadre d'un plan de santé stratégique avec des hôpitaux, des médecins et autres partenaires de santé, l'idée d'ouverture, de travail en réseau et donc de créer cette Maison nous est apparue à ce moment-là. »

Des partenaires mobilisés

Pour passer du stade de l'idée à la réalisation, il aura fallu un catalyseur. La téléphonie santé jouera ce rôle. Une antenne Fil Santé Jeunes a été ouverte au niveau régional. L'équipe du docteur Bourg décide alors de créer une association loi 1901, appelée Réseau santé jeunes, pour tenter de mettre en place une véritable coordination entre les différents acteurs. C'est ainsi qu'est née l'idée de créer une Maison des adolescents. Des contacts ont eu lieu avec la Maison des adolescents du Havre. Ils se sont avérés plutôt positifs. « Comme nous étions d'abord un service de pédopsychiatrie avec cette étiquette de santé mentale, comment pouvions-nous mettre en place des réponses en termes d'approche globale, de plus, en ouvrant

sur la prévention ? On a eu la chance d'avoir des partenaires qui se sont tout de suite mobilisés », rappelle le docteur Christian Bourg.

Une vocation thérapeutique

Le réseau partenarial a pris l'habitude de travailler en interdisciplinarité. « Ce réseau, c'est l'Éducation nationale, avec toute la santé scolaire, témoigne Pascale Baudier, la protection judiciaire de la jeunesse avec des mises à disposition partenariales et des programmes spécifiques, comme un programme thérapeutique de soins aux adolescents et aux auteurs mineurs d'agression sexuelle. Il y a aussi l'implication de la Ville de Besançon et du conseil général du Doubs, avec qui nous ciblons un public en grande difficulté : les jeunes en errance. Nous menons ensemble, avec tous les partenaires, des actions de formation et nous sortons de nos murs pour aller à la rencontre des jeunes et de leurs familles. »

La Maison des adolescents existe aujourd'hui parmi les services de soins présents dans la ville. Des consultations anonymes, confidentielles et gratuites sont possibles. Un accueil a lieu quatre jours par semaine¹ et un rendez-vous avec tel ou tel praticien est prévu

et ce, dans un délai extrêmement court. De trois à cinq consultations, selon les cas, sont programmées et dirigées par une équipe de deux spécialistes, preuve de la volonté d'un double regard, pluridisciplinaire. En un an, environ mille cinq cents jeunes auront été reçus, souvent avec leur famille, à la Maison avec en moyenne 3,4 consultations par jeune.

Une question continue à mobiliser l'équipe. C'est celle de la prévention ou de l'action le plus en amont possible en direction des adolescents. « Il y a un savoir-faire qui se construit au fil des mois avec cette équipe et nous travaillons beaucoup cette dynamique. Je pense que nous y arriverons », dit Christian Bourg. En attendant, la Maison continue à se construire : une cuisine est apparue au centre de l'accueil du second étage... une cuisine à vocation thérapeutique bien sûr.

Denis Dangaix

1. Accueil : 13, rue des Jardins – 25000 Besançon. Tél. : 03 81 53 97 66
Ouvert les lundi, mardi, mercredi et vendredi de 9 heures à 18 heures.
Fil Santé Jeunes. Tél. : 0800 235 236 (tous les jours de 8 heures à 24 heures, anonyme et gratuit).
www.filsantejeunes.com

Une Permanence Accueil Jeunes à l'écoute du mal-être adolescent

Il existe des lieux où l'écoute, le temps de la pause, celui de l'apaisement sont intégrés dans un protocole d'accueil. La Permanence Accueil Jeunes de Paris XI^e entre dans cette catégorie. Elle reçoit des jeunes en errance. Un dispositif original animé par des éducateurs spécialisés.

La rue de la Fontaine-au-Roi (Paris, XI^e) est, ce jour, en travaux. Le calme de ce quartier populaire est rompu par des engins de terrassement, une histoire de circulation. C'est ici, dans un lieu dont l'anonymat est égal à l'absence de « déco », que Barbara, Abdel et Brahim travaillent. Ils tiennent la Permanence Accueil Jeunes, plus communément appelée la PAJ. Philippe Poirier, directeur de la structure, a le verbe prudent. Approuvé par son équipe, il souligne d'emblée qu'il est important de bien faire comprendre leur rôle et toute la complexité relationnelle qui se joue dans ce local.

Créer le lien

« La PAJ de Paris XI^e est un service insertion jeunes qui reçoit des jeunes en errance, rappelle Philippe Poirier. Elle propose à tout jeune qui est à la rue un accueil inconditionnel dans la journée pour lui permettre de se relancer. » Dépendante de l'Association nationale de réadaptation sociale¹, reconnue d'utilité publique, cette structure existe depuis 2004. Son cadre d'intervention concerne les jeunes femmes et hommes

âgés de 18 à 25 ans. Les partenaires sont composés d'assistantes sociales ou de professionnels œuvrant dans les permanences sociales, le Samu social, les missions locales, les hôpitaux ou l'association Médecins du monde. Son périmètre d'intervention dépasse le cadre de la ville de Paris et de sa région car, ajoute le directeur, « le bouche à oreille fonctionne bien et nous sommes inscrits dans le guide "Solidarité Paris" édité par la Ville de Paris ». Sur le papier, la PAJ représente un lieu intermédiaire entre la rue et la société. « Il s'agit bien, note le rapport d'activité 2006, d'un espace de création de lien social où les temps d'accueil collectifs encadrés par l'équipe permettent à ces jeunes en errance d'apprendre ou de réapprendre les conditions du lien social et de transférer cet apprentissage dans d'autres lieux de sociabilité. » Les principaux enjeux de la PAJ sont ainsi notifiés : accueillir pour apaiser la situation de survie, ouvrir et fiabiliser un dialogue, offrir la possibilité d'un lien singulier comme condition d'une réaffiliation sociale possible, freiner l'errance, relancer un projet de vie en ouvrant de nouvelles perspectives,

convaincre ces jeunes de solliciter les dispositifs de droit commun, etc. Le parcours est fléché. Et, pourtant, il suffit de suivre ce parcours pour imaginer la difficulté de la tâche quotidienne et poser quelques interrogations.

Une alternative meilleure que la survie

« L'errance signe une rupture entre le jeune, sa famille et ses proches, soulignent les professionnels de l'équipe, se fondant sur leurs observations quotidiennes. De surcroît, les conduites de survie rendent plus difficile toute relance personnelle, au risque de constater un éloignement social, et compliquer ainsi davantage leur réinsertion. »

Le risque est grand, alors, de voir ces jeunes s'installer dans une vie « parallèle », c'est-à-dire dormir dans la rue, vivre en squat, connaître des violences multiples, pratiquer des actes de délinquance, recourir à des addictions, à des trafics, éprouver des troubles psychiques, etc. Une alternative différente du comportement de survie est alors proposée. Comment accueillir ces jeunes ? « Nous devons avoir une réponse par rapport à la rue, explique simplement Philippe Poirier. Nous les accueillons, nous les écoutons. Nous leur proposons des services simples, comme laver son linge, téléphoner, prendre une douche, déposer leurs affaires en consigne selon des règles bien établies. Nous les respectons comme n'importe quel individu, sans jugement, sans conseil. »

Une pause dans l'errance

« Vous savez, renchérit Abdel, ce lieu est avant tout une pause pour ces jeunes en errance. Ici, nous devons leur permettre d'apaiser leur excitation car, quand on est dans la rue, il est nécessaire d'être toujours tendu, en tension.

Faire émerger les ressources enfouies

Vient enfin le moment où l'éducateur se présente au jeune. « *C'est le temps de l'écoute*, affirme Barbara Dudragne, jeune éducatrice spécialisée, à la PAJ depuis deux mois. *Et là, tout peut commencer. Nous allons essayer de faire ressortir les ressources qui sont enfouies chez ces jeunes et éventuellement les aider à aller vers un projet.* »

Les maîtres mots de l'équipe de la PAJ sont bien « respect », mais aussi « doute constant ». Originale dans la démarche, la Permanence Accueil Jeunes du XI^e arrondissement n'est pas encore consciente de la capitalisation de connaissances que l'équipe des permanents rassemble. Mais, au-delà des chiffres – de septembre à novembre 2006, la PAJ a accueilli cent dix-neuf jeunes (cent jeunes hommes et dix-neuf jeunes femmes), cinq cent seize pour l'année 2006 –, un constat s'impose : la PAJ est un dispositif original parmi les accueils de jour existant pour les jeunes en difficulté.

Denis Dangaix

*1. Association nationale de réadaptation sociale
17, rue du Château-d'Eau – 75010 Paris.
Tél. : 01 42 02 24 44
Mél : anrs.paj@wanadoo.fr*

Car, si le jeune ne tient pas, il s'effondre. » Abdel Bouferrou est prolix. Cet éducateur spécialisé a le verbe haut et fort. Cela fait quatre ans qu'il suit ce public en errance et il continue à refuser toute certitude, tout confort intellectuel de celui qui sait. « *Il y a une boulimie permanente chez les jeunes quand ils arrivent ici. Ils sont sur des conduites parallèles, la dureté de la rue est telle qu'il leur faut trouver de l'argent pour pouvoir subsister. Ils souhaitent des interlocuteurs pour pouvoir obtenir des gestes autres que financiers. Il y a un cumul de demandes et cela dans un temps bien particulier qui est celui de l'urgence.* » En réalité, la PAJ a l'air de fonctionner selon des temps bien régulés. D'abord, il y a le temps de l'accueil, puis celui de la pause. Vient ensuite le temps de l'attente et de l'entretien, à moins que le jeune ne le désire pas. Enfin, peut se créer le temps de l'accompagnement, en fonction des « va-et-vient » du jeune.

Une relation de confiance

À écouter l'équipe de la PAJ, les séquences paraissent huilées. L'accueil, par exemple. Brahim Tambosoba, agent d'accueil depuis un an et demi, raconte : « *Lorsqu'un jeune pousse la porte de la PAJ, il se trouve directement en face du comptoir où je me tiens. Je le reçois, lui demande son nom, son âge, comment il a connu la PAJ, d'où il vient et depuis combien de temps il est en situation d'errance. Enfin, je lui demande de quoi il a besoin aujourd'hui. Le jeune est libre de me répondre ou pas. Je mets en place une situation de respect réciproque. Je lui présente ce que nous pouvons lui offrir comme prestations. Il s'assoit s'il le désire et je lui offre*

une boisson, thé ou café. Vient ou ne vient pas le besoin de discuter avec un éducateur spécialisé. » L'agent d'accueil présentera ensuite le jeune à l'équipe. Il assume ainsi une fonction d'articulation et de lien entre les personnes accueillies et les éducateurs. Le temps de l'attente, ensuite. Selon Philippe Poirier, « *ce temps est d'importance. Car il tend à créer entre le besoin exprimé par le jeune et la réponse apportée une temporisation qui nous dégage de la prestation "consommation". C'est nécessaire, surenchérit Philippe Poirier, pour installer une relation basée sur la confiance, pour que le jeune soit reconnu comme individu.* »

S'unir pour agir : aider des adolescents en souffrance

L'association Parenthèse a, en avril 2007, été primée par la Fondation de France dans le cadre de l'opération « 110 projets pour l'avenir, s'unir pour agir ». Elle a ainsi reçu quatorze mille euros pour un projet d'accompagnement des adolescents et de leurs familles. Depuis 2004, le Point Écoute Parents Adolescents qu'elle gère à Perpignan tente, en effet, de prendre en charge des adolescents entre 15 et 24 ans et leurs familles ; des adolescents qui ont des comportements à risque du fait d'un mal-être typique, soit de l'adolescence, soit de l'entrée dans le monde adulte. Ce Point Écoute, animé par des professionnels, accueille ces adolescents en souffrance en mettant en place plusieurs axes d'encadrement. Des consultations individuelles et familiales, des ateliers

psychocorporels et des colloques sont proposés afin d'instaurer un dialogue en guise de prévention des crises à venir. Des analyses ainsi que des évaluations à la fois qualitatives et quantitatives des actions menées par l'association sont également faites pour améliorer la prise en charge des personnes en difficulté. Selon la Fondation, cette expérience est riche d'enseignements en termes de prévention mais aussi d'accompagnement. Une permanence téléphonique vient d'être mise en place pour les jeunes avec la création d'un service *ad hoc*.

D. D.

Association Parenthèse – 27, rue Oliva – 66000 Perpignan – Tél. : 04 68 35 01 09

Bruxelles : un programme communautaire dans les quartiers défavorisés

À Bruxelles, dans le quartier populaire de Forest, professionnels de santé et éducateurs ont développé depuis dix ans une action communautaire de prévention et de promotion de la santé. Des ateliers santé et une boutique sociale ont été mis en place. Des habitants deviennent des relais santé auprès des familles défavorisées. Ce projet a incontestablement amélioré le « droit à la santé » de nombre d'habitants. Mais les intervenants sont déroutés par la grande précarité à laquelle ils sont de plus en plus confrontés.

La commune de Forest (région Bruxelles capitale), cinquante mille habitants, inclut essentiellement des quartiers populaires, avec une part importante de personnes isolées, surtout des femmes. La présence d'une forte mortalité prématurée (avant 65 ans) montre qu'il est fondamental de poursuivre les efforts de prévention. Chez les moins de 65 ans, les causes principales de décès sont, chez les hommes, les cancers des voies respiratoires et les maladies cardio-vasculaires et, chez les femmes, le cancer du sein. Mortalités « évitables » pouvant être réduites par des actions préventives : lutte contre le tabagisme, dépistage plus systématique du cancer du sein, campagnes pour une alimentation plus saine, etc.

L'action Forest Quartiers Santé a été lancée en 1992. Ce projet est né de la rencontre entre des travailleurs de mai-

sons médicales et des travailleurs sociaux (maisons de quartier et travailleurs de rue) confrontés à des problématiques qui ont des répercussions importantes sur l'état de santé des populations : chômage, solitude, précarité en matière de logement, surendettement. Ils décident alors de tenter d'agir ensemble sur les déterminants de santé : logement, alimentation, sécurité dans les milieux de vie, etc. Forest Quartiers Santé procède à un diagnostic communautaire auprès de la population et des partenaires de terrain. En 1998, un premier financement accordé par la Communauté française de Belgique permet d'analyser les résultats et d'organiser un forum pour les communiquer à l'ensemble des partenaires (habitants, professionnels et élus). Il en ressort la nécessité d'une coordination plus solide entre les travailleurs de la santé et du social et les priorités d'action dans les thèmes suivants : logement, alimentation, accidents chez les jeunes et les enfants, vie affective et sexuelle, maux psychologiques et somatiques, santé communautaire.

À l'issue de ce diagnostic, en 2000, un projet local de santé communautaire est mis en place, financé sur cinq ans par la communauté française de Belgique. Objectifs : créer une dynamique entre professionnels de terrain, habitants et élus ; rencontrer les habitants, les informer et les sensibiliser ; identifier les besoins et les ressources ; soutenir les projets d'habitants qui leur permettent d'être acteurs de leur santé.

Réunions santé de quartier

Au fil du temps, l'action Forest Quartiers Santé s'est concrétisée par la mise en place de plusieurs dispositifs :

- des « groupes nominaux », les participants sont des habitants du quartier, que l'on réunit plusieurs fois par an pour suivre l'évolution des déterminants identifiés comme prioritaires par le groupe. Premier thème pointé : l'alimentation. Des professionnels intervenants extérieurs sont invités pour certains thèmes et sont choisis en fonction de leur capacité à adapter leur discours à un public d'adultes apprenants ;
- des ateliers de santé communautaires une fois par mois, espaces d'apprentissage, de rencontre, de définition de projet et de mobilisation d'énergies. Ainsi, des ateliers nutrition sont organisés à l'initiative d'un collectif de femmes : des informations et conseils sont apportés par la formatrice, dans le cadre de ce qui devenait « des réunions pour maigrir ». Un groupe se constitue : des femmes âgées de 20 à 60 ans, avec un noyau de dix à quinze femmes présentes aux séances hebdomadaires. La pratique régulière d'activité physique est envisagée mais les infrastructures sportives ne sont pas accessibles à cette population financièrement fragilisée, une activité « marche » et une formation à la pratique du vélo sont alors mises en place. Après négociation, les services communaux mettent à disposition une salle omnisports pour un cours de gymnastique hebdomadaire, et la maison médicale met à disposition une kinésithérapeute ani-

matrice. Au fil du temps, l'« atelier santé » devient un moment « à ne pas manquer », lieu d'échanges où tous les thèmes peuvent être abordés.

Une boutique sociale

Autre initiative pérenne : Forest Quartiers Santé a contribué à mettre en place une boutique sociale, en lien avec la Mission locale de Forest (insertion) et le CPAS de Forest (aide sociale). La boutique délivre toute information sur les aspects de la vie quotidienne ayant un impact sur la santé (emploi, surendettement, logement, garde d'enfants, etc.). Le CPAS détache trois temps pleins et demi de travail pour la boutique sociale (un temps plein santé et les autres emplois pour la logistique).

En contrepoint, une « arrière-boutique sociale » a été créée, lieu de débat entre les professionnels pour soutenir leur travail en réseau. Objectifs : partager une vision globale, éviter toute concurrence inutile, optimiser les services offerts au public, confronter les points de vue pour mieux identifier les besoins. L'arrière-boutique sociale se réunit environ une fois par mois et organise des colloques thématiques (concertation et approche des territoires, le troisième âge actif) tous les deux ans, pour informer la population et pour initier des projets portés par les associations. Un projet ambitieux mais qui a quelques difficultés à bien fonctionner.

Les élus sont démarchés pour s'associer au projet Forest Quartiers Santé. La nouvelle équipe municipale a créé un « échevinat de la santé ». Cet échevinat s'est impliqué, entre autres, en présidant les ateliers de santé. Il a pris en compte pour partie les préoccupations pointées par l'action Forest Quartiers Santé collaborant à certains projets mis en place ; un observatoire de la santé et du logement et une commission communale santé ont notamment été créés depuis.

Se méfier des effets pervers

À l'heure du bilan, soulignons que les ateliers santé fonctionnent et que les habitants participent largement à leur organisation et gestion. Mais de nombreuses difficultés subsistent : entre autres, les savoirs sur la santé de la population sont multiples et déconcertants. Ainsi, la prévention des cancers

féminins requiert une sensibilisation et un accompagnement adéquat si on ne veut pas induire d'effets pervers ou nuls ; les groupes de gymnastique sont ici des lieux privilégiés de rencontre et d'échange d'informations pour les animatrices de Forest Quartiers Santé. Mais il reste encore à informer, à sensibiliser et à former dans un climat de confiance ; à solliciter aussi nos partenaires pour qu'ils deviennent de vrais relais santé auprès de leurs usagers.

Autre dispositif né de l'action Forest Quartiers Santé : un réseau d'habitants-relais a été mis en place dans le quartier. Ces habitants référents communiquent sur la santé, le social, les droits ; certains entreprennent des actions dans leur quartier. Ainsi, Monsieur B., de nationalité congolaise, a au fil du temps créé une association avec ses voisins et amis et impulse en concertation avec Forest Quartiers Santé des actions de santé autour des questions de logement ou d'alimentation.

L'ensemble des actions menées nous a permis de mieux comprendre « la santé » à Forest, d'identifier précisément les représentations de la santé et les besoins des habitants, les moyens d'action mis en œuvre par certains intervenants publics (communes, CPAS, etc.) et privés (associations, etc.), les actions à mener. Nous avons pu développer notre capacité à comprendre et à agir sur la santé sur un territoire.

Mobiliser contre les inégalités

Ce que démontre l'évaluation du projet menée par un groupe réuni à cet effet en 2005, c'est qu'avec le temps et l'expérience, nos deux outils – les « groupes nominaux » et les « ateliers de santé communautaire » – se sont montrés pertinents pour initier quelques dynamiques en faveur de la santé. Même constat positif pour la boutique sociale et l'ensemble des activités qu'elle engendre. Outre les projets santé des habitants que nous soutenons, de nombreuses autres actions ont pu être menées à bien : le projet « activité physique avec les femmes », les plans et exercices d'évacuation en cas d'incendie dans les bâtiments publics et la formation aux premiers secours, les activités de dépistage du diabète mises en place annuellement, les expositions itinérantes sur les IST ou le logement fédérant quinze associations locales, la

création de l'observatoire de la santé et du social, de la commission communale santé, etc.

Aujourd'hui, ce qui est mis en lumière à travers ces années d'expérience et d'observation d'un territoire, ce qui émerge des groupes nominaux que nous réunissons, ce sont les inégalités. Dans le cadre de nos activités, nous sommes confrontés quotidiennement à une grande précarité, chez les personnes âgées, les femmes seules avec des enfants, les personnes sans papiers ou primo-arrivantes, les personnes seules et parfois maltraitées, d'autres sans emploi. Ainsi, par exemple, lorsque nous avons organisé un atelier sur les femmes battues, parmi la vingtaine de personnes présentes, plusieurs avaient une expérience très concrète de ce dont nous parlions.

Il reste des problèmes considérables à résoudre, l'action Forest Quartiers Santé y est sensible et travaille à alerter les autres associations. Mais au cours de ces années de travail, nous avons aussi rencontré des gens prêts à intervenir. Non seulement des associations, mais aussi des habitants et des élus ne sachant pas toujours quoi faire, ni comment le faire. Les acteurs sont là, le maillage de ce tissu nécessite du temps, du travail et une méthodologie particulière pour assurer une pérennisation de celle-ci. Un constat teinté de réalisme et d'espoir.

Bruno Vankelegom

Directeur, Forest Quartiers Santé asbl,
Bruxelles, Belgique.

Pour en savoir plus :
www.f-q-s.be

Comment les enseignants tunisiens conçoivent la « santé »

En Tunisie, l'éducation à la santé est prévue dans les enseignements primaire et secondaire. Dans la pratique, les enseignants ne sont pas initiés à ce concept et ont une approche très médicale de la santé. Telles sont les conclusions d'une recherche menée auprès d'enseignants exerçant dans différentes régions.

En Tunisie, l'école primaire a choisi d'intégrer les connaissances relatives à l'éducation à la santé dans les activités d'éveil scientifique. Il s'agit plutôt de questions relatives à l'hygiène (brossage des dents, lavage des mains, etc.). Au niveau des collèges et lycées, ces questions sont plutôt traitées dans le cadre de l'enseignement des Sciences de la vie et de la terre dont certains chapitres, tels que la nutrition ou la reproduction, relèvent potentiellement de la promotion de la santé.

Par ailleurs, certaines actions sont menées dans le cadre de la vie scolaire par des personnels de santé affectés aux établissements (infirmiers essentiellement, médecins) ou sous forme de clubs de santé. Or, une véritable éducation à la santé requiert l'implication des enseignants (1). Leur conception de la « santé », souvent implicite, oriente et influence leurs discours et leurs actions.

La santé, absence de maladie

Ce constat a orienté notre recherche. Il s'agissait de caractériser les conceptions des enseignants sur la santé¹, qui vont orienter et conditionner leurs réactions et leurs actions sur les questions relatives à l'éducation à la santé. Nous avons demandé à quatorze instituteurs de l'enseignement primaire exerçant dans quatre régions (Tunis, Gafsa, Sfax et Kasserine) d'inscrire spontanément des mots autour du concept « santé » et de définir ce concept².

