



**EXPERIENCE MIGRATOIRE  
ET PRATIQUES THERAPEUTIQUES  
DES MIGRANTS A RENNES**

**Rapport final**

**Anne Y. GUILLOU  
Sociologue, ADDRAS  
Novembre 2005**

**Enquête réalisée pour et avec la collaboration du Réseau Ville-Hôpital 35  
financée par le FASILD**

Ce document est également téléchargeable sur le site de l'ADDRAS à l'adresse suivante : <http://www.addras.com>

## REMERCIEMENTS

Le comité de pilotage était composé de :

- § M. Marcel Calvez, sociologue, Université de Rennes 2
- § M. Jean Marc Chapplain, médecin, CHU Rennes
- § M. Alain Couatarmanach, médecin généraliste
- § Mme Brigitte Flouzat, médecin de PMI
- § Mme Pascale Petit-Sénéchal, directrice régionale du FASILD
- § Mme Joëlle Plémevaux, coordinatrice de Réseau Ville-Hôpital 35
- § M. Pierre Tattevin, médecin, CHU Rennes

Il s'est réuni régulièrement au cours de l'étude, les 6 octobre et 17 novembre 2004, et les 5 janvier et 2 mars 2005 et a fait évoluer l'enquête par ses critiques et ses suggestions.

Par ailleurs, l'étude en cours a été présentée et commentée au sein du Programme de Recherche Santé, Risque et Société du LAS (responsable, Marcel Calvez), Université de Rennes 2.

De nombreuses personnes ont contribué à la réalisation de cette étude. En premier lieu, que soient remerciées ici toutes les personnes interviewées qui ont accepté de recevoir la sociologue et l'ont accueillie chaleureusement, en prenant sur leur temps de repos ou de loisir et, pour les plus précaires d'entre eux, en mettant provisoirement de côté leurs pressants soucis quotidiens.

Les membres du réseau Ville-Hôpital 35 ont été particulièrement actifs dans la mise en relation de la sociologue avec des migrants acceptant de la recevoir pour parler de leur santé. D'autres personnes ont aidé à la recherche de volontaires pour la participation aux interviews, en particulier Halima Arrab, Sandrine Charles, Rachid Hajddig, Pierrette Madec-Lemarchand, Jean Petit, René-Charles Quil ; ainsi que, dans les associations, Chantale Chauvet (CADA-Foyer Guy Houist Rennes), Laurence Cotty, Raoul Pourcelle et Roger Diard (Relais étranger), Mme Gouriou (CADA Fougères), Ali Iddlé (associations des Somaliens), Danièle Jacquemont (Maison des Squares), Mariannick Monnier et Jean-Noël Le Contellec (Croix Rouge française) et Martine Wadbled (Association pour le Développement et la Diffusion de la Recherche Anthropologique et Sociologique). Tous sont très amicalement remerciés pour leur aide et l'intérêt qu'ils ont porté à cette étude.

NB. Certaines des indications concernant les personnes interviewées ont été modifiées pour que leur anonymat soit garanti.

## **ABREVIATIONS UTILISEES**

<b>AME</b>	Aide Médicale Etat
<b>APS</b>	Autorisation provisoire de séjour
<b>CADA</b>	Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>COTOREP</b>	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.
<b>FASILD</b>	Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations
<b>OFPRA</b>	Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PRIPI</b>	Programme régional d'insertion des populations immigrées

# INTRODUCTION

## I – Objectifs

Cette recherche trouve sa place dans la démarche plus globale du Réseau Ville-Hôpital 35 (RVH 35), d'amélioration des soins médicaux rendus aux personnes migrantes<sup>1</sup>. Des observations répétées, faites par des membres de cette association, ont en effet abouti au constat que la prise en charge médicale des personnes d'origine étrangère (ou perçues comme telles) était inadéquate (par exemple, multiplication des intervenants médicaux, répétition des mêmes examens complémentaires, utilisation non justifiée du service des urgences du centre hospitalier, prévention et dépistage peu sollicités, difficultés en pratique de ville). Le RVH 35 a donc sollicité un sociologue pour mieux connaître ces difficultés, telles qu'elles sont, en tout cas, *perçues par les migrants eux-mêmes*. Les conclusions doivent, en premier lieu, venir informer la mise place d'un service d'appui médical aux migrants et, en second lieu, constituer un début de fonds de documentation/d'information sur le thème "santé et migration", jusqu'à présent inexistant en Bretagne, et, d'une façon générale, peu développé en France. D'autres projets doivent contribuer à ce fonds, comme l'élaboration d'une vidéo de sensibilisation des professionnels aux patients d'origine étrangère.