L'analyse lexicale de leurs réponses caractérise leurs modèles explicatifs et leurs conceptions profondes du concept de la « santé ». Elle fait émerger une grande diversité de mots associés au concept « santé » : maladie, sport, détente, médecin, soin, médicaments,

vaccins, hygiène, etc. Deux axes se dégagent :

- le premier reflète l'ensemble de mots d'ordre médical tels que : médicaments, soins, médecins, etc. ;
- le second regroupe les mots du « bien-être » : détente, sport.

C'est le premier axe – médical – qui est le plus fortement représenté : tous les instituteurs associent la notion de « maladie » au concept « santé » et dix d'entre eux évoquent la notion de « soin ». Ainsi, pour l'un d'entre eux, « *est en bonne santé une personne qui ne présente pas de maladies, qui consulte souvent les médecins et qui prend les médicaments adéquats pour garder sa santé* ». À l'inverse, trois seulement évoquent la notion de « détente » et quatre associent santé à sport.

Sept enseignants évoquent, à côté de l'axe médical, celui relatif au « bien-être » et affichent une conception de « santé » plus riche que leurs pairs. Comme le définit l'un d'eux : « *Pour être en bonne santé, il faut essayer de ne pas attraper des maladies, essayer aussi d'avoir des moments de détente et de se détresser au maximum.* »

Une majorité des enseignants tunisiens interrogés semble réduire la santé à l'absence de maladie. Cela s'explique essentiellement par le fait qu'ils ne sont pas formés à l'éducation pour la santé.

Le pari de la formation

L'actuelle réforme – licence master et doctorat (LMD) – mise en œuvre dans l'enseignement supérieur pourrait faire évoluer la situation. Par ailleurs, un module d'éducation à la santé destiné aux enseignants de primaire a été créé au sein de l'Institut supérieur de l'édu-

cation et de la formation continue (institut spécialisé dans la formation des instituteurs, des techniciens et autres fonctionnaires de l'État). À ce jour, toutefois, il semble avoir été suivi par un nombre limité de professionnels.

En conclusion, une formation en éducation pour la santé des enseignants permettrait de faire évoluer une conception largement biomédicale vers une conception plus globale de la santé. Plusieurs auteurs dont R. Larue (2) s'accordent sur le fait que « *la formation des enseignants est l'élément le plus important pour la promotion de l'éducation de la santé dans les écoles* ». Elle est nécessaire afin de leur fournir des moyens de réflexion et des cadres explicatifs leur permettant d'intégrer les approches actuelles de la santé.

Sameh Hrairi

Enseignante universitaire tunisienne, docteur en didactique de la biologie, Institut supérieur de l'éducation et de la formation continue, Tunis.

1. Modèle utilisé : le concept didactique de « conception » de Giordan A. et De Vecchi G. (1987).

2. Deux exercices leur ont été proposés :
– « Inscrivez spontanément les mots, les expressions, les idées qui vous viennent en tête autour du concept « santé » inscrit au centre du cercle ci-dessous ».
– « Donnez votre définition de la santé ».

► Références bibliographiques

- (1) Deschamps J.-P. *Entretien*. Recherche et formation pour les professions de l'éducation 1998 ; n° 28 : 102-12.
(2) Larue R., Fortin J., Michard J.-L. *École et santé : le pari de l'éducation*. Paris : Centre national de la documentation pédagogique, Paris : Hachette, 2000 : 155 p.

La santé des migrants

Sans avoir la prétention de traiter, dans ce dossier, l'ensemble de la thématique Migrants et santé, nous avons sollicité une quinzaine d'experts (médecins, anthropologues, sociologues) et de praticiens du terrain ; ces auteurs présentent leurs analyses et leur manière de travailler.

Dans la première partie, nous dressons un état des lieux de la santé des migrants, fortement fragilisés par le déracinement qu'ils vivent. Un article focalise sur le drame du « double exil » vécu par les migrants âgés, contraints pour certains de finir leur vie en foyer en France. Puis le dossier passe en revue les différentes stratégies pour promouvoir la santé des migrants : dans les hôpitaux, dans les services d'accueil et de prise en charge des associations, dans la vie quotidienne. Dans tous les cas, le recours à des « médiateurs communautaires » de santé peut servir de trait d'union entre les professionnels et les migrants.

Dans la seconde partie, nous présentons des exemples concrets d'actions de prévention ou d'éducation à la santé : consultations du Comede pour promouvoir la santé des exilés, travail des associations de migrants dans la prévention du sida, éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, équipe mobile de professionnels de la prévention et du soin pour proposer un dépistage de la tuberculose dans les foyers en Seine-Saint-Denis.

Pour en savoir plus, d'importantes ressources documentaires sont présentées en fin de dossier. À souligner que ces dernières pages sont en ligne sur le site Internet de l'INPES et que tous les liens vers les documents cités sont ainsi activables.

Yves Géry
Rédacteur en chef.

Dossier coordonné par **Élodie Aïna Stanojevich**, chargée de mission en communication auprès des migrants et des populations des Dom, direction de la communication et des outils pédagogiques, INPES.

Migrants et santé : pour des actions de proximité adaptées

« Des acteurs de terrain témoignent de leur quotidien auprès des migrants pour mettre en œuvre des actions de prévention ou d'éducation pour la santé. »

Aborder la promotion de la santé des migrants est une question qui en amène une multiplicité d'autres. Déjà, la simple acception du terme « migrants » suscite la controverse. Les migrants sont-ils des primo-arrivants ou des personnes installées en France de longue date ? Des étrangers ou des Français d'origine étrangère ? Comment peut-on inclure dans un même groupe des personnes aux origines aussi diverses, aux

niveaux sociaux et aux parcours migratoires aussi différents ? Au-delà des questions de définition, comment prendre en compte les spécificités épidémiologiques, linguistiques, juridiques ou sociales des migrants ? Cette prise en compte conditionne-t-elle l'efficacité des actions de promotion de la santé ?

Face à cette série de questions « gigognes », nous avons souhaité dans ce dossier rendre compte de la diversité des éclairages théoriques pour saisir ce qui fait débat. Sociologues, anthropologues, professionnels de santé, responsables associatifs et institutionnels analysent les enjeux soulevés par la prise en compte des migrants dans les politiques de santé, abordant tour à tour les questions de discrimination, de précarité ou de vulnérabilité. Ils prennent également soin de replacer la dimension « culturelle » à sa juste place et nous mettent en garde contre les dangers de l'approche dite « culturaliste » qui impose l'argument culturel de manière restrictive et exclusive, en le détachant du contexte socio-économique global.

En miroir, des acteurs de terrain témoignent de leur quotidien auprès des migrants, fournissant des points d'appui concrets pour mettre en œuvre des actions de proximité adaptées, qu'elles relèvent de la prise en charge, de la prévention ou de l'éducation pour la santé.

Loin des polémiques stériles, les auteurs de ce dossier – que nous tenons ici à vivement remercier pour avoir accepté d'apporter leur contribution – nous offrent ainsi un riche et rare panorama de cette question complexe. Ils nous montrent aussi combien la lutte contre le VIH/sida, longtemps restée le point d'entrée quasi exclusif de la santé des migrants, a constitué un véritable catalyseur de la prise en compte de ces populations dans les politiques sanitaires. Si le travail accompli a ouvert la voie et permis des avancées déterminantes en la matière, il reste aujourd'hui à les préserver et les consolider.

Élodie Aïna Stanojevich

Chargée de mission en communication
auprès des migrants et des populations des Dom,
INPES.

La santé des étrangers : une question politique

Contrairement à ce que l'on croit souvent, il n'existe plus guère de pathologie spécifique liée à l'immigration. La santé des étrangers n'est en fait, comme la santé des nationaux, que le produit de leur condition sociale et notamment des inégalités dont ils sont victimes. C'est dire la contradiction que représente la conjonction d'une politique de l'immigration restrictive et d'une politique de la santé généreuse. Dans cet article « Point de vue », Didier Fassin, professeur à l'université Paris-Nord et à l'École des hautes études en sciences sociales, discute le coût financier, sanitaire et humain de ce qu'il considère comme une schizophrénie.

Pendant longtemps, la « santé des migrants » a été conçue comme un chapitre particulier de la médecine donnant lieu à un enseignement spécifique à la faculté et constituant un domaine à part de la clinique. Il y était question de pathologies tropicales, notamment d'infections inconnues sur le continent européen, et les malades dont on parlait étaient pour l'essentiel originaires de l'ancien empire colonial et de ses marches. Jamais la « santé des migrants » n'a concerné, par exemple, les Polonais, les Italiens ou les Portugais, qui ont pourtant représenté des vagues importantes de migrations : elle ciblait les Africains, voire les Asiatiques, les Latino-Américains – et même les personnes originaires des départements français d'outremer – consultant dans des services de médecine tropicale héritiers de l'institution coloniale pasteurienne. La singularité des « pathologies exotiques » (certains manuels avaient précisément cet intitulé), souvent jointe à l'attraction exercée par les territoires lointains d'où venaient les patients et à l'engagement des soignants en faveur des droits des migrants, donnait une tonalité particulière à cet exercice clinique. Cette parenthèse postcoloniale de l'histoire de la médecine s'est progressivement refermée quand l'immigration de travail a été, sinon complètement interrompue, du moins très fortement réduite, au milieu des années 1970. L'âge de la « santé des migrants » était, pourrait-on dire, révolu.

La santé, produit d'une condition sociale

S'intéresser aujourd'hui aux enjeux de

santé publique liés à l'immigration, ce n'est plus définir un chapitre de la médecine, c'est mettre en relation la condition sociale et les conditions de santé des étrangers. L'exotisme n'est plus guère de mise lorsque le quotidien est celui de la précarité et de l'illégitimité, du séjour menacé et des droits restreints, de la ségrégation dans le logement et des discriminations dans l'emploi. Naguère, on avait à la fois naturalisé (en parlant de maladies spécifiques) et culturalisé (en évoquant des croyances singulières) la santé des migrants : il nous faut bien convenir aujourd'hui qu'elle est avant tout une affaire politique. Ce qui rend compte de l'état de santé des personnes immigrées et de leurs enfants, ce ne sont plus des pathologies tropicales ou des pratiques insolites, c'est la double expérience de l'exil, c'est-à-dire d'un passé souvent fait de souffrances et de violences, mais aussi d'attentes et d'espoirs, et d'un présent désormais pris dans les contradictions de l'accueil et du rejet, de la solidarité affirmée et de l'inégalité subie.

À cet égard, il importe de comprendre les liens étroits existant entre condition sociale et conditions de santé. On a trop souvent tendance à isoler les deux réalités, à croire que la santé est avant tout une affaire d'accès aux soins et de compétence médicale, à penser que l'on peut laisser se dégrader l'existence quotidienne sans effets sur la vie physique et psychique des personnes. Or, de la même manière que si la France a aujourd'hui l'un des plus hauts niveaux d'inégalité devant la mort parmi les pays occi-

dentaux (alors que son système de soins est pourtant l'un des plus performants au monde), c'est parce que le niveau de ses inégalités sociales et économiques est aussi l'un des plus élevés, de la même manière les politiques qui ont pour conséquence de précariser et d'insécuriser des populations étrangères se paient d'une fragilisation de leur état de santé avec ses conséquences médicales et financières.

Les études épidémiologiques récentes, en Amérique du Nord mais aussi en Europe, montrent le retentissement sur la santé physique et psychique de ce que certains appellent la violence structurelle, faite d'injustice et d'intolérance, de discrimination et de racisme, avec son cortège d'humiliations et de frustrations. À l'inverse, il est établi statistiquement que la qualité de l'intégration sociale, entendue comme l'inscription dans la vie de la collectivité, et l'intensité de la cohésion sociale, au sens de la solidarité au sein de la société, influent favorablement sur l'état de santé, la fréquence des maladies, l'âge de la mort.

Autrement dit, bien plus que la qualité du système de soins et l'accès que l'on peut y avoir, c'est la condition sociale, à la fois objective (l'existence matérielle) et subjective (l'expérience personnelle), qui nous donne la clé de l'état de santé des personnes migrantes et de leurs familles. Habiter dans des logements vétustes ou des cités dégradées, ne pas trouver de travail à cause de sa couleur de peau ou de son patronyme, se voir refuser une prestation

sociale à laquelle on a droit, avoir peur de sortir de chez soi lorsqu'on est sans titre de séjour parce qu'on a été débouté du droit d'asile ou qu'on s'est fait opposer la situation de l'emploi lors d'un renouvellement de papiers, toutes ces situations exposent non seulement, dans certains cas, à des maladies et à des risques pour sa santé, mais aussi, de manière souvent peu visible, à une détérioration progressive de son état physique et psychique. Cette invisibilité, les enquêtes épidémiologiques et les études sociologiques la mettent aujourd'hui en évidence.

Une schizophrénie politique

Il y a donc une forme de schizophrénie dans la politique française telle qu'elle se développe aujourd'hui. Elle ne diffère d'ailleurs guère de ce que l'on observe dans plusieurs autres pays européens et, sous leur pression, elle tend à devenir le nouveau modèle de l'Union européenne, défini sommet après sommet, directive après directive.

D'un côté, la politique de l'immigration se durcit, les obstacles se multiplient non seulement à l'obtention mais aussi au renouvellement des titres de séjour, les conditions du regroupement familial sont rendues toujours plus exigeantes, les procédures d'asile deviennent de plus en plus sélectives et dissuasives, et, parallèlement, la répression de l'immigration irrégulière s'intensifie : c'est dire que la précarité et la vulnérabilité des migrants s'accroissent. Cette dégradation, tant objective que subjective, concerne bien sûr les sans-papiers, à l'évidence les plus menacés même lorsqu'ils sont depuis longtemps en France, mais affecte également, par l'insistance mise sur l'immigration comme « problème », les étrangers régulièrement

installés et même les personnes venues françaises et leurs enfants dont de nombreux travaux montrent qu'elles sont à leur tour victimes de discriminations.

Ainsi, l'idée selon laquelle il faut montrer plus de sévérité à l'encontre des étrangers en situation irrégulière afin de mieux intégrer les étrangers régulièrement présents ne correspond-elle pas à la réalité que vivent les immigrés : eux voient bien que, plus on s'en prend aux sans-papiers, plus ils sont à leur tour menacés au quotidien. Cette fragilisation qui, de proche en proche, touche l'ensemble des étrangers non communautaires (mais aussi aujourd'hui certains immigrés d'Europe de l'est, et notamment les Roms), a un retentissement sur l'état de santé, le risque de maladie et même le recours aux soins : combien de malades ainsi fragilisés ne consultent qu'à un stade avancé de leur maladie, au risque de complications médicales, de coûts de prise en charge plus élevés et, en cas de pathologie contagieuse, de dissémination infectieuse dans l'entourage ?

D'un autre côté, la politique de santé réaffirme les principes généraux de la solidarité et de l'égalité, étend le dispositif de protection sociale aux plus pauvres quelle que soit leur nationalité ou leur origine à travers la couverture maladie universelle et l'aide médicale de l'État, exige l'accès de chaque malade à des soins appropriés indépendamment de sa situation juridique, défend le droit à se maintenir sur le territoire pour les étrangers souffrant de pathologie grave qui ne peut être soignée dans leur pays. De même, les programmes d'information, d'éducation et de prévention s'adressent à tous les publics tout en cherchant souvent à adapter le contenu

de leurs messages et leurs modalités d'intervention aux conditions spécifiques d'existence et de réception des migrants.

Situation troublante, donc, où le ministère de la Santé, et les organismes de conseil qui lui sont rattachés, comme le Conseil national du sida ou le Conseil consultatif national d'éthique, tentent de corriger – ou de mettre en garde contre – les effets induits par les politiques nationales de l'immigration. Situation problématique aussi, qui conduit les professionnels de la santé, du social et de l'administration à devoir arbitrer sur le terrain entre ces injonctions contradictoires, et souvent, on le sait, en tranchant dans le sens de la réponse la plus restrictive en termes de droits et la plus défavorable aux patients. Le cas, désormais banal, des médecins libéraux et parfois des hôpitaux publics qui refusent de recevoir certains malades – une pratique contraire à la déontologie la plus élémentaire, mais tellement « normalisée » qu'elle n'est pas même sanctionnée par les instances ordinales ou administratives de la médecine – est emblématique de cette situation.

Une histoire en forme d'épilogue

Il y a quelques années, on découvrit que 99 % des cas sévères de saturnisme infantile dépistés en Ile-de-France concernaient des enfants de familles étrangères, dont 85 % originaires d'Afrique subsaharienne et 14 % du Maghreb. S'agissait-il d'un problème de « santé des migrants » ? C'est ce que crurent d'abord les responsables sanitaires qui, pour expliquer l'intoxication au plomb de ces petits enfants, invoquèrent des pratiques traditionnelles de leurs parents (on pensa successivement à l'encre des marabouts, au maquillage des femmes, aux poteries anciennes, avant de reconnaître le rôle des vieilles peintures murales) et firent même appel à des anthropologues (qui leur confirmèrent que l'appétence des enfants pour les fragments de ces peintures était due à des habitudes de géophagie des mères dans leur société d'origine). Le culturalisme a cette vertu rassurante de faire porter aux victimes des problèmes de santé la responsabilité de leur maladie.

La réalité était cependant tout autre. Les familles étrangères pauvres, pour beaucoup africaines, venues avec les vagues qui ont suivi la fermeture des frontières à l'immigration de travail en

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

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

Didier Fassin¹

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

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

Bibliographie

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

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

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

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

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

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

Perte d'affection et de protection

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

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

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

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

Perte d'identité sociale et familiale

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

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

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

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

Prendre en compte les maux d'exil

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

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

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

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

Arnaud Veisse

Médecin, directeur du Comede,
Le Kremlin-Bicêtre.

► Références bibliographiques

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

Migrants âgés : le drame du double exil

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

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

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

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

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

Population vieillissante et paupérisée

Le nombre des hommes de plus de 60 ans vivant en foyer a quintuplé depuis dix ans. Leur santé est particulièrement dégradée et leur vieillissement précoce. Les causes en sont la mauvaise qualité de vie (hygiène, nutrition), les conditions de travail difficiles qu'ils ont vécues et leurs conséquences (handicaps, accidents de travail). « Machine en panne », « reins cassés » sont les formules qui reviennent souvent pour parler du corps abîmé. À cela, il faut ajouter les syndromes dépressifs dont le plus répandu est le « mal partout »².

les autres, la construction de maisons de retraite pour immigrés ou la transformation des foyers avec services sociaux et médicaux adaptés. Ces propositions faites il y a déjà trois ans au ministre de la Cohésion sociale sont restées lettre morte. Il est urgent de les remettre à l'ordre du jour en les encadrant politiquement et juridiquement. L'enjeu majeur reste de faire accéder ces hommes au dispositif de santé auxquels ils ont droit et, s'ils le choisissent, de vieillir et mourir dignement dans ce pays auquel ils ont tant donné.

Omar Hallouche
Anthropologue.

1. Une partie des FTM d'Aralis à Lyon est constituée de chambres de 9 m² coupées en deux.

2. Le mal le plus répandu est la « kulchbite », définie comme un « bricolage à trois composantes : le préfixe kul (- tout - en arabe), l'infixe chi (- chose -) et ite qui désigne l'infection et l'inflammation ». Idriss I. L'innovation et le temps de l'intégration de l'altérité. *Le Journal des psychologues* 2001 ; n° 184 : 55-8.

3. 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 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. » *Extrait du Cahier Cram Rhône-Alpes n° 10, Migrants : isolement et vieillissement – quelles aides à domicile possibles ? Voir aussi rapport Igas 2002 cité en (5).*

4. Des expériences de locations ponctuelles avec garderie des bagages sont menées notamment par l'Office dauphinois des travailleurs immigrés dans le foyer de Très-Cloître, à Grenoble.

Le temps de présence au foyer est de plus en plus long au fur et à mesure que l'état de dépendance des résidents s'aggrave singulièrement lorsqu'ils ont perdu tout lien avec leurs familles. Les foyers deviennent, de fait, leurs maisons de retraite. Ainsi, certains hommes de plus de 75 ans, en état de dépendance totale, continuent à vivre dans un habitat dégradé, sans les commodités les plus élémentaires ni l'accompagnement approprié. La seule issue qui leur reste est souvent l'hôpital. C'est là, à l'occasion de survenue d'accidents ou de pathologies lourdes, que les professionnels de santé découvrent les immigrés qui vivent dans les foyers.

Quel avenir pour les vieux migrants ?

Les demandes d'aides à domicile ou d'entrée en établissement pour personnes âgées sont rares chez les résidents de

foyer. Elles sont par ailleurs difficiles à mettre en place. Le maintien à domicile qui implique la participation des familles n'est pas adapté à la situation de ces hommes qui vieillissent loin de leur étayage familial. Il est, plus que jamais, nécessaire de mettre en place des médiations pour les faire accéder à leurs droits en matière de santé, de soins et de retraite³. Ces problématiques ont fait l'objet de nombreux rapports, tables rondes et autres séminaires. Aujourd'hui, le temps n'est plus aux constats. Des pistes de travail existent, notamment après un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, en 2002 (5).

Pour ceux qui veulent rentrer au pays, les « chambres navettes »⁴ louées ponctuellement, la possibilité de toucher la totalité de leurs compléments de retraite sans conditions de résidence et le maintien d'un accès aux soins en France. Pour

► Références bibliographiques

(1) Hallouche O. *Paroles d'hommes à trois voix*. Entretiens avec 18 habitants de Vaulx-en-Velin. Paris : Assfam, 2002.

(2) Titre d'un livre de T. Ben Jelloun, Éd. du Seuil.

(3) Titre d'une recherche menée par le sociologue Jacques Barou.

(4) Sayad A. *L'immigration, les paradoxes de l'altérité*. Bruxelles : Éd. De Boeck, 1991 : 331 p.

(5) Bas-Théron F., Michel M. *Rapport d'enquête sur les immigrés vieillissants*. Paris : Igas, Rapport n° 2002 126, novembre 2002. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000107/0000.pdf>

Repères sur la santé des migrants

Pays d'immigration depuis plus d'un siècle, la France entretient pourtant avec cette question des relations complexes, évoluant en fonction de la situation économique et politique. Les migrants forment une population très hétérogène et présentent un ensemble de facteurs de vulnérabilité sociale, juridique et épidémiologique. Pour être efficaces, les actions de santé destinées à ces populations doivent tenir compte de ces spécificités.

Immigrés, étrangers, réfugiés, sans-papiers ou encore « personnes d'origine étrangère », l'usage parfois indifférencié de ces termes témoigne d'une certaine confusion dans l'ensemble de la société sur le statut des migrants en France (*voir encadré ci-contre*), cette confusion étant imputable pour partie à la politisation des questions d'immigration et d'asile au cours des trente dernières années. Dans la même période, l'émergence de nouvelles priorités de santé publique, en premier lieu la lutte contre l'épidémie de VIH-sida, a progressivement conduit les pouvoirs publics à prendre en compte les spécificités des populations migrantes en matière de santé (1). Si les données d'épidémiologie médicale restent rares, la contribution des sciences humaines et l'expertise des acteurs de terrain ont permis d'améliorer les connaissances sur les facteurs de vulnérabilité de ces populations et d'adapter ainsi les actions à mettre en œuvre pour la santé des migrants.

Une vulnérabilité particulière

Lorsqu'elle s'apparente à un déracinement, la migration peut être vécue comme une rupture, source de déséquilibres de tous ordres. Au-delà de l'obstacle linguistique, les migrants se heurtent à d'importantes difficultés de compréhension du fonctionnement du pays d'accueil. La résolution des difficultés d'ordre administratif, économique et social est prioritaire par rapport à la nécessité de prendre soin de sa santé. Le système de soins paraît opaque aux primo-arrivants (2) et la communication avec les professionnels de santé est rendue difficile par la confrontation de représentations et d'expressions différentes de la maladie (3-5). De plus, certains migrants sont fragilisés sur le plan psychologique – et

physique – par des antécédents de violence au pays d'origine, comme les exilés victimes de torture (6) ou les femmes victimes de mutilation sexuelle (7).

La vulnérabilité liée à la migration ou à l'exil est renforcée par une exposition particulière à la précarité sociale. Les migrants sont plus souvent en situation précaire que le reste de la population : revenus inférieurs de 32 %, niveau de vie inférieur de 26 %, risque de chômage plus élevé, conditions de logement moins favorables (8). De surcroît, ils sont exposés à des phénomènes de précarisation spécifiques, notamment du fait de leur statut juridique pour les étrangers en séjour précaire (obstacles à l'hébergement et à l'emploi, exploitation économique) (9), et de discriminations, en particulier dans le domaine de l'accès aux soins (10).

Des données épidémiologiques utiles mais insuffisantes

En termes de morbidité, les données épidémiologiques caractérisant les migrants sont rares. Pourtant, le recensement de « l'origine » des individus est autorisé dès lors que celle-ci est définie par des variables sociodémographiques classiques (lieu de naissance, nationalité, nationalité des parents, etc.). Ce sont surtout des réticences culturelles et politiques à voir ce champ de la santé investi par la recherche et les pouvoirs publics (12) qui expliquent l'insuffisance des études représentatives.

S'agissant des maladies infectieuses, les études de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) permettent d'observer des taux de prévalence significativement plus importants dans certaines populations étrangères que dans le reste

Statuts des migrants et dispositifs de protection maladie : quelques définitions

Migrant : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.

Immigré : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

Étranger : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

Exilé : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.

Demandeur d'asile : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

Refugié : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés.

Sans-papiers ou clandestin : étranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère légitime (attaches en France du « sans-papiers ») ou illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») de la présence de la personne.

de la population, en particulier pour le VIH (13, 14), les hépatites virales chroniques (15) et la tuberculose (16).

Une approche « par conglomérats » faisant la somme de travaux et rapports réalisés sur des échantillons restreints de migrants permet également d'établir un certain nombre d'hypothèses sérieuses sur la santé des migrants. Selon le rapport de l'Anaem (17), réalisé à partir des résultats de 8 086 visites médicales obligatoires en mai et novembre 2005, l'obésité, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont les principaux pourvoyeurs de maladies chroniques des étrangers bénéficiaires d'une carte de résident. Les résultats des bilans de santé proposés par le Comede à vingt mille patients exilés, suivis entre 2000 et 2006, mettent en évidence trois principaux groupes de pathologies : psycho-traumatismes, maladies infectieuses (dont le diagnostic est effectué en France dans 94 % des cas) et maladies chroniques (18).

La fréquence importante de psycho-traumatismes parmi l'ensemble des migrants est également retrouvée par l'INPES dans une étude réalisée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de deux mille personnes en population générale, parmi lesquelles cent soixante-quatorze personnes étaient nées à l'étranger (enquête Anadep/INPES à paraître en 2008). S'il n'apparaît pas de différence entre les migrants et les autochtones en matière de dépression et de recours aux soins de santé mentale, les migrants présentent des antécédents significativement plus fréquents de crise d'angoisse et d'états de stress post-traumatique.

Au-delà de l'approche par pathologies, une approche par populations permet de mettre en évidence une plus grande vulnérabilité de certains groupes démographiques : les enfants (47 % des enfants primo-dépistés entre 1995 et 2002 pour le saturnisme sont originaires d'Afrique subsaharienne, 23 % d'Afrique du Nord ou de Méditerranée orientale) (19) ; deux tiers des enfants défenestrés sont d'origine étrangère dont 55 % d'origine africaine (20) ; les femmes (prévalence plus élevée de grossesses non désirées et de complications obstétricales chez les étrangères) (21), les mineurs étrangers isolés (7), ou encore les personnes âgées

vivant en foyer (capital santé fortement dégradé, vieillissement précoce) (22).

Des difficultés d'accès aux soins

Au cours des vingt dernières années, l'exclusion des soins est apparue comme l'un des grands problèmes de santé en France. Les pouvoirs publics y ont répondu par une succession de réformes conduisant à favoriser l'accès aux soins des Français et des étrangers en séjour stable, au prix toutefois de l'exclusion progressive des étrangers en séjour précaire (23, 24). Or, pour des patients très démunis financièrement, seule l'obtention d'une protection maladie intégrale (base et complémentaire) permet de garantir la continuité des soins, au-delà des premiers soins, qui peuvent être délivrés dans les dispositifs de soins « gratuits » (25, 26). Bien qu'ils aient théoriquement droit à une telle protection au terme d'une période de résidence de trois mois, les étrangers en

séjour précaire restent confrontés par la suite à la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par les acteurs du système de santé, y compris la Sécurité sociale (18). Et, si leur intervention permet de résoudre les principales difficultés d'accès à la protection maladie, les associations et professionnels spécialisés sont impuissants face à d'autres problèmes d'accès aux soins, comme l'inexistence d'un service public d'interprétariat ou encore les refus de soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU (27) (*voir encadré en haut de la page suivante*).

Évolution des politiques de prévention

Au-delà des principes de prise en charge développés dans plusieurs articles de ce dossier, la prise en compte de la spécificité des migrants dans les politiques publiques est au cœur des débats

sur la prévention (30). Comme pour l'accès aux soins et à la protection maladie, les programmes de lutte contre le VIH ont joué un rôle majeur dans l'identification de populations particulièrement vulnérables, au premier rang desquelles figurent les migrants originaires d'Afrique subsaharienne. La caractérisation d'attitudes, croyances et comportements fréquents dans ces populations (31) a conduit les acteurs de terrain puis les pouvoirs publics à adapter et affiner leur approche.

À la suite de l'alerte épidémiologique lancée par l'InVS à la fin des années 1990, l'État a ainsi mis en place un programme spécifique de lutte contre le VIH en direction de migrants, en renforçant significativement sa politique de prévention. Outre le financement d'études et de recherches, la mise à disposition gratuite de matériel de prévention et le soutien aux acteurs de terrain, un dispositif de communication en direction des Africains émerge en 2002, avec la diffusion d'une campagne télévisée sur les antennes nationales. Fortes du constat que les migrants subsahariens ne se sentaient pas destinataires des messages adressés au grand public, les stratégies de communication vont dès lors privilégier une approche ciblée, en

Protection maladie : Sécurité sociale, CMU et AME mode d'emploi

En France, l'accès aux soins est organisé selon le dispositif suivant :

- **Sécurité sociale de base (dont couverture maladie universelle – CMU – de base) :** protection maladie pour la prise en charge des frais médicaux, droit pour toute personne vivant en France en situation régulière et depuis au moins trois mois (sauf pour les demandeurs d'asile, qui sont dispensés de cette dernière condition).
- **CMU complémentaire :** les personnes qui ont de faibles ressources (et ne peuvent donc pas souscrire une mutuelle ou une assurance complémentaire privée) peuvent bénéficier de la CMU complémentaire ; elle permet au patient de se faire soigner sans déboursier d'argent pour les consultations (à l'hôpital et chez le médecin), les examens de laboratoire et les médicaments.
- **Aide médicale de l'État (AME) :** dispositif de protection maladie destiné aux personnes qui n'ont pas de titre de séjour et qui disposent de faibles ressources.
- **Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) :** sans argent et sans protection maladie, seules ces permanences de l'hôpital public peuvent délivrer des soins nécessaires.

dépôt de la crainte de stigmatisation qui avait longtemps inquiété les acteurs de prévention. Car, si le risque existe de stigmatiser ces populations en s'adressant spécifiquement à elles dans les médias à forte visibilité, l'expérience a désormais montré qu'il pouvait être évalué et limité (32).

Progressivement, la lutte contre le VIH a ainsi battu en brèche les tabous liés à la prise en compte de l'étranger dans les politiques de santé publique. Aujourd'hui, les pouvoirs publics en

charge de la prévention, dont l'INPES, s'engagent sur la voie d'une approche spécifique étendue à d'autres pathologies auxquelles les migrants sont particulièrement exposés, afin de mieux prendre en compte les multiples facteurs de vulnérabilité de ces populations.

Approche spécifique et discriminations

La notion d'« approche spécifique » des questions de santé des migrants crée parfois débat lorsqu'elle s'apparente à une forme de « discrimination

Cinq millions d'immigrés vivent en France

Selon l'Insee, 4,9 millions d'immigrés résidaient en France métropolitaine en 2004 (1), dont 40 % de Français (acquisition de nationalité). Un tiers des immigrés sont originaires de l'espace économique européen (les vingt-sept pays de l'Union européenne plus l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein), un tiers d'Afrique du Nord, et un tiers de l'ensemble des autres régions. Par rapport aux recensements précédents, la proportion d'immigrés originaires d'Afrique, d'Asie et d'Europe de l'Est a augmenté, alors qu'elle a diminué pour l'Espagne et l'Italie.

Dans la population immigrée, hommes et femmes sont désormais aussi nombreux, par l'effet notamment du regroupement familial. Le niveau de formation s'est nettement élevé pour les immigrés, tout comme pour l'ensemble de la population. Compte tenu du vieillissement des populations résidant depuis longtemps sur le territoire, l'âge moyen des immigrés est plus

élevé (45 ans) que celui du reste de la population (38,5 ans). Quatre immigrés sur dix résident en Ile-de-France, un sur dix en Rhône-Alpes et un sur dix en Provence – Alpes – Côte d'Azur (2).

Fin 2005, le ministère de l'Intérieur comptabilisait 2 294 506 étrangers ressortissants de « pays-tiers » titulaires d'un titre de séjour dont 78 % titulaires d'une carte de résident (dont 117 803 réfugiés sous protection de l'Ofpra) (3), 15 % d'une carte de séjour temporaire, 6 % d'un document provisoire de séjour (dont les demandeurs d'asile). Estimé entre 200 000 et 400 000 personnes par le ministre de l'Intérieur en 2006, le nombre des étrangers en séjour irrégulier reste très largement sujet à caution (4).

Contraints de vivre hors de leur pays d'origine pour des raisons politiques et/ou médicales, les exilés sont originaires de régions très diver-

ses : principalement Europe de l'Est hors Union européenne (37 % des demandeurs d'asile, 27 % des réfugiés), Afrique centrale (25 % des « étrangers malades », 15 % des réfugiés), Asie de l'Est (26 % des réfugiés), Afrique du Nord (22 % des « étrangers malades »), Afrique de l'Ouest (29 % des « étrangers malades »), Asie du Sud (15 % des réfugiés) et Caraïbes (12 % des demandeurs d'asile). Ces populations résident principalement dans les régions Ile-de-France, les départements d'Outre-Mer, Rhône-Alpes et Provence – Alpes – Côte d'Azur.

(1) Insee. Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. *Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004*. Insee Première 2006, n° 1098 : 4 p.

(2) Insee. Les immigrés en France – édition 2005. Paris : Insee, coll. *Références Insee*, 2005 : 161 p.

(3) Ofpra. Rapport de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides. *Ofpra*, 2005 : 69 p.

(4) Sénat. Rapport de la Commission d'enquête sur l'immigration clandestine. *Sénat* 2006, rapport n° 300.

positive ». En effet, le traitement différentiel relatif aux discriminations est généralement perçu comme illégitime puisqu'il s'oppose au principe d'égalité de traitement de tous les citoyens, garanti par la Constitution et hérité d'une longue tradition républicaine. Cependant, le principe d'égalité peut faire l'objet d'exceptions dès lors que les différences de traitement trouvent leur justification au travers d'une différence de situation ou de l'intérêt général : c'est le principe de la discrimination positive. En l'espèce, la vulnérabilité des migrants et l'intérêt de la santé publique peuvent justifier la mise en place de mesures préférentiel-

les – comme une politique de vaccination ou une campagne de prévention ciblées –, à condition toutefois que l'impact de la mesure ne soit pas disproportionné par rapport au but visé et que les retombées négatives potentielles, notamment le fichage ou la stigmatisation, demeurent maîtrisées (33).

Cependant, des réticences à cette approche spécifique persistent et ces avancées en matière de prévention restent fragiles, s'appuyant tantôt sur le manque de travaux épidémiologiques représentatifs, tantôt sur la « nécessité » de dissoudre la question des migrations dans celle de la précarité sociale, igno-

rant ainsi les particularités épidémiologiques, linguistiques ou juridiques des migrants. Faisant écho au débat sur l'immigration, la peur du communautarisme et l'argument de l'intégration républicaine entretiennent parfois l'illusion d'une égalité de fait que l'égalité de droit, bien que nécessaire, n'est pas suffisante à garantir.

Élodie Aïna Stanojevich

Chargée de mission en communication auprès des migrants et des populations des Dom, INPES.

Arnaud Veïsse

Médecin, directeur du Comede, Le Kremlin-Bicêtre.

► Références bibliographiques

(1) Veïsse A., Aïna Stanojevich É. Migrations et santé. In : Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (sous la dir.). *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, coll. Traités, 2007, 2^e éd. : 536 p.

(2) CFES. Étude qualitative exploratoire sur les modes et les sources d'information des migrants issus des pays d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, d'Asie du Sud/Sud-Est, d'Europe de l'Est concernant le VIH/sida. Sorghem, 2002.

(3) Baubet T., Moro M.-R. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson, coll. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française 2003 : 236 p.

(4) Bouchaud O., Chérabi K. *Particularité de la prise en charge des migrants infectés par le VIH en France*. La revue du praticien 2006 ; 56 (9) : 1005-10.

(5) Migrations Santé. *La santé mentale des migrants et des réfugiés*. Actes du colloque de l'association Minkowska, 2003-2004 : 115-20.

(6) Comede. *Violence et torture, survivants et soignants*. Dossier. Maux d'exil 2006, n° 14 : 1-8.

(7) Comité médical pour les exilés (Comede). *Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire - édition 2008*. Saint-Denis : INPES, 2007 : 568 p.

(8) Insee. *Les immigrés en France - édition 2005*. Paris : Insee, coll. Références Insee, 2005 : 161 p.

(9) Garson J.-P. *Où travaillent les clandestins ?* Direction de l'Éducation, de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales, OCDE L'observateur, décembre 1999.

(10) Fassin D., Carde E., Ferré N., Musso-Dimitrijevic S. *Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins*. Rapport du Cresp, Bobigny, 2001.

(11) Lert F., Martin M., Melchior M., Ville I. *Comment caractériser l'ethnicité dans les travaux épidémiologiques en France : approche exploratoire à partir de l'étude Insee-Histoire de vie*. Épidémiologie sociale et inégalités de santé, colloque thématique de l'Adelf, 2006.

(12) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, HCSP. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP, coll. Avis et rapports, 1998 : 368 p.

(13) InVS. *Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005*. BEH 2006 ; n° 48.

(14) Lot F. *Place des étrangers dans l'épidémie de VIH-sida en France*. Maux d'exil 2006, n° 17.

(15) InVS. *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*. Saint-Maurice : InVS, 2006 : 114 p.

(16) InVS. *Les cas de tuberculose déclarés en France en 2003*. BEH 2005 ; n° 17-18.

(17) Anaem. *La santé des primo-migrants en 2005*.

(18) Comité médical pour les exilés (Comede). *La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2005*. Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 2006 : 48 p.

(19) InVS. *Dépistage du saturnisme de l'enfant en France de 1995 à 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2006 : 60 p.

(20) InVS. *Enquête permanente sur les accidents de la vie courante*. Saint-Maurice : InVS, 2006 : 12 p.

(21) Assemblée nationale. *Contraception, IVG. Mieux respecter les droits des femmes*. Rapport d'information 2000, n° 2702.

(22) Attias-Donfut C., Tessier P. *Santé et vieillissement des immigrés*. Retraite et société 2005 ; n° 46 : 89-129.

(23) Maille D., Veïsse A. *Accès au système de santé pour les étrangers : le droit progresse, l'exclusion persiste*. Ecorev 2001 ; n° 6.

(24) Maille D., Toullier A., Volovitch P. *L'aide médicale d'État : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel*. Revue de droit sanitaire et social 2005 ; n° 4 : 543-54.

(25) Chauvin P., Parizot I., Revet S. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2005 : 325 p.

(26) Delbecchi G., Fleury F., Veïsse A., et al. *Charité et continuité des soins, des logiques divergentes*. La presse médicale 1999 ; n° 28 : 20.

(27) Igas. *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*. Rapport de J.-F. Chadelat. Paris : La Documentation française, 2006 : 32 p.

(28) Belkis D., Franguiadakis S., Bourgeois F., et al. *Demandeurs d'asile. Un engagement clinique et citoyen*. Rhizome 2005 ; n° 21 : 60 p.

(29) Veïsse A. *Malades en exil, exilés malades*. Transcriptases 2004 ; n° 114 :

(30) Comiti V.-P., Patureau J. *La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires*. Santé, Société et Solidarité 2005 ; n°1 : 129-40.

(31) Lydié N. (sous la dir.) *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2007 : 288 p.

(32) INPES. *Post-test des campagnes télévisées de prévention du VIH-sida, 2002-2007*.

(33) Lochak D. *Concilier protection des plus vulnérables et principe d'égalité*. Audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG. SFSP, 13 et 14 novembre 2006.

Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants

Les professionnels doivent intégrer les représentations culturelles des migrants qu'ils prennent en charge. Mais cette approche ne doit surtout pas gommer le contexte socio-économique – déterminant en général plus influent du comportement face à la maladie –, comme c'est souvent le cas. Efficace, le recours à un médiateur rapproche le professionnel du patient. En présentant des parcours de vie de différents patients, Olivier Bouchaud montre comment les incompréhensions peuvent être levées. Par ce qu'il définit comme une « attitude d'acceptation de l'Autre différent ». Analyse et cas concrets.

Dans le quotidien d'un service hospitalier ou d'un exercice en médecine de ville, la prise en charge des migrants – même si elle ne pose aucun problème apparent dans la majorité des cas – conduit parfois les soignants à des interrogations sur telle ou telle réaction d'un migrant. Dans ces situations, la méconnaissance réciproque de « l'Autre », avec ses systèmes de fonctionnement propres, peut conduire à des conflits ouverts dont l'issue est parfois désolante : « fugue » du patient, violence, rupture de suivi, inobservance thérapeutique, etc. Cette méconnaissance peut aussi générer – et c'est probablement tout aussi grave – des souffrances cachées liées à des angoisses profondes non comprises ni même seulement imaginées par les soignants. Une attitude d'écoute et non pas de rejet de principe – pourtant mode de réaction fréquent de « l'institution », qui a une tendance naturelle à considérer que c'est aux patients de s'adapter à elle et non pas l'inverse – est un minimum indispensable pour désamorcer, voire mieux prévenir ces incompréhensions et donc les conflits.

Entre « culturalisme » et « nihilisme »

Aborder la dimension culturelle dans la prise en charge des migrants, c'est prendre le risque d'être accusé de faire du « culturalisme » et de nier les déterminants socio-économiques, qui jouent pourtant de façon générale un rôle important sinon prépondérant dans le comportement des patients face à leur maladie. C'est faire fi du contexte socio-

économique car de nombreux indicateurs montrent que les immigrés, primo-arrivants et générations suivantes sont dans une situation sociale et économique plus difficile que les Français de souche. Vouloir nier cette dimension dans la prise en charge d'un patient migrant, c'est passer à côté de phénomènes explicatifs souvent bien utiles au soignant (et donc au patient) pour essayer de comprendre les incompréhensions réciproques. C'est aussi se priver de moyens efficaces d'amorcer ou de parfaire l'alliance thérapeutique, la tendance étant de considérer les « différences » culturelles (mais sont-elles si profondément différentes ?) comme un obstacle de principe alors qu'elles peuvent se révéler au contraire de puissants alliés.

Différence culturelle : pas forcément un obstacle

La spécificité culturelle est ainsi évoquée fréquemment dans la littérature concernant les migrants : la langue, les représentations de la maladie, de la mort, de la sexualité, liées aux références culturelles et religieuses déterminent l'ensemble des attitudes, connaissances et comportements face aux « choses de la vie ». Mais, très souvent, ces documents présentent rarement le problème de façon globale ; et l'analyse culturelle devient exclusive et restrictive en l'absence de réflexion socio-économique plus générale. De plus, énoncée souvent de manière uniforme, l'analyse culturelle ne tient pas compte des richesses de savoirs des individus et des

groupes, ou elle tend à les nier. Les pratiques et représentations culturelles ne sont ainsi souvent pensées qu'en ce qu'elles seraient un obstacle, un frein majeur à l'accès au discours moderne occidental, à la connaissance scientifique et médicale. Introduisant une dichotomie entre « cultures modernes » et « cultures traditionnelles », ces discours structuralistes tendent à caractériser ces dernières par leur irrationalité et leur archaïsme.

Pas besoin d'être anthropologue

À l'inverse, connaître quelques éléments des structures sociales « traditionnelles » ou des représentations de la maladie, sans que le soignant ait pour autant besoin de devenir anthropologue, va permettre de mieux comprendre les réactions déroutantes avec leurs conséquences évoquées plus haut tout en restant dans le champ privilégié de la relation « singulière » soignant/soigné (1). Ainsi, par exemple, connaître la puissance de la représentation symbolique du sang, support de l'énergie vitale, de « l'âme vitale », permettra de comprendre et de mieux guider la « négociation » devant un refus de la prise de sang (1). La médiation est une expérience innovante en la matière. Lorsque le pont entre ces deux références thérapeutiques (soignant/patient migrant) est difficile à établir du fait d'un conflit entre les deux, d'une hésitation d'un côté ou de l'autre à faire confiance à l'autre référence, lorsqu'une incompréhension ou des doutes polluent l'alliance thérapeutique,

grave qui révélera un syndrome d'immunodépression. Alors que son état est préoccupant, il refuse catégoriquement la prise de sang lorsque l'infirmière se présente avec une quinzaine de tubes à remplir. Une discussion « pacifiée » après une réaction un peu vive de l'infirmière a permis de négocier les trois tubes indispensables (et en pratique suffisants !).

La famille de madame B., musulmane, se heurte violemment au médecin qui, par souci d'atténuer le choc de l'annonce brutale d'une fin apparemment proche en raison de pauses respiratoires, « annonce » le décès de madame B. pour la nuit. Décryptage : le fait de savoir que chez les musulmans – ce qui n'est évidemment pas spécifique aux seuls musulmans – le moment de mourir (par essence de responsabilité divine) ne s'annonce pas, aurait permis au praticien de mieux gérer une fin de vie en laissant la responsabilité du moment ultime à « Dieu ». Cette connaissance aurait permis d'éviter l'affrontement avec la famille de madame B., même si dans ces moments difficiles une agressivité des proches est compréhensible indépendamment de toute dimension religieuse.

Madame S., malienne, venant d'arriver en France, s'échappe brutalement du service d'obstétrique où elle vient d'être hospitalisée pour une complication de sa grossesse. Explication : c'est vraisemblablement le comportement « direct » du gynécologue qui, en se précipitant sans une parole sur le ventre de

la patiente, a pu lui faire craindre qu'il pourrait ainsi « jeter un sort » sur l'enfant, ce qui a provoqué la fuite. Mais a-t-on besoin d'une explication culturelle pour dénoncer le comportement du professionnel en question ?