Les résultats directement attendus de cette enquête étaient de *mieux connaître* :

- les représentations de la santé et de la maladie des migrants,
- leurs attitudes et leurs comportements en matière de santé, en particulier la place occupée par la prévention,
- leurs trajectoires de santé, en particulier leur propre définition de l'urgence sanitaire, le détail de leurs recours thérapeutiques,
- leurs connaissances des structures de soins et des professionnels.

Ils devaient aussi permettre *d'analyser* :

- le lien entre données socio-démographiques et type (et quantité) de difficultés rencontrées,
- le repérage d'inégalités dans l'accès aux soins.

---

<sup>1</sup> Voir Réseau Ville-Hôpital 35, Améliorations des soins pour les personnes migrantes. Dossier Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville, Déc. 2003.

## II - Problématique sociologique : relations interethniques et pratiques thérapeutiques

### *a). Définition de la population concernée*

"Personnes migrantes" est un terme sans signification juridique ou sociologique précise. Il regroupe en fait trois types de notions.

Etranger, immigré/migrant, minoritaire/ethnique/ethnicisé

**L'étranger renvoie à une définition légale : il s'agit de l'individu qui n'a pas la nationalité française et qui, de ce fait, ne jouit pas de tous les droits et les obligations des Français.**

En France, d'une manière générale, les droits à la Sécurité Sociale sont plutôt associés à la résidence qu'à la nationalité depuis l'instauration de la Sécurité Sociale (Ordonnance de 1945). Ce principe a connu une première restriction avec la loi sur l'immigration de 1993, dite «loi Pasqua», restreignant les droits à la Sécurité Sociale aux seules personnes résidant *régulièrement* sur le territoire national. Les personnes en situation irrégulière devant, selon la Constitution de 1946, pouvoir bénéficier d'un accès aux soins même réduit, le principe de l'aide médicale hospitalière a, à cette époque, été introduit, accentuant le double régime, assurantiel (cotisations sociales) d'un côté et assistanciel (aide aux démunis ne pouvant verser de cotisations) de l'autre (voir annexe 2 sur les droits des étrangers en matière de couverture sociale).

L'immigré, le migrant sont, en premier lieu, des termes purement descriptifs. Ils désignent tout individu qui a quitté son pays/sa région de naissance ou de résidence pour s'installer, temporairement ou durablement, dans un pays/une région autre. Le terme d'"immigré", connoté négativement en France depuis les années 1970-80, a eu tendance à être remplacé par celui de "migrant" (pourtant moins parlant dans la mesure où le géronde suggère un mouvement, ce qui n'est pas toujours le cas).

Les sociologues des relations interethniques préfèrent travailler à partir de la notion de "minoritaire" ou d'"ethnique" (ou "ethnicisé") qui a le mérite de prendre en compte l'ensemble de la réalité sociale des migrants et de leurs descendants.

"Minoritaire" signifie en effet :

que l'individu appartient ou est perçu comme appartenant à une minorité ethnique, c'est-à-dire un groupe se percevant et/ou étant perçu comme ayant des origines culturelles ou nationales différentes ; sachant que ces différences sont socialement construites et sont donc susceptibles d'évolution au fil du temps et de l'évolution du rapport interethnique.

Les minoritaires sont dans un rapport social inégal avec les majoritaires, c'est-à-dire les membres de la société globale, qui représente la norme culturelle et dont les classements sociaux sont souvent et globalement défavorables aux minoritaires.

Selon cette définition, les minoritaires ne sont donc pas forcément des étrangers ni des immigrés/migrants. Cette définition englobe notamment ce qu'on appelle les minorités visibles (par exemple Français d'Outre-Mer, de nationalité française depuis "toujours") ou les descendants de migrants (souvent de nationalité française, de culture française mais perçus comme des "ethniques" et se revendiquant parfois comme tels).

Dans tous les domaines de la vie sociale et en particulier dans le domaine de la santé, le fait d'être un minoritaire est susceptible d'avoir des répercussions car l'accès aux ressources est souvent moins important (niveau de vie, discrimination, "niche ethnique") et la construction identitaire peut jouer un rôle dans les comportements de santé, etc. Dans la relation thérapeutique enfin, les perceptions réciproques médecin/patient, influencés par les ethnotypes ethniques (stéréotypes ethniques construits au cours de l'histoire, depuis les colonisations) sont susceptibles d'influencer les traitements et les messages de prévention.

#### Définition opérationnelle du migrant

Dans le cadre de cette enquête, on optera pour une définition opérationnelle du migrant Il s'agit d'une personne née étrangère, hors de France et venue s'installer à l'âge adulte, après sa socialisation primaire (dans l'enfance), celle au cours de laquelle les individus intériorisent les éléments et les valeurs de leur société, y compris les représentations et les pratiques liées à la santé et à la maladie. Sur le plan socio-économique, cette définition se concentre sur les individus qui, en arrivant en France, ne connaissaient pas son système de soins et ont dû en prendre connaissance au moment de leur installation. Cela exclut notamment les descendants de migrants ainsi que les minorités dites nationales (Bretons, Basques...) C'est la population ainsi définie dont on fait l'hypothèse qu'elle est susceptible d'avoir besoin d'une aide particulière en matière d'accès aux soins et à la santé.

## ***b) Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques***

La migration revêt une dimension à la fois individuelle et collective. Individuelle car les biographies personnelles agissent parfois directement sur le projet migratoire. Tel jeune homme libyen, qui vit encore douloureusement le décès de sa mère, morte d'un cancer du sein et sur laquelle il a veillé jusqu'à la fin, n'aurait jamais pris les routes de l'exil sans cet accident de la vie, à la suite duquel il s'est brouillé (pour des raisons qu'il ne souhaite pas exposer en détail) avec sa famille et a décidé de tenter sa chance ailleurs. Il a aujourd'hui fondé une famille avec une épouse française, à Rennes et semble bien installé, n'étaient-ce les cauchemars incessants qui perturbent ses nuits depuis ce deuil. On peut également citer en exemple cette jeune femme japonaise dont le parcours migratoire, les pratiques thérapeutiques et le rapport à sa famille, notamment sa mère, sont étroitement imbriqués. Souffrant en France d'un eczéma dont elle n'arrive pas à venir à bout, elle est impliquée dans une quête thérapeutique longue et complexe (médecin traitant, homéopathe, acupuncteur, psychiatre...) alliant des domaines médicaux connus au Japon (biomédecine, médecine d'origine chinoise) et des pratiques très atypiques par rapport aux habitudes de soins japonaises (psychiatre). Cette quête la renvoie, par les explications qui lui sont données par ses soignants, à sa problématique familiale (elle a le foie "bloqué", ce qui symbolise une colère rentrée). Or, elle associe ce sentiment aux relations difficiles qu'elle entretient avec une mère traditionaliste dont elle cherche à s'éloigner par la migration.

Mais au-delà des histoires de vie individuelles, la migration a par ailleurs un caractère collectif avec un impact certain sur les pratiques thérapeutiques. Qu'il s'agisse des représentations culturelles de la santé et de la maladie, modifiées dans la migration (selon un processus d'acculturation dont on connaît mal les modalités), qu'il s'agisse des droits liés au statut juridique des migrants qui, en influant sur leur condition de vie, ont de ce fait une influence sur les pratiques de santé ; qu'il s'agisse, enfin, des rapports interethniques eux-mêmes (relations entretenues par le migrant avec les membres de la société globale) car les migrants, selon leur origine ethnique et l'histoire collective de leur migration, n'occupent pas tous la même position dans la société française et n'ont pas tous la même image auprès des "Français", donc des acteurs du système de soins.

# METHODOLOGIE

## I - Les entretiens semi-directifs

L'enquête a été réalisée de novembre 2004 à avril 2005. Elle a consisté en trente entretiens semi-directifs sociologiques de 33 personnes (dont 3 couples), d'une durée de 45 minutes à 4 heures, avec une moyenne de 1h30-2 heures.