Madame A. insiste pour aller au pays « même seulement huit jours » alors qu'elle sort à peine d'une paraplégie prolongée et qu'elle est encore sous traitement. La confiance étant déjà établie avec son médecin, elle l'a informé sans détour qu'elle devait aller au pays faire « quelque chose » puisqu'elle allait mieux (ce quelque chose devait permettre de compléter sa guérison « là-bas », d'où la nécessité absolue de sa présence). Face à ce type de cas, savoir s'interroger sur le principe de la double causalité d'une maladie – d'ailleurs loin d'être absent dans nos cultures européennes et qui fait qu'une maladie n'arrive jamais par « hasard » – va permettre, à côté de la prise en charge par la médecine « biologique » de la cause « naturelle » (le virus VIH, le bacille de Koch, la fracture osseuse, etc.), d'accepter la complémentarité d'une deuxième référence thérapeutique – sans pour autant mélanger les rôles – pour prendre en compte la cause « surnaturelle » (rôle des esprits, des *jnouns*, des ancêtres, du sort jeté, etc.). Causalité qui répond à la question « pourquoi moi ? pourquoi maintenant ? » (3-6).

Madame F. tousse toujours « comme au début », six mois après un traitement antituberculeux bien pris, alors que tous les indicateurs médicaux font état

l'intervention d'un médiateur de santé peut être un outil extrêmement efficace. La relation médecin-malade est sans doute trop exclusive et l'intervention de professionnels non médicaux multidisciplinaires (médiation, consultations d'observance, par exemple) va émerger comme une nécessité pour tous les patients suivis pour maladie chronique (2). (NDLR : voir aussi l'article d'Emmanuel Ricard dans ce même numéro).

Histoires de tous les jours

Mais comment faire concrètement ? Partant de notre pratique, nous vous présentons ci-dessous des « parcours de migrants » pris en charge à l'hôpital Avicenne. Des cas courants de prise en charge dans lesquels les représentations culturelles ont une forte influence. Que constate-t-on ? Selon que le problème sera analysé et traité avec compréhension ou rigidité, l'issue sera radicalement différente : favorable et source d'une alliance future solide entre patient et soignants dans le premier cas, désastreuse en laissant, des deux côtés, des traces négatives profondes dans le second.

Monsieur T., malien, est hospitalisé en urgence pour une détresse respiratoire liée à une infection respiratoire

Représentations et pratiques des soignants : conseils aux professionnels

- En cas de maladie chronique, les retours au pays – qui, si l'état clinique est stable, ne doivent pas être découragés tant ils sont psychologiquement importants – doivent être préparés avec soin, notamment pour s'assurer des conditions d'une prise régulière des traitements.
- Beaucoup plus que le niveau d'observance, qui apparaît comparable aux autres patients, ce sont les difficultés socio-économiques aggravées par des entraves administratives souvent illégales et un fréquent isolement social et affectif qui caractérisent la situation de beaucoup des patients migrants.
- Plus que les différences culturelles – qu'il faut cependant savoir prendre en compte et qui peuvent se révéler de puissants alliés thérapeutiques –, ce sont les difficultés psychosociales et économiques ainsi que la barrière linguistique (intérêt d'un interprétariat professionnel) qui doivent être explorées en cas de mauvais résultats thérapeutiques.
- Les pratiques de soin doivent évoluer pour accorder davantage de place au travail multidisciplinaire en équipe afin de tendre vers une prise en charge « globale ». La médiation, qui permet aussi de redonner au temps toute sa valeur, est l'un des aspects nouveaux de ce « partage du pouvoir ».

d'une guérison. Explication : la toux masquait autre chose qu'il fallait explorer. Après échange et compréhension, il s'est avéré que madame F. avait fait sa tuberculose dans un contexte familial particulier très difficile. Lorsque ensuite elle a pu se rendre au Sénégal pendant deux semaines (ce qu'elle n'avait pu faire avant pour des raisons financières), la toux a disparu. Comme dans l'exemple précédent, c'est la possibilité pour la patiente de se soigner en prenant en compte ses propres représentations – et donc une causalité et un traitement non médical – qui aurait fait disparaître cette toux.

Au-delà de ces cas, savoir par exemple que le Coran stipule que le fait d'être malade est une « contre-indication » à la pratique du Ramadan va permettre de mieux argumenter de l'importance de la continuité des traitements. Savoir que certaines informations « ne peuvent pas se dire » directement au sein d'un couple (mais via un intermédiaire pas toujours disponible en France) va permettre de mieux comprendre – ce qui ne veut pas dire renoncer à convaincre – le non-partage de tel ou tel diagnostic au sein d'un couple.

L'interprète : une nécessité absolue

À la fin de la lecture de cet article, l'erreur serait de conclure que la prise en charge des migrants est une affaire de « spécialistes ». Notre souhait est au contraire d'inciter les soignants à approfondir la relation avec leurs patients en adoptant une position d'ouverture (ce qui ne veut pas dire que l'on doit tout accepter) et en poussant « l'institution » à s'adapter aux spécificités des patients. Par exemple, l'accès large à l'interprétariat professionnel⁷ devrait être une obligation déontologique, par ailleurs source ultérieure évidente d'économie pour la collectivité en soins ou réhospitalisations évités grâce à une meilleure compréhension des problèmes et des solutions.

Cette attitude d'acceptation de « l'Autre différent » ne doit évidemment pas s'arrêter aux migrants mais devrait être la pierre angulaire de toute relation soigné/soignant, tout patient devant bénéficier d'une prise en charge « globale » tenant compte des spécificités propres à chacun. C'est ainsi qu'on pourra inverser cette tendance tant décriée mais

hélas trop souvent vraie d'une médecine de plus en plus « déshumanisée » : trop exclusivement technique, laissant insatisfaits soignés et soignants, et coûteuse. Car des économies considérables seraient réalisées si l'on prenait le temps de parler et d'écouter !

Olivier Bouchaud

Professeur, Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Avicenne et université Paris-13, Bobigny, Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée – Fondation internationale Léon-Mba, Paris.

1. Inter Service Migrant : par téléphone dans toute la France (24/24, 7/7) : 01 53 26 52 62 ; par déplacement (Ile-de-France seulement) : 01 53 26 52 52 ; www.ism-interpretariat.com

Pour en savoir plus

olivier.bouchaud@avc.ap-hop-paris.fr
À noter que l'hôpital Avicenne a réalisé un film de huit minutes sur la prévention du paludisme chez les migrants, dans le cadre de la Société de médecine des voyages.

► Références bibliographiques

- (1) Pays J.-F. Relation avec les malades originaires d'Afrique noire. In : Durand H., Biclet P., Hervé C. *Éthique et pratique médicale*. Paris : Doin, 1995 : 18-21.
- (2) Bouchaud O., Chérabi K. *Particularités de la prise en charge des migrants infectés par le VIH en France*. La revue du praticien 2006 ; 56 (9) : 1005-10.
- (3) Bonte P., Iazard M. (sous la dir.). *Le dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2000 : 436.
- (4) Dozon J.-P., Sindzingre N. Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine. In : *La santé dans le tiers monde*. Coopérative d'édition de la vie mutualiste, coll. Prévenir, 1986 : 43-52.
- (5) Claisse-Gauchy R. *Médecine traditionnelle au Maghreb. Rituels d'envoûtement et de guérison au Maroc*. Paris : L'Harmattan, coll. Santé et sciences humaines, 1996 : 170 p.
- (6) Brelet C. *Médecines du monde : histoire et pratiques des médecines traditionnelles*. Robert Laffont, coll. Bouquins, 2002 : 960 p.

Les consultations d'ethno-médecine sont-elles utiles ?

À côté des déterminismes socio-économiques, la dimension socioculturelle a, chez les migrants mais pas seulement chez eux, une influence certaine dans l'acceptation du diagnostic et du suivi notamment d'une maladie chronique, la maladie ayant toujours un « sens ». Faut-il pour autant considérer que cette dimension justifie un recours large, voire systématique, à des consultations spécialisées « ethnocompétentes », réalisées par un ou des médiateur(s) originaire(s) ou proche(s) de la culture du patient, en présence ou non des soignants du patient ? La réponse est probablement non car le recours systématique à ce type de consultation accèderait l'idée que le comportement des migrants face à leur maladie est principalement médié par leur « spécificité » culturelle. C'est vraisemblablement inexact pour deux raisons principales : les spécificités culturelles, attribut des sociétés « traditionnelles », sont finalement pour une grande part très universelles si l'on regarde quelques générations en arrière ce qu'étaient nos cultures européennes et la réaction profonde d'un individu (même composant d'une « communauté ») face à une menace grave sur sa vie doit être elle aussi très universelle.

Dans certaines situations, ces consultations « ethnocompétentes » sont pourtant d'un grand intérêt et les soignants qui ont pu en bénéficier en sont, en général, assez convaincus. Ainsi, lorsque la relation soignant/soigné bute sur un obstacle « insaisissable », une consultation de ce type avec médiation culturelle contribuera à éclairer la situation ; la médiation permettra d'amorcer un déblocage non pas en mettant en œuvre des « gris-gris » bien exotiques mais en donnant au patient la possibilité d'exprimer sa détresse, ses doutes ou ses difficultés dans un registre qui lui est familier. De même, lorsque les difficultés du patient s'expriment sur un mode franchement « pathologique », une prise en charge ethnopsychiatrique (grâce aux outils de la psychiatrie transculturelle s'inscrivant dans un système de référence familier et accessible au patient) a plus de chances de succès pour les mêmes raisons. Pour le reste, la seule « ouverture d'esprit » des soignants, éclairée par une sensibilisation/formation aux différences culturelles qui représente probablement le champ d'action le plus utile des médiateurs évoqués plus haut, reste l'outil le plus performant pour construire une alliance solide et efficace en montrant au patient (à tous les patients !) qu'on l'accepte tel qu'il est et non pas tel qu'on voudrait qu'il soit.

O. B.

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

Comment les professionnels de la santé et du social peuvent-ils se mettre à l'écoute des migrants qu'ils suivent, prendre en compte leur histoire et leurs représentations ? En se faisant épauler par des « médiateurs communautaires de santé » de la même culture que le public concerné. Ces médiateurs font un travail de « passeurs » indispensable dans certaines situations. Mais ce travail s'apparente souvent à un défi car ils manquent de reconnaissance.

De plus en plus d'organismes socio-sanitaires ayant une activité de soins, de promotion de la santé et de prévention (hôpitaux, centres sociaux, associations et leurs intervenants de terrain, etc.) s'efforcent de répondre aux besoins particuliers ou aux difficultés posées par leurs publics migrants ou plus largement issus de communautés ethno-culturelles¹. Pour ce faire, ils se dotent des moyens ou outils nécessaires à cet effet. Certains organismes embauchent des intervenant(e)s issu(e)s des publics ciblés, d'autres ont recours à des intervenants extérieurs, le plus souvent du monde associatif, afin de pouvoir tenir compte des obstacles ayant trait à la langue, aux difficultés d'accès aux soins, aux droits ou aux services, comme aux barrières d'ordre culturel. Cet article présente le constat effectué à l'occasion de la formation et du suivi de « médiateurs de santé publique », dans le cadre d'un programme (Imea) réalisé entre 2000 et 2005.

Il ressort de ce constat que la tâche des médiateurs de santé est utile mais difficile et qu'elle s'apparente parfois à un défi. Au cours de ces années d'observation, nous nous sommes rendu compte que les médiateurs de santé publique issus des mêmes communautés que le public concerné peuvent avoir de la difficulté à concilier deux types d'attente : d'une part, celles des institutions et des professionnels de la santé et du social, d'autre part, celles des publics migrants concernés. Par ailleurs, ces médiateurs « communau-

taires » de santé, bien qu'étant recrutés sur leur réelle compétence « interculturelle », ont la plus grande difficulté à faire reconnaître cette compétence comme « véritable » au cours des diagnostics qu'ils portent sur les personnes qui viennent les voir. Et ils doivent faire face à la même difficulté de reconnaissance de leur compétence lorsqu'ils proposent de modifier le fonctionnement d'une structure pour l'adapter aux besoins des publics migrants.

Des attentes contradictoires

Dans la majorité des cas, les organismes qui font appel à des médiateurs de santé communautaire s'attendent à ce que les usagers immigrants s'adaptent rapidement au mode de fonctionnement du pays d'accueil et au fonctionnement de leurs services. Ils veulent en fait une « intégration » rapide et complète de ces personnes. De son côté, la clientèle immigrante ou réfugiée s'attend à ce que les intervenants issus de leurs communautés les aident à surmonter tout aussi rapidement les difficultés d'accès aux ressources et services.

Si ces attentes résultent, en grande partie, des différences de représentations de chacun, elles sont également le reflet de la non-prise en compte – ou négation – des logiques et contraintes dans lesquelles évoluent les personnes immigrantes ou réfugiées. Au processus d'adaptation s'ajoutent souvent des questions de précarité. Une intégration rapide et complète suppose un changement radical de leur mode de fonc-

tionnement habituel ou alors une autre perception du monde nouveau qui les entoure. Or, le processus d'adaptation au mode de fonctionnement du pays d'accueil n'est pas uniforme ; il nécessite du temps – à titre de comparaison, un peu comme le processus d'acceptation de la maladie – et il peut varier en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge – les jeunes migrants s'adaptant et s'ajustant plus rapidement au fonctionnement de leur nouveau pays d'accueil. Cette « transplantation » soumet l'identité culturelle de la personne à rude épreuve, entre résistance au changement et adaptation à une autre culture. D'autant que les aspects identitaires relevant de l'émotif peuvent longtemps résister au changement.

Entre émotion et burn out

Si l'on peut alors comprendre combien il est difficile pour les personnes immigrantes de s'ajuster aux codes de fonctionnement du pays d'accueil, puisqu'elles ont intégré, tout au long de leur socialisation antérieure, des façons de fonctionner différentes de celles des membres de leur société d'accueil, ce poids se reporte sur les médiateurs communautaires. Ces derniers sont en effet eux-mêmes tiraillés entre les attentes, les valeurs et les demandes des deux cultures, à savoir celles des organismes et celles des personnes immigrantes avec lesquelles ils sont appelés à travailler. Ce travail est lourd en termes de charge émotionnelle et psychologique, cette dimension peu prise en compte dans le suivi des intervenants

interculturels et des équipes est source de *burn out*, et devrait nécessiter une prise en charge institutionnelle sous forme de régulation ou travail d'équipe.

Des perceptions différentes du temps

Autre constat, les organismes qui font appel à des médiateurs de santé vont davantage se soucier d'atteindre un objectif fixé plutôt que de donner de l'importance au temps nécessaire pour l'atteindre. Souvent, ils sous-estiment donc le temps nécessaire à l'accompagnement et à la pédagogie, ce qui provoque des incompréhensions entre le médiateur et les personnes qu'il suit. Autre difficulté constatée : pour travailler, le médiateur a besoin d'instaurer la confiance, sur la durée. Or la majorité des projets développés à l'intention des personnes immigrantes sont ponctuels, organisés avec des logiques financières ou de priorités administratives ou d'experts. Cela a comme impact de limiter le niveau de confiance et d'implication des publics et de ces personnes, qui jugent inutile de collaborer à des projets qui ne vont pas durer longtemps (malgré la persistance des besoins), ou qui ne prennent pas en compte leurs propres perceptions de leurs besoins.

Le positionnement du médiateur

La plupart des migrants qui bénéficient d'un médiateur dans le cadre d'une action pensent que ce dernier va les aider à surmonter les multiples obstacles d'accès aux services et aux ressources disponibles dans la communauté d'accueil. Ces attentes sont liées au fait que, dans de nombreux pays d'origine, les personnes immigrantes ou réfugiées font appel à certains intermédiaires familiaux ou connaissances qui les aident à s'orienter et cheminer dans les dédales des organisations administratives ou socio-sanitaires. Dans le pays d'accueil, elles vont de la même façon chercher des substituts à ces personnes-ressources alors que les professionnels répondent peu à ces sollicitations. On peut alors comprendre combien il est difficile pour les personnes immigrantes de comprendre pourquoi le médiateur doit se conformer aux contraintes qui lui sont imposées. Il n'est pas toujours aisé de trouver un juste équilibre relativement à la conciliation de ces différentes attentes. Cette situation peut facilement com-

promettre la confiance des migrants envers l'efficacité des services et envers les intervenants, qui peuvent être perçus comme étant très peu utiles par leur public. Cette situation est difficile à vivre pour le médiateur, qui est jugé sur sa capacité à recruter et faire participer un public aux activités de promotion de la santé développées par le service ou l'institution.

L'épouvantail du communautarisme

La France a, depuis toujours, développé une politique d'intégration centrée sur l'individu et non sur les groupes ou les communautés. La politique de santé publique privilégie des actions qui se basent sur l'approche populationnelle en ciblant les besoins, demandes et actions à effectuer. Ce qui est dommage car cette approche « communautaire » avec intervention de médiateurs a donné des résultats exemplaires dans le cadre d'actions de prévention du sida en direction des homosexuels et des usagers de drogues. La problématique est plus difficile dans le champ des actions en direction des migrants. L'approche communautaire et les médiateurs sont parfois accusés de freiner l'intégration des migrants. Par ailleurs, les détracteurs de l'approche communautaire font valoir que cette démarche peut servir de « cheval de Troie des communautarismes ou intégrismes ». Une telle analyse fait évidemment fi du précieux travail de « passeurs », de « passerelles entre deux cultures » effectué justement par le médiateur communautaire.

Reconnaissance de leur professionnalisme

Il existe une place pour le travail de passeur qu'effectuent les médiateurs communautaires. Si les migrants doivent être sensibilisés aux codes et aux normes de fonctionnement de notre société d'accueil, les organismes et professionnels de la santé et du social amenés à prendre en charge ou promouvoir la santé des migrants doivent en parallèle faire le même travail de prise en compte de l'identité culturelle des migrants. Les organismes et professionnels qui pilotent les actions ne doivent pas non plus évaluer le succès d'un programme (avec intervention d'un médiateur) au nombre de participants.

Enfin, pour améliorer l'acceptation de cette approche communautaire et son efficacité, les médiateurs (ou autres relais) devraient pouvoir s'organiser en collectifs pour créer un espace de réflexion autour des questions qui surgissent au cours de leur pratique quotidienne, cela dans une perspective de développement professionnel. Ils pourraient faire reconnaître la nécessité d'une formation continue et de valorisation des acquis (VAE) sur les compétences qu'ils ont développées. L'organisation d'un tel collectif pourrait faire émerger les difficultés que rencontrent les médiateurs dans leur travail quotidien ; par exemple, les pressions ou dysfonctionnements constatés dans certains organismes ; le collectif apporterait un point de vue critique que les médiateurs communautaires ne peuvent effectuer sans se mettre en difficulté à titre individuel.

Emmanuel Ricard

Médecin de santé publique,
délégué général de la Société française de
santé publique, Nancy.

1. Au-delà des personnes d'origine étrangère, cette dénomination recouvre également des personnes catégorisées comme telles bien que de nationalité française et présentes sur le territoire français de longue date, comme les gitans.

Éducation pour la santé des migrants : à quelles conditions ?

Peut-on faire de la prévention et de l'éducation pour la santé en direction des migrants ? Difficile pour ceux qui n'ont pas accès aux conditions de vie minimales : un logement et de quoi se nourrir. C'est possible pour les migrants ayant des conditions de vie normales, à condition de développer une écoute active et de prendre en compte le contexte de vie. Analyse et propositions.

chiffres, l'étudiant américain, l'homme d'affaires saoudien, le demandeur d'asile tamoul ou le maçon turc du Kurdistan (5) ont-ils quoi que ce soit de commun ?

Conditions de vie préalables à la santé

Bien que l'on manque d'études et donc de données sur leur état de santé, « *immigrés et étrangers se trouvent bien plus souvent que le reste de la population dans des conditions matérielles défavorables, aussi bien en termes d'emploi et de ressources que de logement* » (6). Or, ce sont précisément ces conditions matérielles que la Charte d'Ottawa (7), qui donne sens à l'éducation pour la santé, avait posées dès 1986, comme « *conditions préalables à la santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu* ». Dès lors, peut-on sérieusement évoquer la question de la prévention – et plus précisément de l'éducation pour la santé – pour les « sans-papiers », qui sont globalement dépourvus de ces ressources minimales ?

Aujourd'hui, la légitimité même de leur simple présence sur le territoire national est mise en cause. L'accès à un statut juridique devient de plus en plus restrictif et se fait via des procédures très complexes, y compris pour le statut de réfugié ou pour le regroupement familial. Cette situation place certains migrants dans l'insécurité que représente l'absence de papiers, une insécurité essentielle qui affecte leur santé (8). Car seule la reconnaissance de leur existence et de leur identité – via des papiers – peut éloigner la menace d'une expulsion vers le pays d'origine. Une expulsion synonyme de danger,

voire de péril sur leur propre vie pour certains d'entre eux. Jonathan Mann, lorsqu'il était directeur du programme de lutte contre le sida à l'Organisation mondiale de la santé, avait lié la promotion de la santé au respect de la Déclaration universelle des droits de l'homme (9). Il avait aussi proposé de lutter contre les discriminations. En France, les décisions politiques – notamment les mesures de reconduite à la frontière, fortement médiatisées – ne concourent pas à créer cet environnement indispensable à la réussite de l'éducation pour la santé.

Pour ceux qui ont pu régulariser leur situation, les conditions de vie sont parfois marquées par la carence d'autres « préalables » de la Charte d'Ottawa (10). Promouvoir leur santé ne relève alors pas systématiquement de projets d'éducation pour la santé, comme dans le cas emblématique du saturnisme, auquel sont confrontées nombre de familles de migrants. Ce problème dit de « santé publique » relève tout simplement d'une question d'habitat insalubre et de relogement. Les séances d'éducation pour la santé censées « changer le comportement de ces enfants qui mangent des écailles de peinture au plomb » viennent masquer et pallier la carence de décisions et de moyens bien plus efficaces pour améliorer leur situation (11). Le saturnisme est la résultante d'un habitat insalubre lié aux conditions de vie sociale précaires. Ce n'est pas une question comportementale ou culturelle.

Dès lors, nombre de campagnes de prévention ou de projets d'éducation pour la santé risquent de ne pas répondre aux préoccupations premières d'un public qui se préoccupe d'abord de sa

Migrants... de qui parle-t-on ? (1) Se réfère-t-on aux deux cent à quatre cent mille personnes « sans papiers » (2) dont l'exil et l'arrivée en France, hors de la procédure de regroupement familial, devenue de plus en plus restrictive, ne leur ont donné accès à aucun titre de séjour ? S'agit-il des étrangers présents sur le territoire français dont le nombre est estimé par l'Insee (3), en 2004, à 3,5 millions – soit 5,8 % de la population française – pour lesquels le nombre de travaux confirmant la capacité à s'intégrer contraste avec la persistance de croyances racistes et xénophobes dans notre pays : « *En 2006, les immigrés et les étrangers restent souvent stigmatisés* » (4) ? Parle-t-on d'un ensemble plus vaste incluant les immigrés, ceux qui ne sont pas nés en France, mais qui ont pu devenir français ? Enfin, quels que soient les situations et les

survie. Si un professionnel d'éducation pour la santé n'est pas en position de « décideur » pour modifier les principaux déterminants politiques ou sociaux cités précédemment, il lui appartient, en premier lieu, avant de se lancer dans un projet, de « prendre en compte » ce contexte souvent très défavorable et d'être très attentif à certaines « commandes » (12) pour rejoindre une demande exprimée par les migrants eux-mêmes.