L'entretien semi-directif est une méthode présentant, pour ce type de recherche, des avantages indéniables, malgré ses inconvénients. Ses inconvénients sont surtout matériels. C'est une méthode lourde (temps de la rencontre, retranscription des entretiens, dépouillement) mais riche, convenant particulièrement à ce type de recherche car :

- il s'agit d'une *méthode exploratoire*, utile quand on ne dispose pas de documentation sur le sujet par ailleurs. Or, il n'existe rien en Bretagne sur ce thème et très peu en France – pour ce qui concerne la sociologie des relations interethniques (l'ethnopsychiatrie est mieux représentée). Le questionnaire des enquêtes quantitatives est, quant à lui, mieux adapté à la vérification d'hypothèses. En particulier, l'expérience de terrain montre que les personnes ont rarement d'opinion tranchée à exprimer à brûle-pourpoint sur leur santé et leur maladie. Alors que le détour de l'entretien semi-directif par les thèmes de l'élevage des enfants, de l'hygiène, du climat, de l'alimentation, du repos et du travail, etc. permet au contraire d'aborder les questions du corps et de ses représentations dans la concrétude des expériences quotidiennes. Ainsi par exemple, un homme d'origine vietnamienne a commencé l'entretien en disant qu'il "était en parfaite santé" mais, au moment de servir le thé à la sociologue, deux heures plus tard, il a fait une simple remarque sur le fait qu'il prendrait quant à lui une tisane chinoise spéciale pour son diabète ! Cela a permis de relancer de façon plus informelle une conversation (accompagnée d'un inventaire du buffet<sup>2</sup>) sur un sujet qui n'aurait certainement pas été abordé avec un simple questionnaire.

- il s'agit d'une méthode qui, surtout dans le domaine de la santé et de la maladie, permet *d'éviter l'imposition d'une problématique aux enquêtés*. Dans ce domaine en effet, le discours médical est dominant et les enquêtés, plus que dans d'autres domaines, se sentent obligés de donner ce qu'ils pensent être les "bonnes réponses". Grâce à l'entretien semi-directif, les individus ont rapidement l'impression de mener une conversation à bâtons rompus (ce qui n'est en réalité pas le cas) sur des sujets divers et perdent plus facilement l'impression d'être évalués ou contrôlés. Cela est d'autant plus important concernant des migrants que leur parole est doublement

---

<sup>2</sup> Sur l'intérêt de discuter des pratiques de soins à partir d'éléments concrets (pharmacie familiale par exemple), voir Sylvie FAINZANG, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris : PUF, 2001.



minorisée : en tant qu'étranger, susceptible d'avoir des pratiques "différentes" et en tant que "profane", non spécialiste, non professionnel.

Dans l'enquête présente, le guide d'entretien a donc consisté à abandonner momentanément le domaine de la santé et de la maladie pour revenir à la biographie de l'enquêté et à son histoire migratoire, depuis le pays d'origine jusqu'à la période actuelle. Le but était de *resituer les épisodes de maladies et les pratiques de santé dans le contexte plus global de la migration*, en permettant à l'individu de leur donner un sens personnel. De ce point de vue, l'enquête montre clairement ce lien. Pour citer quelques exemples, tel Africain, réfugié politique statutaire, attribue sa séropositivité au VIH aux terribles conditions de la fuite du génocide rwandais ; fuite qui est à l'origine de sa demande d'asile en France : il aurait contracté l'infection par une seringue souillée dans un dispensaire de fortune au cours de la fuite. Dans son esprit, son infection et son exil sont intimement liés par une cause commune. S'estimant une victime, cette attitude est susceptible d'influencer son rapport au traitement. Telle vieille femme marocaine, veuve d'un ouvrier du bâtiment décédé d'un cancer du poumon, attribue le décès de celui-ci à la déprime qui a suivi son accident du travail et à son inactivité forcée, cause de son tabagisme. On retrouve là une problématique courante chez les ouvriers immigrés qui se pensent comme une force de travail exploitée et insuffisamment reconnue dans leur travail, et leur société d'accueil. Ce rapport particulier au corps peut également influencer les pratiques de soins et de prévention. Car le corps, est d'abord un instrument de travail et la principale source de légitimité de la migration ("nous sommes ici pour travailler et nous travaillons dur"). Cela se voit particulièrement au ton qu'ont pris dans les entretiens les ouvriers décrivant leur visite médicale d'aptitude à l'immigration. Dans leur propos, "examen médical" se lit dans les deux sens du terme car il s'agit aussi d'un examen de passage. Comme le dit un ouvrier marocain de 55 ans décrivant sa première visite médicale en France, "C'était un contrôle général. On a passé partout. C'est comme à l'armée pour aller engager. Si vous avez une maladie ou un truc comme ça, ils ne vous acceptent pas". Ce corps ne doit donc ni faiblir ni faire défaut et on peut penser que la faiblesse des pratiques de prévention (voir plus loin) sont une conséquence de ces représentations.

## II - Conditions de l'enquête

L'enquête s'est déroulée dans d'excellentes conditions, du fait, principalement, de l'étroite collaboration du Réseau Ville-Hôpital 35 et de ses partenaires. Ce sont eux qui se sont chargés, avec la sociologue, de contacter des personnes susceptibles d'être volontaires. Cela a permis de multiplier les lieux de "recrutement" (médecins, assistantes sociales, ...) et de diminuer les biais liés à une source unique.

L'enquête a été présentée par ces partenaires au volontaire (voir annexe) puis il a été contacté par téléphone par la sociologue qui a réexpliqué l'étude en insistant sur l'anonymat et la mise à disposition du document final. Peu de personnes ont finalement refusé quand elles ont été contactées. L'une, sans téléphone, n'a pas répondu au courrier adressé, l'autre a systématiquement "oublié" les deux ou trois rendez-vous donnés, enfin, une famille, dans une situation difficile (demande d'asile en cours), n'a pas trouvé le temps malgré sa bonne volonté. Au contraire deux personnes qui s'étaient portées volontaires n'ont pas pu être interviewées car elles n'entraient pas dans les critères de sélection de l'échantillon.

Les entretiens ont eu lieu au domicile des migrants sauf pour neuf d'entre eux, rencontrés soit sur leur lieu de travail à la pause, au siège d'une association, chez une amie ou à l'hôpital (hospitalisation). La grande majorité a accepté l'enregistrement, sauf trois qui ont préféré la prise de notes (deux demandeurs d'asile en procédure de recours et un travailleur).

*La grande majorité des interviewés pouvait s'exprimer seuls en français, même sommairement.* Une évaluation de la compétence en français des interviewés faite par la sociologue elle-même<sup>3</sup>, en quatre grades (A= Très bon à bon niveau de communication ; B= moyen ; C= Faible et D= Recours à un interprète), donne le résultat suivant :

Tableau 1 – Echantillon, compétence en français

Degré	Effectifs
A	17
B	5
C	9
D	2
<b>Total</b>	<b>33</b>

La moitié de l'échantillon environ a un niveau excellent ou bon en français. Les personnes concernées sont surtout des ressortissantes d'ex-colonies françaises ou bien pourvues d'un niveau scolaire supérieur au Baccalauréat. Seuls deux

---

<sup>3</sup> La sociologue ayant l'habitude du dialogue avec des personnes étrangères de tous niveaux linguistiques, son estimation a des chances d'être plutôt "généreuse". Ce qui est évalué ici est uniquement la capacité de comprendre et d'être compris et non la correction grammaticale.

interviewés ont eu recours à un interprète choisi dans leur entourage (épouse, fille et amie). Trois autres entretiens ont apporté des informations plus limitées que les autres du fait de la difficulté à parler français. Enfin, seul une interview a été écourtée à cause de l'état de santé de la personne (hospitalisée).

### III - L'échantillon

Dans la mesure du possible et pour ne pas biaiser le "recrutement", il était demandé aux membres du Réseau de choisir au hasard les volontaires sollicités (par exemple en puisant au hasard dans leur fichier médical ou en parlant systématiquement au premier migrant se présentant à une consultation). Cela, afin d'éviter le choix inconscient du "bon interviewé", celui qui s'exprime le mieux, celui qui est "sympathique", qui a une histoire personnelle ou médicale intéressante, etc. L'enquête devait reposer au contraire sur le "tout-venant".

L'échantillonnage a répondu à une exigence de *diversité* et non de représentativité (du reste impossible à atteindre avec une taille de 30 individus).

Les tableaux ci-dessous donnent la composition de l'échantillon.