Questionner le « prétexte culturel »

Pour la majorité de migrants, qui vivent dans des conditions décentes et correctes, il s'agit donc de mettre en œuvre des projets d'éducation pour la santé de qualité au même titre que pour n'importe quel groupe vivant sur le territoire national. Surtout quand les thèmes des projets d'éducation pour la santé questionnent des attitudes que les contraintes sociales et l'environnement déterminent en grande part. Bien sûr, il ne s'agit pas de nier l'importance des différences liées à l'origine culturelle. Il serait dommageable d'ignorer cette culture d'origine dans l'expression des représentations et des conduites en matière de santé (13). Pour autant, une éducation pour la santé plus inductive que prescriptive (14) a pour premier objet de créer des espaces d'échanges critiques. Ces échanges débutent toujours par l'expression des représentations des individus. Cette mise à plat préalable permet de prendre conscience des différences et de les respecter, d'autant que les migrants ont pour beaucoup la capacité de comprendre les nouveaux codes culturels de leur pays d'accueil. Les séances d'éducation pour la santé doivent ainsi permettre une rencontre qui reconnaît le sens que chacun donne à sa situation, à son histoire de vie. Elles peuvent alors introduire de nouvelles connaissances ou conseils concourant à une meilleure santé. L'éducation pour la santé reconnaît et s'appuie d'abord sur les compétences des individus. Il n'existe pas de « prétexte culturel » pour remettre en cause cette approche.

Conçues ainsi, des interventions d'éducation pour la santé, sur des thèmes choisis par des groupes de migrants, peuvent produire de nombreux bénéfices si le but visé n'est pas dans la recherche mécanique de « changements

de comportement ». La réussite d'un projet se mesure dans sa capacité à permettre aux migrants, d'une part, de retrouver du sens à différentes attitudes trop souvent « caricaturées » ou étiquetées « fausses croyances », comme dans le domaine de la prévention du sida ou dans certaines pratiques alimentaires, et, d'autre part, d'envisager individuellement de nouvelles attitudes, compte tenu de leur nouveau contexte de vie que seuls eux-mêmes pourront décider.

Le domaine plus spécifique de l'éducation thérapeutique met en lumière la convergence des préoccupations de santé des personnes atteintes d'une maladie chronique, comme le diabète, l'infection par le VIH (15), l'hypertension artérielle sévère ou l'asthme, tout aussi essentielles, que l'on soit migrant ou non. Le diagnostic éducatif, la mise en place de situation d'apprentissage avec ses objectifs spécifiques (ceux des patients) et ses objectifs de sécurité (ceux des soignants) ainsi que tous les

autres outils pédagogiques de l'éducation thérapeutique peuvent parfaitement s'adapter (ne serait-ce que traduits dans les langues d'origine...) aux migrants quelles que soient leurs origines. Les séances collectives ont souvent des dynamiques riches à condition que les outils ou les mises en situation s'inspirent au plus près des représentations et des repères culturels des communautés concernées.

Ainsi, les professionnels d'éducation pour la santé comme leurs homologues soignants peuvent – sur la base d'une écoute active et sans connaissances anthropologiques encyclopédiques – organiser des projets d'éducation pour la santé dont les migrants pourraient tirer beaucoup de bénéfices.

Patrick Lamour

Médecin de santé publique, directeur, comité régional et départemental d'éducation et de promotion de la santé (Credeps), Nantes.

► Références bibliographiques

- (1) Taïeb E. *Immigration et « intégration » : de quoi parle-t-on ?* La Santé de l'homme 2002 ; n° 3 : 15-8.
- (2) Héran F., Brun F. *L'immigration irrégulière fait baisser le coût du travail*. Alternatives internationales 2007 ; n° 36 : 74-5.
- (3) Régnaud C. *Petite histoire de la présence étrangère en France*. Maux d'exil 2007 ; n° 19 : 3-4.
- (4) CNCDH. *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie*. Année 2006. Paris : La Documentation française, 2007 : 298 p.
- (5) Lombrail P. *À propos des liens entre santé et migration*. Sciences sociales et santé 1999 ; n° 17 : 37-44.
- (6) Fassin D. *L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida*. Sciences sociales et santé 1999 ; n° 17 : 5-36.
- (7) Brixi O., Sandrin Berthon B., Baudier F. *La Charte d'Ottawa : quelques repères en éducation pour la santé*. La Santé de l'homme 1996 ; n° 325 : 10-5.
- (8) Veisse A. *Le médecin malgré lui aux avant-postes des politiques d'immigration*. Actes du colloque CRDST « Nouvelles frontières de la santé, nouveaux rôles et responsabilités du médecin ». Actes Dalloz, 2006.
- (9) Mann J. *Santé publique : éthique et droits de la personne*. Santé publique 1998 ; n° 3 : 239-50.
- (10) O'Neil M. *La Charte d'Ottawa a-t-elle vraiment déclenché la troisième révolution de la santé publique ?* Conférence des 11^{es} Journées annuelles de santé publique. Montréal, 2006.
- (11) Fassin D. *Les nouvelles frontières de la santé*. Sciences humaines 2003 ; n° 141 : 16-24.
- (12) La loi de programmation pour la cohésion sociale, promulguée le 18 janvier 2005, a pu donner lieu à l'élaboration, sous l'autorité du préfet, d'un programme régional d'insertion des populations immigrés (Pripi), qui contient parfois des volets « Éducation pour la santé ».
- (13) Massé R. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal : Gaëtan Morin, 1995 : 499 p.
- (14) Lamour P., Brixi O. *L'éducation pour la santé, entre conceptions dominantes et conceptions alternatives* In : Bourdillon F., Brückner G., Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, à paraître novembre 2007.
- (15) Iguenane J., Marchand C., Bodelot D., et al. *Implantation de programmes d'éducation thérapeutique de patients vivant avec le VIH dans quatre pays à ressources limitées*. Approche évaluative. Santé publique 2007 ; n° 19 : 323-33.

Comede : des consultations pour promouvoir la santé des exilés

Le centre de santé du Comede a assuré, en 2006, près de 15 000 consultations pour des patients de quatre-vingt-dix nationalités, en majorité des exilés fuyant leur pays d'origine. Des consultations médicales, infirmières ou sociales délivrées, pour 30 % d'entre elles, en langues étrangères à l'aide d'interprètes professionnels. Une consultation d'éducation thérapeutique accueille les personnes atteintes de maladie chronique. Mais de nombreuses difficultés entravent l'accès aux soins.

Le centre de santé du Comede soigne cinq mille patients par an de quatre-vingt-dix nationalités. Le plus souvent, migrants « forcés » fuyant les persécutions dans leur pays d'origine, ces exilés sont la plupart du temps accueillis en première intention par le service infirmier dont l'intervention s'est développée et spécialisée au cours des années pour mieux prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque pour la santé.

Des soins infirmiers à la consultation infirmière

Lors des consultations (médicales, infirmières, sociales), la prise en compte des relations entre les patients et leur entourage d'une part, l'insertion des patients dans le système de santé d'autre part sont primordiaux. Nous avons évolué de l'accès aux stricts soins médicaux vers une approche plus globale de la promotion de la santé. La consultation infirmière, qui délivrait classiquement des soins au patient sortant de la consultation médicale, a notamment changé grâce à la possibilité d'accès à une protection maladie pour les exilés. L'enjeu pour les patients porte sur la connaissance et l'accès à leurs droits pour se faire soigner et se maintenir en bonne santé. La permanence d'accueil du service infirmier est assurée par deux infirmiers et un médecin de santé publique ; elle reçoit majoritairement des patients primo-arrivants au Comede afin de les informer de leurs droits, de repérer les besoins de soins immédiats, de les orienter vers un service du Comede – médical, socio-juridique, psychologique – ou du champ de la santé publique (centres de santé, plan-

ning familial, PMI, CMP, CCAS, CSS, etc.). Pendant ces consultations, l'accent est systématiquement mis sur la nécessité d'obtenir une protection maladie, garantie indispensable d'autonomie et de continuité des soins.

Il s'agit donc pour les soignants, dans une pratique sans cesse confrontée aux nouvelles exigences réglementaires, d'informer et d'orienter au plus juste, sans négliger le souci permanent d'adapter la communication aux capacités individuelles.

Notre crédibilité impose de prévenir, dès l'énonciation de la nécessité de la démarche, qu'une demande de protection maladie n'est pas un long fleuve tranquille. Le fait d'avoir une domiciliation (une adresse) est une condition préalable à l'ouverture des droits et à l'accès aux soins. Dans la pratique, cette procédure de domiciliation fait l'objet de restrictions.

Les principaux obstacles à l'accès aux soins rencontrés ensuite relèvent des centres locaux de l'Assurance Maladie ou d'organisation inadaptée des caisses primaires d'assurance maladie. Au-delà d'une complexité certaine de la législation sur les étrangers, certaines d'entre elles assument parfois des pratiques à la limite de la légalité.

La procédure d'accès aux soins et donc d'admission « sans délai » à la couverture maladie universelle (CMU) de base – la CMU complémentaire est l'équivalent d'une mutuelle pour les personnes disposant de faibles ressources –, les réglementations d'admis-

sion immédiate à la complémentaire (sous vingt-quatre heures) lorsque la situation l'exige pour une personne qui n'a pas de mutuelle, ou d'instruction prioritaire en aide médicale de l'État (AME) – couverture maladie pour les personnes sans papiers, soumis à une obligation de séjour de plus de trois mois –, restent souvent lettre morte. Le seuil d'acquisition d'une protection maladie, originellement conçu de bas niveau afin de profiter aux populations en situation de précarité, s'en trouve relevé. Or ces procédures ne sont pas réservées à l'hospitalisation, bien que cette idée soit profondément ancrée dans l'esprit des acteurs de santé.

S'ajoutent évidemment à ces difficultés liées à leur qualité « d'entrants dans le système » les refus de soins, principalement en médecine libérale. Ce n'est qu'une fois ces prérequis levés que des patients exilés sont en capacité d'accéder au système de droit commun.

Une consultation infirmière d'éducation thérapeutique

Les patients atteints de maladie chronique peuvent obtenir une prise en charge en milieu spécialisé dans les services « de droit commun ». Malheureusement, les conditions socio-économiques particulièrement difficiles et l'obstacle de la langue ne rendent pas le patient atteint d'une maladie chronique spécialement acteur de la prise en charge de sa maladie. C'est pourquoi le Comede propose des consultations d'éducation thérapeutique en langue étrangère pour le patient non francophone et non anglophone atteint de diabète, d'hypertension artérielle ou

d'asthme. Celles-ci sont dispensées – par l'intermédiaire des professionnels ou d'un interprète – en dix langues : français, anglais, russe, arabe et avec un interprète professionnel en bengali, hindi, peul, ourdou, soninké et tamoul.

Ces consultations se veulent une sensibilisation, une éducation initiale souvent, un renforcement et un suivi éducatif dans la mesure où les patients concernés ont en général déjà accès à des services hospitaliers, des consultations de médecins spécialistes, de diététiciennes. La consultation en langue maternelle, avec interprète professionnel si nécessaire, permet au patient de se confier et d'approfondir un entretien médical. L'accessibilité des patients à notre structure peut se révéler difficile pour des raisons diverses : économiques (coût des transports) ; pour les sans-papiers, crainte des déplacements (risque d'arrestation) ; pour certains, difficultés à s'orienter dans la mégapole (nécessité d'un accompagnement physique par un proche) ; pour un grand nombre, impossibilité de lire les caractères romains. Mais les patients sont difficiles à suivre, peuvent avoir une résidence éloignée ou instable, ce qui complique un programme de séances régulières et rapprochées. Le travail de contact par téléphone ou par courrier est difficile mais indispensable pour motiver le patient à venir, et celui-ci est souvent très « sensible » à l'intérêt qu'on lui porte par le biais de cette communication personnalisée.

Instaurer un dialogue

Les patients sont particulièrement encouragés par la présence d'un interprète professionnel qui, par sa compétence et sa neutralité, va être le gage d'un dialogue, d'un échange sur leur état de santé : l'arrivée dans un nouveau pays et l'annonce d'une maladie chronique provoquent souvent de véritables traumatismes. L'usage de la langue maternelle apparaît primordial pour la compréhension par les patients de

certains points fondamentaux de leur maladie, comme la notion de chronicité. L'interprète, souvent originaire du pays, évite les « malentendus culturels » entre soignants et patients exilés.

Au-delà des facteurs de risques « classiques » des patients atteints de maladie chronique, il faut tenir compte de ceux relatifs aux patients exilés : isolement social, psycho-traumatisme (violences, tortures au pays), précarité économique et administrative, dépendance des compatriotes pour les besoins alimentaires et l'hébergement. Avec les contraintes qui influencent tant la vie des patients exilés, nous devons adapter les objectifs éducatifs et de soins, tout en veillant à leur faire repérer les signes précurseurs d'une aggravation.

Au fil du temps, par l'obtention d'une protection maladie complète, ces exilés atteints de maladie chronique peuvent accéder à un suivi régulier de proximité. Ils continuent d'accéder au centre de santé du Comede pour « faire le point » : répondre à une difficulté de renouvellement de CMU ou d'AME, de titre de séjour, de suivi curatif et/ou éducatif avec ou sans interprète – selon

les besoins et la progression linguistique de chacun.

Ainsi, pour les exilés récemment arrivés en France, non francophones, non anglophones, les problèmes linguistiques peuvent s'ajouter aux autres difficultés d'accès aux soins. Il arrive trop souvent que notre société d'accueil – dont les professionnels de santé – pérennise l'exclusion des étrangers en situation de précarité en mettant en avant l'impossibilité de communication et la « différence culturelle », alors que le recours à l'interprétariat professionnel permet de faire face à l'ensemble des situations.

Guy Delbecchi

Florence Rouleau Favre

Infirmier(ère)s de
santé publique,

Khalda Vescovacci

Médecin de santé publique,
Comede, Le Kremlin-Bicêtre.

Comede : structures et contacts

Centre ressources

Information, formation et publications

contact@comede.org

www.comede.org

Tél. permanence du suivi médical :

01 45 21 39 59

Tél. permanence de l'accès aux soins :

01 45 21 63 12

Centre de santé

Consultations médico-psycho-sociales

Hôpital de Bicêtre

78, rue du Général-Leclerc – BP 31

94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex

Tél. : 01 45 21 38 40

Fax : 01 45 21 38 41

Espace santé-droit

Partenariat Comede/Cimade

Consultations socio-juridiques

195, avenue Victor-Hugo

93300 Aubervilliers

Tél. : 01 45 52 69 55

Fax : 01 43 52 97 24

La place des associations de migrants dans la prévention du sida

Quelle est la place des associations de migrants d'Afrique subsaharienne dans la prévention ? Catherine Chardin travaille avec ces associations depuis dix ans, elle dresse un historique de leur action spécifique et sans équivalent sur la prévention du sida. Elle plaide pour un engagement renforcé des pouvoirs publics auprès de ces associations qui doivent garder leur taille humaine pour préserver leur capacité d'action.

Le secteur associatif migrant s'est mobilisé tardivement sur la question du VIH/sida en particulier, en raison de craintes de stigmatisation et de l'image catastrophique que la maladie a conservée en Afrique. D'autres éléments peuvent être évoqués :

– en France, le droit des personnes étrangères à fonder une association n'est pas très ancien : ce droit fut supprimé en 1939 et rétabli en 1981 ;

– la structure associative proposée par la loi de 1901 est assez éloignée du cadre dans lequel évoluent les migrants subsahariens qui sont regroupés et bien organisés dans des types d'associations différentes, dites « villageoises » ;

– la « déqualification » professionnelle, la précarité socio-économique, l'instabilité sociale de nombre de migrants ne favorisent pas l'implication associative bénévole militante ;

– méfiance, suspicion, réticences sont souvent présentes chez les financeurs, qui hésitent à subventionner des associations jeunes, nouvelles, aux fonctionnements parfois différents des fonctionnements classiques – souvent de culture plus orale que « paperassière ».

Et pourtant, dans ce contexte, plusieurs associations de migrants africains sont parvenues à déployer des actions de prévention du VIH/sida et/ou d'accompagnement des personnes malades, dans une dynamique souvent originale et pertinente qui sert d'exemple pour d'autres problématiques de santé. Ne seront cités ici que quelques exemples et aucun nom d'association car ce panorama ne prétend pas être exhaustif¹. Il s'agit plutôt de souligner des caractéristiques qui m'ont paru importantes au cours de mes douze années de travail avec des associations africaines subsa-

hariennes dans le domaine du sida. Parmi celles-ci, la pluralité et la diversité font la richesse de ces interventions.

Ici et là-bas

Pour beaucoup de migrants, il serait inconcevable de se préoccuper de sa santé en France sans s'occuper d'abord – ou en tout cas dans le même temps – de la santé de ceux qui sont restés au pays d'origine. Cette préoccupation est d'ailleurs un des freins à l'intérêt porté ici aux questions de prévention, d'accès rapide aux soins : c'est presque un luxe de se préoccuper des problèmes de santé en France quand les nouvelles du pays rappellent les difficultés d'accès aux soins (transport, coût financier, disponibilité des médicaments, etc.).

Certaines associations ont conçu en France, avec des étudiants, des médecins, des stagiaires, des programmes d'information et de prévention du VIH bâtis en plusieurs temps : des actions menées en France à destination des résidents et la préparation d'actions à conduire lors du retour au pays. D'autres associations ont demandé à leur public de collecter et d'analyser la pertinence d'informations et de documents de prévention (affiches, spots télévisés, émissions radiophoniques, etc.) en France mais aussi dans leur pays d'origine.

Du côté des institutions, il a fallu apprendre à décroquer un peu les champs d'intervention subventionnés et accepter le financement d'actions dépassant nos frontières...

Pratiques d'Afrique et de France

Certaines associations ont axé très vite leurs actions sur des échanges de

points de vue et d'expériences, des manières un peu différentes (mais souvent pas si différentes qu'on le pensait au départ) de répondre à un problème commun : le VIH/sida.

Ainsi, des observations de pratiques et des échanges ont lieu entre des praticiens traditionnels subsahariens et des soignants hospitaliers intervenant en service de maladies infectieuses en France. L'objectif essentiel est de permettre aux patients qui ont recours aux deux systèmes de parler sans crainte et de rendre compatibles les prescriptions ici et là-bas dans le respect des deux procédures : on peut ainsi prévoir l'interruption des traitements préparée avec le médecin si on souhaite retourner au pays pour respecter la prescription d'un thérapeute traditionnel et certains rituels. Les méthodologies de diagnostic, d'analyses, d'élaboration de stratégies thérapeutiques se sont souvent révélées finalement plus communes qu'on ne l'avait pensé *a priori*. Un autre exemple que l'on pourrait citer est celui du secteur associatif homosexuel, qui avait développé des interventions de prévention en milieu festif et qui a rencontré – sur un programme identique – des associations africaines qui travaillaient avec les discothèques afro-antillaises.

Par ailleurs, des personnes transsexuelles ont partagé des temps de formation de médiatrices de santé avec des animatrices issues d'associations musulmanes. Là encore, la découverte de modes de vie méconnus les uns des autres s'est conjuguée à la mise en évidence de convergences dans les approches associatives pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation.

Un responsable associatif africain résume ainsi sa capacité d'intervention sur tous les fronts : « *Dans mon immeuble, c'est vraiment le paradis pour les journalistes ! Ils n'ont pas besoin de se déplacer pour avoir de quoi couvrir toutes les rubriques. Il y a des problèmes en tous genres : le logement, les papiers, la maladie, le chômage, les problèmes conjugaux.* »

Il est vrai que les associations subsahariennes intervenant sur la question du VIH/sida ont d'emblée développé des actions de soutien, d'accompagnement ou d'orientation dans tous les domaines. Elles ont permis d'établir une liaison entre des professionnels qui interviennent souvent de manière cloisonnée au risque d'entraver la réussite de la prise en charge (exemple : le médecin qui prescrit des traitements devant être conservés au réfrigérateur à quelqu'un vivant en collectivité).

Les interventions des associatifs subsahariens ont été essentielles pour signaler aux personnes qu'il convient d'informer le professionnel de certains éléments qui pourtant ne relèvent pas directement de son secteur. À l'inverse, les associatifs savent aussi mettre en garde les personnes : ne pas « noyer » un professionnel sous un flot de problèmes qui ne sont pas de son ressort, aux dépens du temps qu'il consacrerait à la prise en charge de ce qui le concerne.

Une pédagogie non dépourvue d'humour

Une des caractéristiques des associations subsahariennes est de savoir traiter avec humour des questions parfois très graves. À titre d'anecdote, je citerai la réaction d'un représentant des pouvoirs publics, chargé de valider des émissions radiophoniques de prévention conçues en lien avec les associations et financées par le ministère de la Santé. Il avait été consterné par une émission sur le VIH/sida animée par un médecin africain et des membres d'associations africaines : les plaisanteries des intervenants lui semblaient enlever toute crédibilité aux informations délivrées. Or il se trouve que ces émissions étaient très appréciées des auditeurs et généraient énormément d'appels. On peut également évoquer les sketches de « Moussa le Taximan »², qui sait aborder les problèmes de prévention les plus délicats avec humour, sans négli-

ger la précision et la pédagogie. Enfin, j'évoquerai une association africaine de théâtre qui a présenté des pièces sur le sida de manière très humoristique ; l'évaluation de l'impact de ces tournées auprès de lycéens normands parmi lesquels ne se trouvait aucune personne originaire d'Afrique avait été très positive : « *C'est la première fois qu'on nous parle du sida sans que ça nous ennueie, et du coup, ça nous a intéressés.* »

Une place tout à fait particulière est accordée, me semble-t-il, par les associations subsahariennes, à l'esthétisme, à la présentation, à l'apparence physique. Ainsi, on trouve fréquemment chez ces acteurs le souci que les actions soient toujours inscrites dans un cadre d'accueil convivial et soigné. Cela fait fréquemment partie des négociations à conduire avec les financeurs, qui pensent *a priori* qu'un cadre plus austère conviendrait aussi bien à moindres frais pour mener certaines actions, alors que les intervenants jugent incontournable cet aspect du déroulement, signe de respect des publics à qui ils s'adressent.

Ouverture et travail en partenariat

J'ai rencontré peu de concurrence, peu de « rivalité » affichée parmi ces associations subsahariennes intervenant sur le sida. Le besoin d'agir, en tant qu'association principalement africaine, ne s'appuie quasiment jamais sur le rejet ou la condamnation de ce qui se fait ailleurs. Souvent les documents des institutions ou d'autres associations (y compris intervenant dans d'autres pays européens) sont utilisés et appréciés, adaptés et remaniés si nécessaire, mais pas refaits, ce qui témoigne d'une grande capacité d'ouverture et de travail en partenariat.

À cet égard, je suis souvent perplexe face à une recommandation fréquemment adressée aux « petites » associations communautaires : « *Regroupez-vous... Présentez des demandes de financement communes...* » Ce n'est pas si facile. Si quelques rares collectifs interassociatifs constitués à la suite de ces recommandations fonctionnent bien, la plupart n'ont pas fait long feu. S'associer, gérer ensemble des subventions, des locaux, voire des salariés, tout cela nécessite un surcroît de temps d'organisation et de coordination qui n'est pas évident à dégager pour des associations

de petite taille. Paradoxalement, il est plus facile de se regrouper quand on dispose déjà d'une structure importante que quand on est de taille modeste. Gardons-nous de penser que le regroupement des associations subsahariennes intervenant en matière de prévention/santé démultiplie automatiquement leur potentiel d'action. Le phénomène inverse peut se produire car une coordination interassociative est chronophage et parfois complexe à gérer. C'est peut-être l'une des raisons de la faible participation de ces associations subsahariennes aux collectifs interassociatifs pratiquant le lobbying pour l'accès aux droits sociaux et administratifs, y compris en matière d'accès aux traitements dans les pays d'origine.

Il est essentiel que ces associations subsahariennes fortement engagées dans la lutte contre le sida perdurent et croissent en adéquation avec des moyens correspondant aux enjeux de santé publique. La plupart d'entre elles ont développé, dans le champ de la lutte contre le VIH/sida, un savoir-faire qu'elles peuvent mettre au service d'autres problématiques de santé publique : elles représentent un potentiel certain d'actions de qualité sur lesquels peuvent désormais s'appuyer des programmes de santé publique, régionaux ou nationaux, qui doivent prêter une attention particulière à telle ou telle sous-population, en fonction des réalités locales : hépatites, diabète, saturnisme, tuberculose, maladies cardio-vasculaires, cancers, etc. Les compétences de ces associations peuvent être mises à profit pour des interventions touchant des publics diversifiés, au-delà des seules communautés subafricaines.

Catherine Chardin

Chargée de mission, direction générale de la Santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris.

1. On pourra utilement se reporter à l'article « Migrants et VIH. Richesses et faiblesses du paysage associatif français - d'Abdon Goudjo paru dans la revue *Transcriptases*, n° 114 de février-mars 2004.

2. « Moussa le Taximan » est le personnage central de supports audio et vidéo (disques compact et cassettes vidéo) de prévention édités par l'INPES en lien avec les associations. Les sketches courts et humoristiques permettent d'aborder différents thèmes concernant le sida et la sexualité en général : le multipartenariat, le test de dépistage, la solidarité avec les personnes atteintes, le préservatif, l'éducation sexuelle, la grossesse, etc. Ces supports ont été conçus pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Une éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques

Dans le service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis, l'équipe des diététiciennes a constaté via une étude que l'éducation diététique « classique » n'était pas toujours adaptée aux populations d'origine étrangère. Elle a donc mis en place une démarche éducative pour mieux prendre en compte les habitudes culturelles et le niveau de précarité de ces populations.

Le bassin de vie du centre hospitalier universitaire Saint-Louis-Lariboisière se compose en grande partie de populations migrantes originaires d'Afrique mais aussi d'Asie. Dans le service de diabétologie, on compte environ 30 % de patients d'origine maghrébine, 10 % d'origine subsaharienne, 5 % d'origine asiatique. Ces chiffres sont en augmentation ces dernières années. Les méthodes et les outils d'éducation du patient des diététiciennes se sont souvent révélés inadaptés pour ces populations. Après avoir mené une enquête, en 2000, sur l'impact d'une éducation diététique classique auprès de patients originaires d'Afrique subsaharienne (dix hommes et neuf femmes ont répondu à un questionnaire au cours d'un entretien individuel d'une vingtaine de minutes, avant et trois mois après éducation), les diététiciennes ont pu constater que, si les méthodes éducatives classiques ont bien abouti à une amélioration des connaissances diététiques, elles ne s'intégraient malheureusement pas dans leur mode alimentaire traditionnel. Les changements de comportements alimentaires qui en découlaient ne s'inscrivaient donc pas dans la durée¹.

Adapter la diététique aux besoins culturels

Face à ces difficultés socioculturelles, comment s'adapter en tant que professionnels de santé ? Les diététiciennes ont donc procédé à l'état des lieux suivant :

- étudier l'environnement socio-économique, médical, psychologique, linguistique de ces patients, en évaluant notamment le niveau préexistant de précarité. Plus de 50 % des patients originaires d'Afrique subsaharienne ne tra-

vaillaient pas et avaient des ressources financières très faibles. Les dépenses de santé ne sont alors pas une priorité pour eux et la prise en charge du diabète débute souvent au moment de l'apparition des complications ;

- savoir ce que les patients mangent : où font-ils leurs courses ? Combien de repas par jour ? de personnes à table ? Les lieux et la structure des repas ? etc. 90 % des patients interrogés conservent une alimentation traditionnelle en s'approvisionnant sur des marchés spécialisés, même s'ils consomment davantage de produits sucrés et ont recours à la restauration rapide. Ainsi, les patients africains mangent souvent un plat unique dans un « bol » commun et prennent fréquemment un seul repas par jour. Les quantités cuisinées sont souvent abondantes, pour les invités, qui peuvent arriver à toute heure de la journée. Enfin, les repas peuvent être des moments importants de convivialité et d'hospitalité ;

- déterminer qui informer et éduquer : le patient, mais aussi la famille, les amis, les soignants. Il persiste une prédominance du groupe sur l'individu, d'où la nécessité d'informer l'entourage et de donner des conseils adaptés à la vie du groupe, comme de manger dans « le bol » commun ou de faire le jeûne du Ramadan. La maladie peut être une affaire communautaire ;

- comment le dire : avec quels supports, quels outils ? Quels sont les messages importants ? Il s'est avéré que le message sur la diminution du gras était prioritaire pour nos patients africains. L'information par le partage des expériences a très bien fonctionné ;

- comment les messages risquent-ils de bousculer les habitudes et de mettre le

patient à l'écart de sa famille ? Un tiers des patients interrogés considère qu'il faut abandonner son alimentation traditionnelle, jugée « trop riche », et adopter une alimentation « européenne » pour soigner leur diabète. Il est important de rester à l'écoute des patients pour nuancer, modifier ou « apprivoiser » les tropismes culturels pouvant faire obstacle à une bonne compréhension des soins. Ainsi, le surpoids est un signe de bonne santé chez certaines populations ; le recours aux plantes reste privilégié par de nombreuses personnes ; de même, un certain nombre d'aliments sont assimilés à des médicaments : le fonio, le miel, l'huile, les dattes, etc. Face à ces croyances, ces représentations, il ne s'agit en aucun cas de critiquer ou dévaloriser.

- comment les messages sont-ils compris ? C'est l'étape de l'évaluation. Si les patients africains consultés comprennent la langue française pour plus de 70 % d'entre eux, la majorité ne lit pas le français. D'où l'importance de reformuler tous les messages abordés.

Une éducation diététique adaptée

L'enquête auprès des patients d'Afrique subsaharienne ainsi que l'état des lieux d'autres groupes de patients d'origine étrangère ont donc permis aux diététiciennes de mettre en place une éducation diététique plus adaptée à leurs habitudes socioculturelles. Pour ce faire, elles ont organisé des rencontres régulières (une ou deux fois par mois pendant trois mois) avec les patients et en établissant un climat de confiance et d'écoute grâce à l'aide d'anthropologues, de médiateurs culturels, d'interprètes et de l'entourage des patients.

Ce dialogue a été indispensable aux diététiciennes pour :

- vérifier et enrichir leurs connaissances ;
- construire les conseils à partir des références culinaires et culturelles des patients ;
- personnaliser les messages : chaque individu est différent, le comportement alimentaire est une affaire individuelle ;
- évaluer la réception et l'application des messages diététiques ;
- valoriser les démarches traditionnelles dans le même temps que les messages médicaux étaient transmis.

Ce type d'approche a amené les diététiciennes à réaliser deux films d'information à l'usage des patients des communautés chinoise et subsaharienne². Les patients ont participé activement à la réalisation des films : écriture des scénarii, tournage (en temps qu'acteurs), montage puis promotion. Lors de ces réunions, ils ont pu exprimer leurs besoins d'informations sur le diabète, parler de leurs difficultés, décrire leurs coutumes et leurs croyances, confronter leurs expériences et connaissances. Ce qu'ils n'avaient jamais exprimé aux médecins, avec qui la relation verticale ne favorisait pas l'échange. Ces deux outils sont devenus indispensables au travail des diététiciennes et fort bien accueillis par les patients. Sources de dialogue, ils correspondent à leur besoin d'information nutritionnelle.

Au final, cette éducation diététique adaptée produit des résultats indéniables. Le plus pour les patients : l'amélioration de leurs connaissances, l'implication dans le traitement de leur maladie, le développement de la confiance en soi, l'attachement au service de soins, l'aide à leurs compatriotes. L'évaluation de l'amélioration des connaissances via ce modèle d'éducation du patient a pu être réalisée. Les autres résultats mentionnés ci-dessus sont plus difficiles à évaluer.

Séances d'éducation thérapeutique

Pour renforcer cette démarche, les diététiciennes ont également mis en place des sessions d'éducation thérapeutique en ambulatoire, sur deux journées consécutives centrées sur la culture alimentaire de patients diabétiques de type 2. Elles ont proposé aux patients de les réunir en fonction de leur mode alimentaire (dont Afrique subsaharienne et Afrique du Nord). Quatre-

vingt-onze personnes ont, à ce jour, participé à ces séances, qui comprennent des réunions encadrées par un médecin, une diététicienne et une infirmière, au cours desquelles les patients échangent sur leurs comportements, leurs connaissances et représentations sur le diabète, à l'aide de supports interactifs. L'équipe propose, entre autres, aux patients de dessiner « leur diabète » sur une silhouette. En outre, un atelier de cuisine thérapeutique permet une autoévaluation des pratiques en fonction des connaissances acquises, grâce à des recettes typiques choisies et réalisées par les patients. À l'issue de ces deux jours, chaque patient se fixe un ou deux objectifs simples pour améliorer sa prise en charge (40 % des objectifs portent sur l'alimentation, 28 % sur l'augmentation de l'activité physique, 26 % sur la perte de poids, 5 % sur le suivi et la surveillance). Les patients sont invités, de six à dix-huit mois plus tard, pour une évaluation de leur vécu, de la réalisation de leurs objectifs et des résultats biologiques et cliniques.

L'évaluation de ce modèle est en cours, en voici les premiers éléments : concernant les dix-huit patients qui, à ce jour, ont accepté de revenir pour un bilan, la perte de poids moyenne de 2,5 kilos et la baisse de l'HbA1c (hémoglobine glyquée : indicateur de l'équilibre du diabète) sont significatives. Concernant les objectifs fixés : quatre patients ne s'en souvenaient pas, sept les ont réalisés, trois partiellement, et huit n'en ont pas tenu compte.

L'évaluation de ce modèle expérimental confirme la grande difficulté d'évaluer l'incidence de l'éducation sur le vécu et le comportement ; cependant, une telle approche semble entraîner une amélioration de la prise en charge du diabète, notamment par une correction positive de l'HbA1c. La perte de poids serait corrélée à une implication forte des patients qui ont accepté de revenir pour le bilan. Ces résultats encourageants nous incitent à continuer dans ce sens, en proposant aux patients des modèles de plus en plus centrés sur leurs habitudes et leurs demandes vis-à-vis des soignants. L'évaluation plus large qui est en cours porte sur le ressenti et les demandes des patients, les apports mais aussi les insuffisances de l'éducation thérapeutique. Pour l'institution que représentent les hôpitaux de

l'Assistance publique (AP-HP), cette démarche s'inscrit dans l'objectif initial fixé : assister les populations démunies.

Dorothee Romand

Diététicienne,
hôpital Saint-Louis, Paris.

Nadine Baclet

Diététicienne, cadre de santé,
groupe hospitalier La Pitié-Salpêtrière, Paris.

Courriel : dorothee.romand@sls.aphp.fr

1. Principaux résultats de cette enquête : à l'issue d'une éducation diététique classique, 100 % des patients ne boivent plus de boissons sucrées et disent avoir réduit leur consommation de graisses ; 75 % disent avoir diminué leur consommation de féculents ; 62 % déclarent avoir mangé davantage de légumes verts ; 93 % mangent au moins trois repas par jour (contre 66 % avant éducation). Mais d'autres indicateurs sont moins favorables : seulement 13 % mangent encore dans le plat commun (contre 52 % avant éducation) et 67 % consomment encore une cuisine africaine (contre 89 % avant éducation).

2. Films : Alimentation africaine et diabète. L'histoire de Demba ; Alimentation chinoise et diabète. Films réalisés par les diététiciennes du service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Cet article est une synthèse du document publié dans la revue *Information diététique* (n° 1 ; janvier-mars 2007 : 29-32), enrichie et actualisée sur les séances d'éducation diététique des patients diabétiques.

En Seine-Saint-Denis, une équipe mobile pour **détecter la tuberculose**

Le département de Seine-Saint-Denis est fortement touché par la tuberculose. Les équipes médico-sociales font du dépistage dans les centres accueillant le public mais aussi directement dans les foyers de travailleurs, où la promiscuité et la précarité favorisent la diffusion de cette pathologie. La réussite de cette expérience repose sur une approche « communautaire » via tous les relais possibles de ces populations isolées.

En Seine-Saint-Denis, le conseil général est doté d'un service de la prévention et des actions sanitaires, avec sept centres de dépistage et de prévention sanitaire (CDDPS) sur le département. Ces centres effectuent un travail de prévention et/ou de prise en charge au plus près des populations pour les infections sexuellement transmissibles, le VIH, la tuberculose et les vaccinations. Six de ces centres travaillent sur la tuberculose (Aubervilliers, Montreuil, Villemomble, Saint-Denis, Aulnay-sous-Bois et Noisy-le-Grand). Les professionnels qui y officient sont amenés à aller à la rencontre des populations si nécessaire.

Les foyers, lieux de vie

Dans ce département, une part importante de la population est d'origine ou de nationalité étrangère. Le territoire compte une cinquantaine de foyers de travailleurs migrants pratiquement tous suroccupés. Ce sont des lieux préférentiels de propagation de la tuberculose pour plusieurs raisons :

- la population provient de pays à forte prévalence ;
- ces foyers hébergent pour partie des personnes nouvellement arrivées : or, c'est essentiellement au cours des deux premières années qui suivent le déracinement migratoire que l'incidence de la tuberculose est la plus élevée. D'autant que le stress majeur produit par cette migration peut permettre de « réveiller » une infection tuberculeuse latente ancienne, évoluant vers une tuberculose effective ;
- les conditions d'habitation difficiles augmentent considérablement la transmission de la maladie : surpeuplement (lits parfois occupés en 3/8), promiscuité, insalubrité ;

cuité, insalubrité ;

– les conditions de vie sont dures : chômage, nécessité de faire vivre la famille, restée au pays ;

– c'est une population pour partie en situation irrégulière. Elle craint tout contact avec les dispositifs officiels (peur de la dénonciation, de l'expulsion). Il s'agit pour nous, service de la prévention et des actions sanitaires du conseil général, d'instaurer une relation de confiance, de rassurer : aucune information n'est transmise à la préfecture, à la police ;

– l'accès aux soins et à la prévention n'est pas une évidence. Ces populations sont souvent éloignées des dispositifs d'aide et de prise en charge. D'où la nécessité de mettre en œuvre un dispositif adapté, de proximité, qui puisse servir de passerelle vers le droit commun.

Camion-radio

Pour toutes ces raisons, le dépistage des migrants vivant en foyer est une priorité pour le département de la Seine-Saint-Denis. La direction générale de la Santé recommande un dépistage radiologique annuel dans les deux ans qui suivent l'arrivée en France pour les adultes provenant de pays à haute endémie. Cette recommandation n'est actuellement pas appliquée, faute de moyens.

Cependant, un dispositif de dépistage adapté pour les foyers est mis en œuvre par le service de la prévention et des actions sanitaires du département via les six centres sur le terrain cités plus haut. Quand un cas de tuberculose est découvert chez un résident, le cercle étroit des personnes à son contact bénéficie d'un dépistage en deux temps

(radiographie pulmonaire et tubertest). Nous saisissons alors cette opportunité pour effectuer le dépistage de l'ensemble des résidents du foyer au moyen d'une radiographie pulmonaire. Cela nous permet d'appliquer partiellement les recommandations.

Ce dépistage global est organisé avec le foyer et les résidents. L'équipe – infirmières, secrétaires, assistante sociale, et parfois pneumologue – se rend sur place avec un camion pour réaliser les radios. Le dépistage est précédé, accompagné et poursuivi par un travail de lien avec les représentants des résidents, les leaders locaux, éventuellement religieux et les résidents : réunions d'information, d'organisation, assemblée générale. De plus un travail en maillage avec les institutions médico-sociales (ateliers Santé-Ville des communes concernées) et associations (Ikambéré, l'Homnibus, Femmes relais, etc.) est effectué localement. Ces intervenants sont sollicités et viennent travailler avec nous avant, pendant et après le dépistage.

Travail de lien

Notre travail quotidien nous a conduits à identifier des facteurs essentiels pour la réussite du dépistage puis de la prise en charge :

- *parler, expliquer* : la maladie, le dépistage, la situation dans le foyer. Dire qui nous sommes, expliquer nos missions, notre travail ;
- *bâtir un partenariat avec les résidents*, dans une relation basée sur le respect et la confiance. Par leur action de relais et de médiation, certains vont nous accompagner et permettre cette réussite : les représentants des rési-

dents, les imams quand il y a un lieu de culte, les leaders d'opinion, les sages, des hommes ou femmes-relais des associations communautaires ;

- *impliquer et associer le responsable* du foyer ;

- *ne pas rester seul* : répertorier les ressources locales et les associer. Se réunir pour préparer l'intervention dans le foyer avec la direction et les représentants de résidents ;

- *identifier les lieux, les visiter* : un foyer est une « microsociété villageoise ». Ne pas oublier pour le dépistage les lieux collectifs : les locaux dans lesquels les femmes cuisinent parfois, lieux non conformes et non aérés, faute d'installations ou espaces adaptés ; les lieux de culte ; les lieux de vente (microépicerie, par exemple) ; les lieux d'activité et de réunion ;

- *se soucier des dates et horaires du dépistage* : dates et horaires pour les réunions puis le dépistage doivent être négociés avec les résidents et adaptés à la vie et à l'activité du foyer. Pas de dépistage pendant les fêtes religieuses ou débutant pendant les horaires de prière du vendredi. Prévoir les réunions avec les résidents en fin de journée ou en soirée car des résidents travaillent et sont absents dans la journée ;

- *s'organiser en amont* : salle bien située, tables, chaises, emplacement pour le camion-radio, branchement électrique ;

- *communiquer avant les journées de dépistage*, les annoncer : en se déplaçant au foyer, en réalisant des affiches rappelant les dates, qui peuvent être traduites et expliquées par des résidents à ceux qui ne lisent pas ;

- *réaliser le dépistage au sein du foyer* ;

- *revenir dans le foyer pour faire le bilan du dépistage* avec les résidents, la direction du foyer et éventuellement envisager la poursuite d'actions sur la tuberculose ou sur d'autres thèmes.

Bien entendu, nous n'avons abordé ici que la question du dépistage : une fois ce travail effectué, les patients concernés sont suivis et pris en charge par un centre de dépistage et de prévention sanitaire ou un hôpital du département.

D' Dolorès Mijatovic

Responsable programmes maladies infectieuses, service de la prévention et des actions sanitaires, conseil général, Seine-Saint-Denis.

Pour en savoir plus

La Santé de l'homme a consacré un dossier à « Quelle éducation pour la santé des migrants ? » dans son n° 357 de janvier-février 2002. La rubrique « Pour en savoir plus » de ce dossier explorait alors largement l'approche interculturelle dans les démarches éducatives et de promotion de la santé. Pour la présente rubrique, nous avons principalement centré nos recherches documentaires afin d'éclairer le lecteur du dossier sur les sources de vulnérabilité des populations migrantes en matière de santé.

Quelques références fournissent, dans une première partie, de la bibliographie et des données générales sur les populations immigrées en France. Une deuxième partie recense quelques enquêtes sur la santé des migrants. Leur accès aux soins et leur prise en charge médicale et psychosociale font l'objet de la troisième partie. Enfin, la section bibliographique est complétée par quelques approches thématiques en résonance avec les articles du dossier. Une liste de revues traitant entièrement ou pour partie de la santé des migrants et quelques outils d'intervention sont proposés. Une liste d'organismes ressources et de sites Internet complète la rubrique.

Dernière visite des sites Internet mentionnés : 30/10/2007.

► BIBLIOGRAPHIE

Données générales

- Héran F. *Cinq idées reçues sur l'immigration*. Population et sociétés 2004 ; (397) : 1-4.

- En ligne : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/482/publi_pdf1_pop_et_soc_francais_397.pdf

- Insee. *Les immigrés en France*. Paris : Insee références, coll. Statistique publique, 2005 : 161 p.

- En ligne : http://www.insee.fr/fr/ppp/publications/fiche_ref.asp?ref_id=IMMFRA05

- Richard J.-L. *Les immigrés dans la société française*. Problèmes économiques et sociaux 2005 ; (916) : 120 p.

- Veisse A., Aina Stanojevich E. Migrations et santé. In : Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (sous la dir.). *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, coll. Traités, 2007, 2^e éd.

État de santé

- Collet M., Menahem G., Paris V., Picard H. *Précarité, risque et santé*. Questions d'économie de la santé 2003 ; (63) : 1-6.

- En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes63.pdf>

- Comité médical pour les exilés (Comede). *Rapport d'activité et d'observation 2006*. Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 2007 : 52 p.

- En ligne : http://www.comede.org/UserFiles/File/Rapport_COMEDE_2005.pdf

- Wluczka M. *La santé des primo-migrants en*

2006 : étude réalisée à partir des enquêtes « semaine données ». Paris : Anaem, 2007 : 15 p.

En ligne : http://www.anaem.fr/IMG/pdf/a_sante_des_primo-migrants_en_2006_definitif.pdf

Prise en charge – Accès aux soins

- ARÈS 92. *Intérêt d'un « parcours santé » proposé aux résidents d'un foyer Sonacotra*. BEH 2004 ; (43) : 205-6.

- En ligne : <http://www.invs.sante.fr/beh/2004/43/index.htm>

- Clarkson M., Comiti V.P., Patureau J. *L'accès aux soins et la santé des migrants*. Santé, Société et Solidarité. Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité 2005 ; (1) : 121-40.

- Fassin D. *Dossier « Santé, le traitement de la différence »*. Hommes et Migrations 2000 ; (1225) : 163 p.

- Fassin D. *La santé des immigrés et des étrangers : méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance*. In : *Précarisation, risque et santé*. Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2001 : 187-96.

- Migrations Santé. *La santé des migrants : état des lieux et perspectives*. Migrations Santé 2003 ; hors-série n° 1 : 558 p.

- Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde. *Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière*. Paris : Médecins du monde, 2007 : 73 p.

- En ligne : http://www.medecinsdumonde.org/fr/content/download/4518/35979/file/rapport_observatoire_FR.pdf

Quelques approches thématiques

Maladies transmissibles

- Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS). *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2002 : 129 p.
- Brohmi H., Vidonne A.M. *VIH, sida et populations migrantes. De l'intérêt d'une réflexion interculturelle dans la prévention de l'infection à VIH*. Dijon : Cram Bourgogne et Franche-Comté, 1999 : 79 p.
- Che D. (coord.). *Le point sur la tuberculose*. BEH 2005 ; (17-18) : 66-83.
http://www.invs.sante.fr/beh/2005/17_18/ind ex.htm
- Lydié N. (sous la dir.), Beltzer N., Féniès K., Halfen S., Lert F., Le Vu S. *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida : connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2007 : 183 p.
- Fassin D., Lert F., Goudjo A., et al. *Migrants et VIH*. *Transcriptases* 2004 ; (114) : 17-46.
- Ministère de la Santé. *Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique en France. Séance du 30 septembre 2005. Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France*. 2005 : 10 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/a_mt_300905_tubermigrants.pdf

Alimentation

- Cerin. *L'alimentation des populations migrantes : adaptation délicate*. *Alimentation et précarité* 2003 ; (22) : 2-8.
En ligne : <http://www.cerin.org/upload/931DE7C602C04CB9CFFC00F8AD8C2E48/ALIM%20ET%20PRECA%2022.pdf>
- Cerin. *L'alimentation des Africains en France*. *Alimentation et précarité* 2004 ; (24) : 2-12.
En ligne : <http://www.cerin.org/upload/372FCE1B2E369A61C24FA8D38620F5CA/ALIM%20ET%20PR%20C3%89CA%2024.pdf>
- Cerin. *4^e Journée alimentation et précarité : prendre en compte les spécificités des populations précaires pour mieux cibler les actions de prévention nutritionnelle*. *Alimentation et précarité* 2005 ; (28) : 24 p.
En ligne : <http://www.cerin.org/upload/35829082BE02183A58E83608B85DE3E6/A%20et%20P%20N28.pdf>

Personnes âgées

- Attias-Donfut C., Tessier P. *Santé et vieillissement des immigrés*. *Retraite et société* 2005 ; (46) : 89-129.
- Brohmi H. *Pour une approche interculturelle des populations migrantes vieillissantes originaires du Maghreb. Études et pistes pour l'action sanitaire et sociale en foyer*. Dijon : Centre académique pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage, 2006 : 100 p.

• Alimentation et précarité

Le Cerin, association loi 1901, est un organisme scientifique dont la mission est de favoriser le développement et la diffusion des connaissances sur les relations entre alimentation et santé. Le bulletin de liaison trimestriel *Alimentation et précarité* est destiné aux professionnels et bénévoles impliqués dans la prise en charge et l'aide aux populations démunies. La revue propose fréquemment des articles relatifs à l'alimentation des migrants et à des actions d'éducation nutritionnelle en direction de ces populations.
Disponible également en version en ligne : <http://www.cerin.org/revues/alimentation.aspx?mode=derniers>

• Hommes & Migrations

Hommes & Migrations est une revue de sciences sociales portant sur les questions relatives aux migrations. Pluraliste et pluridisciplinaire, elle confronte sur une même question la réflexion du chercheur à l'expérience du praticien et à l'action entreprise par les responsables politiques, culturels et associatifs. Des articles hors dossier et des chroniques régulières

tiennent compte de l'actualité (débats, initiatives, livres, films, spectacles, musiques). Elle est éditée par la Cité nationale de l'histoire de l'immigration. Le site donne accès à quelques articles jusqu'en 2005 : <http://www.hommes-et-migrations.fr>

• Maux d'exil

Destinée aux partenaires professionnels et associatifs du Comede ainsi qu'aux patients du centre de santé, la lettre *Maux d'exil* est consacrée aux questions de santé des exilés, réfugiés et étrangers en situation précaire. Elle est téléchargeable gratuitement sur : <http://www.comede.org> (rubrique Publications)

• Migrations Santé

Migrations Santé publie la revue *Migrations Santé*, revue trimestrielle d'études et de recherches sur la santé des migrants. Elle est constituée d'articles de professionnels de la santé, du secteur social, acteurs de terrain et chercheurs. Elle se penche sur les aspects de la santé et de l'anthropologie en rapport avec les migrations. Catalogue de la revue : http://migrations-sante.eu/2000_doc/2101_revue_catalog.php

► OUTILS

- CésAM Migrations Santé. *Les contes de la vie. Action de prévention sida en foyer de travailleur migrant*. Vidéo. Montpellier : CésAM Migrations Santé.
Site de l'association : <http://cesam.ms.free.fr>
- Comité médical pour les exilés (Comede). *Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels - édition 2008*. Saint-Denis : INPES, 2007 : 568 p.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf/guide_comede.pdf
- INPES. *Catalogue pour les professionnels de la santé, du secteur social et du monde associatif 2008*. Saint-Denis : INPES, 2007 : 42 p.
Ce catalogue présente une partie des ressources de l'INPES susceptibles d'intéresser les professionnels de la santé, du secteur social et associatif. Il regroupe des documents de prévention pour le grand public mais également spécifiques aux populations migrantes. Il constitue une ressource informative pour les professionnels qui peuvent remettre les documents en entretien ou en consultation.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/catalogue-pro/cataloguepro.pdf>
- Ministère de la Santé, INPES, Crips. *Outils de prévention sida/hépatites à destination des migrants 2005*. Saint-Denis : INPES, 2005 : 108 p.

► SITES ET ORGANISMES RESSOURCES

• Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (Anaem)

Opérateur public qui contribue à mettre en place la politique migratoire définie par les pouvoirs publics, l'Anaem, sous tutelle du ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Codéveloppement, se charge aussi bien de la gestion administrative des migrations que de l'accueil des nouveaux arrivants et du suivi social des populations étrangères. Étape obligatoire pour l'ensemble des étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois, la visite médicale de prévention fait partie des principales missions de l'Anaem. Les enquêtes sur la santé des migrants publiées par l'Anaem sont disponibles sur son site Internet, rubrique « Qui sommes-nous ? » puis « Documentation ».
<http://www.anaem.fr>

• Association Française-et-Eugène-Minkowska pour la santé mentale des migrants

L'association propose une approche de santé publique qui ne stigmatise pas le patient dans sa prise en charge et une dynamique de soins capable d'intégrer des éléments liés à la langue

et à la culture. Il s'agit de tenir compte des représentations culturelles de la maladie mentale sans pour autant « pathologiser la culture ni culturaliser la pathologie ». L'association organise ses activités en quatre pôles :

- *pôle clinique* : le centre Françoise-Minkowska est une structure de médiation vers laquelle les établissements sanitaires, sociaux, scolaires et éducatifs orientent les patients et qui propose des prises en charge thérapeutiques ;
- *pôle formation* : il intervient au niveau national auprès des professionnels des champs sanitaire, social, de l'école et de la justice ;
- *pôle recherche* : il valorise et développe une expertise interculturelle en santé mentale et co-organise un enseignement universitaire (université René-Descartes – Paris-V) ;
- *pôle communication* : il propose de l'information aux professionnels, étudiants et chercheurs via le portail Internet « Santé mentale et cultures ».

Centre Françoise-Minkowska

12, rue Jacquemont – 75017 Paris
Tél. : 01 53 06 84 84 – Fax : 01 53 06 84 85
En ligne : <http://www.minkowska.com>

• Comité médical pour les exilés (Comede)

Créé en 1979 par la Cimade, Amnesty international et le groupe Accueil Solidarité pour promouvoir la santé des exilés en France, le Comede dispose, pour remplir ses objectifs, d'un centre de santé (accueil, soins et soutien) et d'un centre ressources (information, formation et recherche) dans les locaux de l'hôpital Bicêtre, en banlieue parisienne. Ce dernier anime des sessions de formation autour des questions de santé et de prise en charge médico-psycho-sociale des exilés à l'intention des professionnels du secteur médico-social ou de toute institution confrontée à ces questions.

Comité médical pour les exilés

Hôpital de Bicêtre – 78, rue du Général-Leclerc – BP 31– 94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex
Tél. : 01 45 21 38 40 – Fax : 01 45 21 38 41
Courriel : contact@comede.org
En ligne : <http://www.comede.org>

• Médecins du monde

Association de solidarité internationale qui a pour vocation de soigner les populations les plus vulnérables dans des situations de crise et d'exclusion, Médecins du monde rencontre en France, dans ses centres de soins, une population de patients composée à plus de 89 % d'étrangers. À ce titre, elle constitue un poste d'observation de l'accès aux soins des migrants et publie les données dont elle dispose dans des rapports disponibles sur son site Internet.

Médecins du monde

62, rue Marcadet – 75018 Paris
Tél. : 01 44 92 15 15 – Fax : 01 44 92 15 99
En ligne : <http://www.medecinsdumonde.org>

• Migrations Santé

Association à vocation nationale, Migrations Santé a pour objectif de contribuer à la promotion de la santé des migrants et de leurs familles et à leur intégration en agissant en particulier dans quatre secteurs :

- *documentation – information – diffusion* : gestion d'un fonds documentaire sur la santé des migrants et l'anthropologie médicale et culturelle consultable sur place par tout public, édition de la revue *Migrations Santé* et d'outils pédagogiques, organisation des rencontres-débats mensuelles, de journées d'études, diffusion de publications ;
- *formation en direction des professionnels de la santé et de l'action sociale* avec comme objectif premier de leur permettre de mieux communiquer avec les migrants en situation d'accueil, de conseil, d'animation, d'accompagnement et de soins ;
- *actions de terrain* : soutien individuel d'orientation sanitaire et sociale et d'aide à l'observance des traitements pour les personnes atteintes de pathologies lourdes, diagnostics socio-sanitaires et recherches-actions.

– *développement* : actions s'appuyant sur le transfert des compétences et des savoir-faire dans le domaine de la promotion et de l'éducation à la santé en direction des structures sanitaires et sociales opérant sur le terrain dans les pays du Sud.

Migrations Santé

23, rue du Louvre – 75001 Paris
Tél. : 01 42 33 24 74 – Fax : 01 42 33 29 73
Courriel : migsante@wanadoo.fr
En ligne : <http://migrations-sante.eu>

• Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)

L'Observatoire du droit à la santé des étrangers est un collectif d'associations qui entendent dénoncer les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale. Organisé autour d'une plate-forme de revendications communes aux associations constitutives, l'observatoire recueille des informations issues de la pratique de terrain des différentes associations sur l'application des textes ouvrant droit à l'Assurance Maladie et à l'aide médicale de l'État et sur l'application des textes régissant le droit au séjour des étrangers atteints de pathologies graves. Les données recueillies sont publiées sous forme de rapports.

En ligne : <http://www.odse.eu.org>

• Réseau documentaire spécialisé sur les migrations internationales, les relations interethniques (Rémis)

Coordonné par le centre de documentation Abdelmalek-Sayad, qui dépend de l'unité de recherche migrations et société du CNRS (Urmis,

UMR 7032), le réseau documentaire Rémis rassemble une vingtaine de centres de documentation publics, privés et associatifs. Ses objectifs sont la mise en ligne des sources d'information sur les migrations et les relations interethniques par le biais d'une base de données bibliographique qui recense environ vingt-trois mille références et s'enrichit de mille notices environ par an, un agenda qui présente les activités des membres du réseau et des informations plus générales sur les migrations et une liste de liens. L'association Migrations Santé, présentée plus haut, est membre de ce réseau.

Rémis

Université Paris-7 Denis-Diderot
UFR de sciences sociales – Casier 7027
2, place Jussieu – 75251 Paris Cedex 05
Courriel : francoise.delaveau@paris7.jussieu.fr
En ligne : <http://www.remis.org>

• Centre de ressources Ville-École-Intégration (VEI)

Créé en 1973 sous l'appellation de « Centre Migrants », le centre de ressources VEI est un service spécialisé du Scérén-CNDP. Il a une mission d'information et d'expertise auprès de tous les acteurs de l'éducation au sens large, de la politique de la Ville et de l'action sociale. Sa base de données documentaires, accessible sur le site Internet, contient de nombreuses références relatives à l'éducation pour la santé.

Ville-École-Intégration

91, rue Gabriel-Péri – 92120 Montrouge
Tél. : 01 46 12 87 86 – Fax 01 46 12 87 90
En ligne : <http://www.cndp.fr/vei>

Olivier Delmer
Sandra Kerzanet
Documentalistes à l'INPES.

Retrouvez cette rubrique en ligne sur
www.inpes.sante.fr

Améliorer les conditions de vie affective et sexuelle des SDF

Une équipe de chercheurs – sociologues et anthropologue – s’est placée à l’écoute de quarante SDF pour mieux cerner leurs conditions de vie affective et sexuelle. Le résultat de leur enquête bouleverse les idées reçues, souligne l’importance du déficit de l’estime de soi dans le désir, la capacité d’aimer ou de se faire aimer. Parmi les recommandations formulées : améliorer l’estime de soi, l’accompagnement, la prévention. Et sensibiliser les intervenants sociaux.

La vie affective et sexuelle des personnes sans domicile est, dans l’ensemble, l’objet de peu de considération de la part des chercheurs comme des politiques publiques. L’invisibilité de cette dimension de l’existence des sans-abri conduit à certains présumés misérabilistes : leur vie sexuelle serait nécessairement inexistante ou marquée par la violence, la domination, l’alcoolisation massive. Afin de saisir l’impact des conditions de vie sur les relations affectives et sexuelles des SDF, l’observatoire du Samusocial de Paris a réalisé, entre avril 2003 et février 2005, une enquête par entretiens semi-directifs auprès d’une cinquantaine de personnes (dix-neuf femmes et vingt et un hommes, âgés de 20 à 60 ans, ont été plus particulièrement étudiés) fréquentant des centres d’accueil de jour ou de nuit du Samusocial de Paris (1). Les entretiens portaient sur leur vie affective et sexuelle, leur mode de vie dans la rue, les différentes activités qu’ils y exercent, ainsi que les rapports de genre.

La pluralité des expériences et des définitions de soi

Cette étude met en évidence la pluralité des expériences de vie des sans-abri. Au vu de la diversité des récits recueillis, nous avons été amenés à classer les entretiens à partir de ce que signifie pour les personnes « être en centre d’accueil d’urgence » (2). Une partie des enquêtés se présentent comme SDF et s’identifient comme tels. Parmi eux, certains refusent cette étiquette et se démènent pour sortir de la rue, de façon « volontaire ». D’autres se disent prêts à saisir d’éventuelles opportunités mais

reconnaissent le poids de leur exclusion et pondèrent ainsi leur résolution : ils semblent « résignés ». Des « fatalistes » ne semblent mettre en œuvre aucune stratégie pour sortir de la rue et ne cherchent nullement à atténuer la stigmatisation dont ils sont l’objet (3, 4), tandis que d’autres valorisent le monde de la rue, qui apparaît comme un véritable mode de vie et un horizon bénéfique.

Mais nombre d’individus ne situent pas leur discours dans l’univers de la rue, soit qu’ils se définissent par une appartenance à une catégorie distincte de celle de SDF, soit que se trouver en centre d’accueil ne prenne sens qu’en rapport avec leur situation antérieure. La rue peut alors être considérée par eux comme une parenthèse non significative dans leur parcours de vie, comme une ressource pertinente pour rompre avec une situation passée, ou comme une situation ne posant pas problème, inscrite dans un parcours de vie marqué par l’instabilité résidentielle.

Des adaptations variées aux contraintes environnementales

L’absence d’intimité et d’un lieu à soi, le déclassement social, la stigmatisation dont fait l’objet le sans-abri conditionnent de façon variable la construction de relations affectives et sexuelles.

En ce qui concerne ceux dont l’univers de sens est explicitement la rue, il apparaît que les réseaux des partenaires sexuels et les lieux où se déploie l’activité sexuelle dépassent le cadre de la rue. Ainsi, les « volontaires », qui font preuve de démarches actives et réfléchies pour organiser leur quotidien et

se projeter dans l’avenir, choisissent leurs relations amoureuses et sexuelles parmi des SDF, mais aussi parmi des personnes insérées. Dans leur cas, l’expérience de la rue est déterminante et positive dans la construction de nouvelles relations affectives. Pour les « résignés » et plus encore pour les « fatalistes », la passivité devant leur situation et la résignation qui marque leur parcours de sans-abri se retrouvent dans leur vie affective et sexuelle. Celle-ci est peu fréquente et peu valorisée, adaptée aux conditions environnementales mais pas empêchée. Elle relève surtout d’une absence de désir ou d’une incapacité d’aimer et de se faire aimer, liées à un passé affectif douloureux, à une perte d’estime de soi et à la forte imprégnation des normes en matière de rôle social assigné à chaque sexe.

S’agissant des enquêtés qui ne réduisent pas leur situation au fait d’être sans domicile, les contraintes liées à l’absence de logement et d’intimité semblent secondaires. Ainsi, pour certains, l’arrivée en centre ne modifie aucunement l’activité sexuelle (partenaires, lieux, fréquence). Pour d’autres, dont la préoccupation majeure est la sortie du centre, la vie amoureuse est reléguée au second plan. Mais elle n’est pas toujours inexistante : quelques femmes nouent des relations avec des hommes rencontrés dans les centres. Ces nouvelles conditions de rencontre mènent à des adaptations de l’activité sexuelle, avec un premier rapport différé – le temps de réunir les conditions optimums pour que ce premier rapport soit le plus réussi possible – et des pratiques sexuelles masturbatoires.

Améliorer la prévention et sensibiliser les intervenants sociaux

- créer des lieux de parole sur la vie affective et la sexualité : actions d'information et de prévention avec des gynécologues et des psychologues concernant les risques sexuels (infections, grossesse), les abus sexuels ;
- mettre à disposition des moyens de prévention (préservatifs gratuits) ;
- former les équipes de terrain aux problématiques affectives et sexuelles.

Proposer des hébergements respectant l'intimité des couples

- favoriser les hébergements pour couples afin de leur donner accès à une certaine intimité, non seulement pour l'exercice de leur sexualité mais aussi pour qu'ils puissent se construire en tant que couple et pour rétablir la communication, en particulier pour la négociation des pratiques et des protections (contraception, préservatif).

Dolorès Pourette

Anthropologue, laboratoire d'anthropologie sociale, université Paris-5,

Anne Laporte

Épidémiologiste, observatoire du Samusocial de Paris,

Erwan Le Méner

Sociologue, Institut des sciences sociales du politique, École normale supérieure, Cachan, et observatoire du Samusocial de Paris,

Nicolas Oppenheim

Sociologue, laboratoire Ville Mobilité, Transport, École nationale des ponts et chaussées, université de Marne-la-Vallée.

Si, pour quelques personnes, l'activité sexuelle est absente, cela résulte d'un choix ou d'un défaut de désir et non de la situation : avoir ou non un logement fixe ne modifierait en rien leur vie sexuelle et affective. L'absence de domicile fixe ne suffit donc pas à expliquer la sexualité ni à caractériser l'expérience affective et sexuelle de toutes les personnes vivant sans abri, dont les significations s'inscrivent toujours dans un parcours de vie singulier.

Au-delà de l'enquête

Comment améliorer les conditions de vie affective et sexuelle des SDF ? Au terme de cette étude, plusieurs recommandations peuvent être formulées.

Améliorer l'estime de soi et l'accompagnement

Nombre de personnes souffrent du stigmatisme attaché à leur situation. Favoriser une meilleure estime de soi leur permettrait de mieux prendre soin d'elles, de se tourner vers les autres et construire des relations interpersonnelles,

ressources fortes pour sortir de l'exclusion. Dans les lieux d'accueil et les lieux d'hébergements, avec soins infirmiers ou non, cela implique de :

- renforcer le travail sur l'hygiène et le rapport au corps avec des professionnels spécialisés ;
- prendre en charge l'intoxication alcoolique (consultations de psychologues alcooliques ; cures de sevrage avec accompagnement et hébergement stabilisé à la sortie) ;
- socialiser des personnes ayant passé de nombreuses années dans la rue, dans des communautés positives par le biais d'activités (formation, petit travail, autre) leur permettant de retrouver le souci de soi et l'engagement dans des actes de santé ;
- proposer des consultations pour couples afin d'aider à la résolution de conflits et de rendre au couple son action bénéfique de support social ;
- ouvrir des consultations de soutien psychologique pour que les personnes puissent évoquer leurs expériences douloureuses (violences, séparations avec les enfants, etc.).

► Références bibliographiques

- (1) Laporte A., Le Méner E., Oppenheim N., Pourette D. *Survivre ou faire l'amour ? La pluralité des expériences affectives et sexuelles des personnes sans-domicile-fixe*. Observatoire du Samusocial de Paris, 2007. Recherche financée par l'INPES.
- (2) Thomas W. I. « Définir la situation », extrait de *The Unadjusted Girl*, [1923]. In : Grafmeyer Y., Joseph I. (dir.). *L'École de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*. Paris : Flammarion, coll. Champs, 2004.
- (3) Goffman E. *Stigmate*. Les usages sociaux du handicap. Paris : Les Éditions de Minuit, 1975 ; 176 p.
- (4) Lazarsfeld P., Jahoda M., Zeisel H. *Les chômeurs de Marienthal*. [1932]. Paris : Minuit, coll. Documents, 1982 : 144 p.

Rhône-Alpes : la protection sociale enseignée dans les lycées via Internet

En région Rhône-Alpes, l'Assurance Maladie et le comité régional d'éducation pour la santé ont créé un site Internet d'information sur le système français de protection sociale. Objectifs : sensibiliser les jeunes sur ce mécanisme parfois méconnu de solidarité, nourrir le débat, intégrer cette réflexion dans les matières enseignées en lycée. Le site fonctionne depuis 2006 mais peine à émerger.

Les jeunes générations ignorent souvent le mécanisme de solidarité, qui est le fondement même du système français de protection sociale (Assurance Maladie). Pour les sensibiliser, l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie et le Craes-Crips¹ Rhône-Alpes ont, à partir de 2004, développé un projet intitulé « Santé, protection sociale, citoyenneté – Tous concernés ? »² en partenariat avec les rectorats de Lyon et de Grenoble. Le projet s'est concrétisé par la création d'un site Internet à destination des jeunes (www.tousconcernes.net). La Mutualité française et la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) ont également été parties prenantes.

L'objectif est triple : véhiculer auprès des lycéens les principes fondateurs de la Sécurité sociale et ses valeurs associées d'égalité, de solidarité et de citoyenneté. Leur apporter une information objective sur le fonctionnement du système de protection sociale. Leur fournir des éléments de débat sur

l'équilibre entre responsabilité individuelle et solidarité collective. Au total, susciter une réflexion sur l'expression de la solidarité via le système de protection sociale et rappeler le lien étroit entre notre santé et celle des autres, la solidarité nécessaire pour que notre santé puisse perdurer, se développer, et l'enjeu des dispositifs qui la garantissent, la « Sécu » en tête.

Le site développé s'inscrit dans une démarche d'éducation pour la santé comme outil d'éducation citoyenne enrichissant notre relation aux autres.

Outil d'éducation citoyenne

Peu d'outils existaient répondant à notre objectif : nous ne voulions ni un guide pratique de la protection sociale, ni un outil d'animation autour du « bon usage » du système mais bien un outil d'éducation citoyenne.

Cet enjeu s'est heurté au principe de réalité : comment aborder de façon attractive ces questions dans leur complexité tout en respectant les préoccupations pédagogiques des professionnels de l'Éducation nationale ? En associant les principaux intéressés à la conception : dès le début, avec l'aide du rectorat, le lycée professionnel Porte-des-Alpes, à Rumilly, en Haute-Savoie, a accepté de participer.

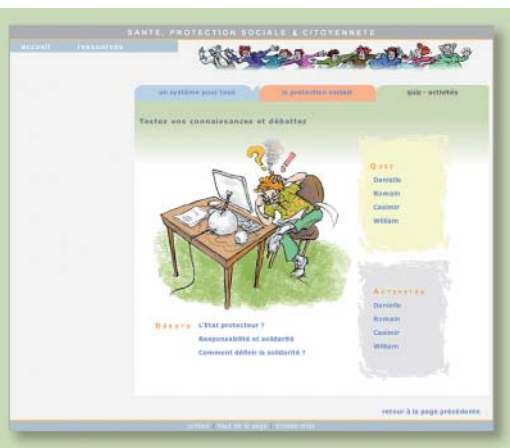
L'équipe de l'établissement a exprimé son intérêt mais aussi des représentations et attentes différentes selon la matière enseignée. Ainsi, les professeurs de lettres et d'histoire/géographie étaient intéressés par la mise en perspective historique du sujet et son lien

avec les problématiques contemporaines, notamment travaillées dans le cadre de l'éducation civique, juridique et sociale ; les responsables des enseignements pratiques soulignaient l'intérêt du sujet pour des élèves directement concernés par la question des accidents du travail : « *Amener les jeunes à débattre sur ses valeurs fondatrices nous semble effectivement intéressant mais on ne peut pas partir de rien...* » Le débat a été riche d'enseignements sur la façon d'intéresser les jeunes dans un contexte scolaire. « *...Attention à ne pas imposer un chemin à suivre... ils doivent se sentir libres de zapper et de picorer à leur guise dans l'outil. Tout comme nous, professeurs, infirmières, conseillers principaux d'éducation, aimerions pouvoir l'utiliser dans des contextes différents.* »

Élèves et enseignants concepteurs

De cet échange, trois principes ont émergé et guidé la construction de l'outil : la création de personnages correspondant à des situations ; la possibilité d'une navigation interactive et libre ; l'existence d'un fonds documentaire validé. Pour la réalisation, pas moins de trois constructions successives ont été nécessaires sur un an et demi. À chaque fois, élèves et professeurs ont testé ensemble les contenus. Une première version papier a été évaluée au lycée de Rumilly. Dans un souci d'interactivité, elle a évolué ensuite vers un site Internet, au-delà donc d'une diffusion ciblée. Le site (www.tousconcernes.net), lancé en octobre 2006, est composé de quatre grandes rubriques : un système au service des personnes (quatre personnages, quatre histoires de vie et des inter-





rogations transversales) ; la protection sociale (son histoire, ses valeurs, son organisation) ; quiz et activités ; ressources (une boîte à outils en ligne).

Les textes sont courts, illustrés de dessins. Les personnages – Danielle, Romain, Casimir et William – invitent à mieux comprendre la place de la solidarité et les mécanismes associés de responsabilité individuelle et collective dans la prise en charge d'événements du quotidien ou de situations (accident de snowboard, accident du travail, consommation de médicaments, avoir du diabète). Parallèlement, une mise en perspective en rapport avec la situation vécue est proposée et le sens de la protection sociale, son organisation sont explicités. Le site est un support pour débat, rencontre, questionnaire. L'idéal est qu'il soit découvert par les jeunes en compagnie d'adultes : enseignants, personnels de santé scolaire, éducateurs pour la santé, etc.

La phase de test

Comment les jeunes ont-ils accueilli ce site ? Un test a été conduit avec des groupes d'élèves dans deux établissements scolaires : l'Institut Sandar de Limonest (Rhône) et le lycée Saint-Exupéry de Lyon (Rhône). Par exemple, autour de Casimir, jeune victime d'un accident de snowboard, cette question leur était posée : « *Autour de Casimir, blessé au sol, des personnes s'emportent : ils ne sont pas d'accord avec le fait que l'imprudence de Casimir soit supportée par la collectivité. Pourquoi ? En quoi la question des dommages subis par un individu est-elle un débat permanent tout au long de l'histoire de la protection sociale ?* » Voici comment a répondu l'un des élèves : « *C'est un grand débat car il y a toujours eu des*

différences de point de vue : des gens qui sont pour la protection sociale et la solidarité dans une société et d'autres qui préfèrent l'individualisme et qui n'acceptent pas de cotiser pour des personnes alors qu'eux-mêmes sont en bonne santé, et qui pensent que l'imprudence d'un individu ne doit pas être payée par la collectivité. Il faut responsabiliser les individus. »

En majorité, le site leur est apparu attractif et d'utilisation aisée, également utile pour préparer un exposé (72 % des réponses). Ils ont formulé des critiques, en particulier sur la forme : « *Trop long et complexe* », « *une vision trop "jeunes de la rue"* ».

Trouver des utilisateurs

« *Faire partager aux jeunes lycéens les notions de solidarité et de citoyenneté telles qu'elles s'expriment par notre système de santé* », tel était l'objectif fixé initialement. Trois ans plus tard, le challenge reste entier.

Fin 2006, le site avait enregistré quinze mille visites d'internautes assidus (durée moyenne des visites : vingt minutes). Une nouvelle stratégie de communication devait intervenir avant la fin 2007 pour relancer la connaissance de cet outil par les établissements de Rhône-Alpes. Un outil qui peut être utilisé dans tout établissement scolaire mais aussi dans toute structure accueillant des jeunes de 15 à 20 ans, ce qui a motivé sa présentation lors des Journées de la prévention de l'INPES, à Paris, en mars 2007.

Mathilde Moradell

Chargée de projets, Craes-Crips,

Gilles De Angelis

Chargé de mission, Urcam, Lyon.

1. Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (Craes) – Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips).
2. L'Assurance Maladie avait ainsi formulé cette priorité dans le cadre du Schéma régional d'éducation pour la santé (Sreps) Rhône-Alpes : « La Sécurité sociale est peut-être insuffisamment ressentie comme un bien commun ; les valeurs de solidarité et d'équité qui la fondent méritent d'être rappelées ; le principe selon lequel chacun contribue selon ses possibilités et reçoit selon ses besoins doit rester connu et partagé. »

Contacts

mathilde.moradell@craes-crips.org
gilles.deangelis@rhone.assurance-maladie.fr

Abonnez-vous gratuitement !
www.inpes.sante.fr



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

En Belgique, les médecins généralistes travaillent en réseau et avec les autres acteurs de santé pour mieux dépister, suivre et accompagner les patients à risque cardiovasculaire. Ils sont formés au dépistage et à l'entretien motivationnel pour l'accompagnement de ces patients. Un défi pour ces praticiens débordés par les soins curatifs. Pour Jean Laperche, ce qui est en jeu, c'est une médecine humaine mais aussi performante.

La prévention des maladies cardio-vasculaires est un premier travail en amont pour tenter d'éviter ces maladies ou d'en diminuer la morbidité. La « prévention » est le dépistage et le suivi des risques des maladies cardio-vasculaires. Ces risques sont bien connus et regroupés dans une seule approche commune : le risque cardio-vasculaire global, à mesurer chez tous les patients de 30 à 75 ans.

La promotion de la santé (1) cardio-vasculaire est la suite de ce travail en amont qui s'intéresse cette fois à un cran plus éloigné des facteurs de risque : les déterminants de la santé comme l'insertion sociale, le niveau d'éducation, l'emploi, les conditions de

vie, etc. Bien en amont des maladies, et influençant considérablement la santé des individus et des populations, ces déterminants de la santé sont connus et communs à beaucoup de maladies chroniques ou de souffrances humaines (2). Ce sont les sciences humaines et sociales qui ont apporté ces éléments à la médecine.

Approche gratifiante pour le généraliste

Comme nous le constatons dans nos expériences cliniques, les conditions de la vie quotidienne des patients influencent considérablement leur santé : précarités, conditions de (non) travail, ruptures familiales et sociales provoquant des sentiments d'insécurité ou de perte

d'identité fortement corrélés aux facteurs de risque plus médicaux : stress, tabac, obésité, alcoolisme problématique, alimentation déséquilibrée, hypertension artérielle, etc. En d'autres termes, la promotion de la santé cardio-vasculaire, c'est passer du registre des maladies (à prévenir, à éviter) à celui de la santé (à promouvoir, à augmenter) d'un individu et d'un groupe social. En médecine générale, nous nous intéressons non seulement à l'une ou l'autre maladie mais surtout à ce patient (malade ou non), à toute sa personne et à son contexte de vie. Cette approche humaniste est familière et gratifiante pour le généraliste (3). Utile aussi pour le patient et tout aussi gratifiante pour lui (4, 5).

Recherche-action en Communauté française de Belgique

En communauté française de Belgique, nous avons développé, depuis 2004, une recherche-action conçue et réalisée par et pour des généralistes rassemblés au sein de l'association (Asbl) Promotion Santé et Médecine générale, née d'un partenariat entre la Société scientifique de médecine générale et la Fédération des maisons médicales, et créée à la suite du projet. Dans ce projet, nous avons tenté de concrétiser la promotion de la santé par une triple démarche :

– rencontrer le monde subjectif du patient avec un « guide d'entretien », à disposition du généraliste, pour l'accompagnement des patients à risque cardio-vasculaire identifié. Ce guide propose des pistes pour faciliter une négociation réaliste et efficace entre le généraliste et le patient, vers une amélioration progressive de ses comporte-

Améliorer l'état de santé global des patients

Les écrits internationaux définissent précisément le rôle du médecin généraliste dans la promotion de la santé. Dans sa définition européenne, la médecine générale entend « favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace » (Wonca, Europe, 2002). La « promotion de la santé » est également l'une des sept compétences attendues pour l'excellence de la pratique médicale, suivant le Cadre de compétences CanMeds 2005 (1), tant pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes : « Les médecins reconnaissent qu'ils doivent et peuvent améliorer l'état de santé global de leurs patients et de la société qu'ils servent. Les médecins estiment que les activités de promotion sont importantes pour le patient en particulier, pour des populations de patients et pour des collectivités. Les patients ont besoin que les médecins les aident à s'y retrouver dans le système de soins de santé, et à avoir accès aux personnes appropriées en temps opportun »... « La promotion de la santé met en jeu des efforts qui visent à modifier des pratiques ou des politiques en particulier pour le compte des populations servies. Défini de cette façon à niveaux multiples, ce rôle constitue un élément essentiel et fondamental de la promotion de la santé, qui s'exprime de la façon appropriée par les interventions à la fois individuelles et collectives des médecins qui cherchent à influencer la santé publique et les politiques en la matière ».

J. L.

(1) Frank J. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005.

ments de santé. Ce « guide » est disponible sur le site spécifique de ce projet : www.promosante-mg.be ;

– développer des réseaux de « ressources locales » directement accessibles aux patients et identifiées par leurs médecins généralistes. Concrètement, faire réaliser par un groupe de médecins généralistes un répertoire des ressources locales proches de leurs cabinets ; des volontaires qui ont réalisé ce cadastre en 2006 ont découvert des ressources inattendues au service du patient : une consultation-conseil gratuite à la permanence de l'antenne locale de l'Association belge du diabète, un club de fitness, une consultation de tabacologie, etc. Ces généralistes ont découvert aussi d'autres acteurs de la santé, professionnels ou non. Un réseau de collaborations peut ainsi se construire et le carnet d'adresses du généraliste s'étoffer. Ces ressources aident le généraliste à motiver les patients dans le sens d'un changement possible. Le travail en réseau, en partenariat, est une dimension fondamentale de la promotion de la santé ;

– construire un partenariat des associations de médecins généralistes avec des associations actives en promotion de la santé. La nouvelle association Promotion Santé et Médecine générale a lancé un appel dans ce sens à la mi-2007 ; une dizaine d'associations y ont répondu rapidement, dont les centres locaux de promotion de la santé. Le partenariat entre des associations de généralistes et une dizaine d'associations actives en promotion de la santé en communauté française de Belgique est une première en Belgique, il devait être officiellement lancé le 13 octobre 2007 à Bruxelles.

D'autres actions seront mises en œuvre en 2007-2008 :

– différentes formations (filères officielles traditionnelles, visioconférences et enseignement à distance par Internet) d'animateurs généralistes au dépistage du risque cardio-vasculaire global et à l'entretien motivationnel pour l'accompagnement des patients à risque pour former les médecins ;

– la participation au Groupe d'appui du Plan communautaire opérationnel de la santé cardio-vasculaire du ministère de la Santé en communauté française de Belgique ;

– une communication au congrès de la Wonca d'octobre 2007 à Paris et diverses publications consultables sur le site www.promosante-mg.be

L'acteur le plus influent de la santé du patient

Cette recherche action est à inscrire dans un cadre général dans lequel le médecin généraliste est l'acteur clé de la promotion de la santé de ses patients et qui pourrait avoir une influence bien plus grande. Les médecins généralistes sous-estiment l'impact qu'ils peuvent avoir auprès de leurs patients (6). Parfois, à leur insu, ils peuvent influencer fortement la motivation du patient à changer son mode de vie pour devenir davantage capable de vivre autrement sa santé. Ce rôle, ils peuvent l'assumer à condition d'éviter les pièges d'une éducation thérapeutique focalisée :

– sur l'observance : le but de l'accompagnement thérapeutique des patients à risque n'est pas de rendre les patients plus obéissants !

– sur les apprentissages : « *Le danger pour l'éducation thérapeutique, c'est de croire ou d'espérer que tout peut être objet d'un apprentissage alors que la mort, la souffrance ou l'échec sont simplement le lieu de l'accompagnement et de l'écoute* » (7). C'est aussi une façon de lutter contre l'illusion de puissance que ressentent certains médecins ;

– sur la responsabilité individuelle : « *Quel que soit leur comportement vis-à-vis des soins, quelles que soient leurs habitudes de vie, les personnes malades*

(1) Voir le site canadien fort bien fait : <http://www.canadian-health-network.ca/servelet/ContentServer?cid=1044313071295&pagename=CHN-RCS%2FPage%2FPageTemplate&c=Page&lang=Fr>

(2) Evans R.G. *Être ou ne pas être en bonne santé*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 1996 : 320 p.

(3) Fairbust K., May C. *What general practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform*. Ann. Fam. Med. 2006; 4: 500-5.

(4) Welshen I., Kuyvenhoven M., Hoes A., Verheij T. *Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction*. Family Practice 2004; 2 : 234-7.

(5) Laperche J., Prévost M. *Enquête de participation sur un échantillon de la patientèle de la maison médicale de Barvaux*. Santé conjugulée n° 28, 2004 : 62.

(6) Levêque A., Berghmans L., Lagasse R., Laperche J., Piette D. *Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique*. Arch. Public Health 1997; 55:145-58.

(7) Longneau J.-M. *Bien gérer sa santé ?* Éducation santé 1994, n° 90 : 4-6.

(8) Sandrin Berthon B. *Le regard d'une éducatrice pour la santé*. In : Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon. *Développer les offres régionales de formation en éducation du patient*. Actes du séminaire, 2004 : 41-6.

ne peuvent être tenues pour responsables de leur état de santé. C'est contraire aux principes affichés dans la Charte d'Ottawa. » (8)

Comme Monsieur Jourdain faisait de la prose...

La promotion de la santé est déjà présente dans la manière de faire la médecine, dans les questions que nous nous posons, dans la place que nous accordons à la santé, au travail en partenariat avec d'autres, à une approche de santé publique, à une priorité aux plus démunis, à un travail en amont sur ce qui détermine des souffrances communes de beaucoup de patients. Au quotidien, le médecin généraliste a une approche globale, tant médicale que sociale. Il situe le patient dans son contexte de vie. Bien que débordé par les soins curatifs, il est particulièrement concerné par les maladies chroniques pointées par l'OMS dans la charte de Bangkok, en 2005 : « les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer et le diabète ».

Le généraliste aborde aussi les questions du tabac, de l'alimentation, des

exercices physiques. À partir d'un patient en particulier vers la santé de tous ses patients, le généraliste peut témoigner, en scientifique de proximité, envers les autorités publiques de beaucoup de situations concrètes vécues par les patients.

Quand nous écoutons les patients, avec respect, pour construire une relation vraie, quand nous prenons le temps nécessaire, quand nous valorisons les initiatives, quand nous soutenons les démarches de ce patient – qui peut avoir des valeurs et des priorités différentes des nôtres –, nous sommes déjà, parfois sans le savoir, dans des démarches de promotion de la santé. Si nous cherchons à décoder le sens ou le pourquoi des comportements apparemment aberrants des patients, avec une réflexion partagée entre collègues, nous sommes encore dans des démarches de promotion de la santé. Ces exigences améliorent nos compétences cliniques pour les patients directement concernés et aussi pour tous les autres.

La promotion de la santé – dans son approche conceptuelle, en amont des

soins préventifs, en interrogeant les déterminants de la santé – peut sembler bien éloignée de nos préoccupations cliniques quotidiennes. Cependant, à y regarder d'un peu plus près, elle porte en elle les ferments d'une médecine humaine et performante, au bénéfice d'une amélioration de la santé de tous.

Jean Laperche

Médecin généraliste,
Fédération des maisons médicales,
asbl Promotion Santé et Médecine générale,
Bruxelles.

Contact : jean.laperche@uclouvain.be

Cette contribution est une synthèse actualisée de l'article paru dans *La Revue de la médecine générale* de la Société de Médecine générale (SSMG) (Belgique), n° 242, avril 2007, puis dans la revue de la communauté française de Belgique *Éducation santé*, août 2007.

Retrouvez *La Santé de l'homme* sur Internet



Rendez-vous sur
www.inpes.sante.fr

Vous trouverez sur www.inpes.sante.fr

en cliquant sur la vignette de la revue en page d'accueil à droite :

- le sommaire détaillé des numéros parus entre 1999 et 2003 ;
- et depuis 2003, tous les sommaires et **une nouveauté : cinq à dix articles de chaque numéro en accès gratuit et intégral.**

Quatre rubriques composent l'espace de *La Santé de l'homme*

- La revue (présentation)
- Sommaires (liste des numéros parus depuis 1999 avec accès direct au sommaire)
- Articles en ligne (pour chaque numéro, un résumé et cinq à dix articles)
- Index des articles par mots-clés
- Commandes/Abonnements (accès au bulletin d'abonnement, à la liste des numéros disponibles et au formulaire de commande des numéros).

À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

Adolescents et conduites à risque : prévention et écoute

Sous la dir. de Patrick Dessez et Hélène de La Vaissière



Les travailleurs sociaux et paramédicaux, les enseignants et étudiants trouveront dans cet ouvrage des éléments de réflexion sur la prévention et la prise en charge des conduites à risque des adolescents.

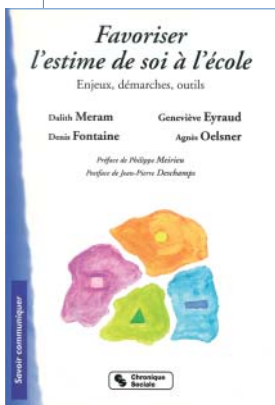
La première partie s'intéresse au lien entre conduites à risque et environnement psychoaffectif. La deuxième parle de la place de la famille, des parents, des professionnels dans la prévention des conduites à risque à l'adolescence. Enfin, la troisième traite des cadres institutionnels de cette prévention. Les auteurs sont psychologues, chercheurs, professeurs. Leur expérience clinique les a amenés à considérer les activités à risque comme des pratiques sociales, paradoxales, d'affirmation de soi et de socialisation. C'est pourquoi ils considèrent que la prévention et l'écoute s'appuient sur une compréhension des liens de l'adolescent avec son environnement.

Élisabeth Piquet

Rueil-Malmaison : Éditions ASH, 2007, 268 pages, 21 €.

Favoriser l'estime de soi à l'école : enjeux, démarche, outils

Dalith Meram, Denis Fontaine, Geneviève Eyraud, Agnès Oelsner



Les auteurs de cet ouvrage, tous issus des domaines de l'éducation, de la santé, ou du secteur social, ont expérimenté entre 1997 et 2000 à Vénissieux (Rhône) une approche de santé publique visant à la prévention de la violence et des conduites à risque. La méthode : donner à tous les enfants, dès leur entrée à l'école, les capacités de gérer correctement leurs comportements, leurs relations et leurs conflits.

L'ouvrage présenté relate cette expérience éducative et propose des pistes de réflexion et des outils pour

mettre en place, en milieu scolaire, une démarche préventive axée sur la promotion de l'estime de soi et des compétences relationnelles des enfants de 5 à 7 ans. Rappelons que l'estime de soi fait partie des dix compétences psychosociales décrites par l'OMS. Elle est reconnue comme jouant un rôle déterminant dans la construction de la personnalité et la socialisation. Ainsi, en renforçant son estime de soi, l'enfant augmente sa capacité à faire face aux difficultés de la vie, ce qui lui permet également d'entretenir de bonnes relations avec son environnement.

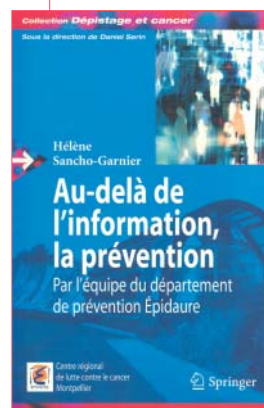
Ce document se décline selon quatre axes : il définit l'intérêt de promouvoir l'estime de soi dès 5 ans, propose une méthodologie permettant de développer un programme d'éducation sur cette problématique, puis décrit une méthode plus spécifique au milieu scolaire. Enfin, il donne les clés nécessaires pour évaluer le projet mis en œuvre.

Céline Deroche

Lyon : Chronique sociale, coll. *Savoir communiquer*, 2006, 134 pages, 12,90 €.

Au-delà de l'information, la prévention

Hélène Sancho-Garnier et l'équipe du département de prévention Épidaire du Centre régional de lutte contre le cancer de Montpellier



Pôle ressource en matière de prévention, Épidaire, département du Centre régional de lutte contre le cancer de Montpellier, est un espace de recherche et de formation et un centre de référence en évaluation des actions en prévention et en éducation pour la santé. Cet ouvrage collectif dirigé par la directrice scientifique du centre Épidaire a pour objectif « de montrer que la prévention primaire ne peut en aucun cas se limiter à la diffusion d'information, même si celle-ci est un élément stratégique essentiel ». Il se base sur quinze ans d'une

expérience qui combine les connaissances théoriques (épidémiologie, sciences de l'information, pédagogie), l'expérience de terrain et une activité d'évaluation permanente. Chaque chapitre de l'opuscule constitue un utile aller-retour entre la théorie et la pratique : les principaux concepts utilisés en communication sont présentés puis illustrés par l'exemple des outils de communication développés par Épidaire. Un rappel des facteurs influençant les connaissances et les attitudes en matière de santé et des théories élaborées pour expliquer les comportements liés à la santé est illustré par l'expérience d'Épidaire dans trois domaines : l'accompagnement des projets en éducation pour la santé des enfants de 3 à 11 ans, l'implication dans l'éducation pour la santé en collèges et lycées ou auprès des adultes en milieu du travail. Enfin, l'expérience, rare en France, de l'équipe de Montpellier en matière d'évaluation est mise en valeur comme outil de transformation des interventions.

Olivier Delmer

Paris : Springer, coll. *Dépistage et cancer*, 2007, 112 pages, 28 €.

DROGUES

& dépendance

LE SITE D'INFORMATION



www.drogues-dependance.fr

DROGUES INFO SERVICE
0 800 23 13 13

> 8h - 2h APPEL GRATUIT



www.drogues.gouv.fr

www.inpes.sante.fr