*Sexe* : autant d'hommes que de femmes (respectivement 15 et 18) dans l'échantillon, ce qui respecte grosso modo la répartition des "immigrés" (définition de l'INSEE) en Bretagne.

Tableau 2 – Echantillon, par genre

<b>SEXE</b>	<b>Echantillon Effectif (et %)</b>	<b>Total immigrés en Bretagne (%)<sup>4</sup></b>
F	18 (54,5%)	51 % (env.)
H	15 (45,5%)	49 %
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

- *Age* : La tranche la plus représentée est celle des 30-39 ans (1/3 de l'échantillon), suivi de la tranche des 50-59 ans (1/4 de l'échantillon). Mais l'étendue est vaste puisque le plus jeune a 21 ans et le plus âgé 69 ans. Si l'on compare cette structure par âge à celle des "immigrés" (définition INSEE) en Bretagne, elle est très différente : les 25-45 ans étant largement surreprésentés dans l'échantillon, tandis que les tranches d'âge très jeunes ou très âgées sont sous-représentées.

---

<sup>4</sup> D'après *Atlas des immigrés en Bretagne*, Rennes, INSEE/FASILD, avril 2004 (analyse du recensement de population de 1999). L'immigré, dans la définition retenue par l'INSEE, est celui qui, demeurant en Bretagne, est né étranger à l'étranger, quel que soit son statut juridique actuel.

Tableau 3 – Echantillon, par âge

AGE	Echantillon Effectif (et %)	Total immigrés en Bretagne (%)
[15-25[	1 (3%)	13,3%
[25-45[	21 (63,5%)	27,7%
[45-65[	9 (27,5%)	23,2%
+ de 65 ans	2 (6%)	18,6%
<b>TOTAL</b>	<b>33 (100 %)</b>	<b>100%</b>

- *Origine nationale* : Les Africains (si l'on comprend deux Malgaches) sont les plus nombreux dans l'échantillon (près d'un tiers), suivis des Maghrébins (et ressortissants du Machrek (environ 1/4 de l'échantillon) puis des Turcs (y compris d'origine ethnique kurde). Les personnes venues d'Asie, d'Europe, d'ex-URSS et d'Amérique du Sud (1 individu) sont moins présentes (1/4 en tout). Cette configuration ne ressemble pas du tout à celle de "l'immigration" (au sens INSEE) en Bretagne où les Européens (U.E) sont largement majoritaires (près de la moitié des migrants), suivis loin derrière, par les ressortissants d'Afrique et du Maghreb (plus d'un quart en tout), puis de Turquie (6%), qui présentent le même type de migration que celle des Maghrébins (plutôt ouvrière, débutée dans les années 1970 avec des enfants souvent naturalisés français aujourd'hui). Enfin, Asiatiques (essentiellement réfugiés politiques d'Asie du Sud-Est des années 1980) et Européens (hors U.E.) ferment le peloton (voir tableau ci-dessous).

Ces différences importantes entre les deux populations tiennent au fait que l'échantillonnage devait répondre à deux objectifs :

- d'une part la diversification
- et, d'autre part, la prise en compte des populations susceptibles de rencontrer le plus de difficultés dans leur accès aux soins, soit du fait de discriminations, soit du fait de leur accès moins satisfaisant aux ressources scolaires, professionnelles, financières.

De ce point de vue, malheureusement, l'échantillon ne tient compte qu'imparfaitement, de cette nouvelle donne qui est que parmi les nouveaux arrivants en Ile-et-Vilaine aujourd'hui (2002 et 2003), environ 60% viennent des pays de l'Est (15% dans l'échantillon). En revanche, les primo-arrivants africains (30 % selon la Préfecture) sont suffisamment représentés dans l'échantillon.

Tableau 4 – Echantillon, par origine nationale

<b>ORIGINE</b>		<b>Effectifs et (%) échantillon</b>	<b>Total étrangers en Ile-et-Vilaine (%)<sup>5</sup></b>	<b>Total immigrés en Bretagne (%)</b>
Burkina Faso, Congo-Brazzaville, Cameroun, Angola, Rwanda, Guinée-Conakry, Soudan, Somalie, Madagascar (2 pers.)	AFRIQUE	10 (30,5%)	(Afrique subsaharienne) 11%	10,2%
Algérie : 4 ; Maroc : 4 ; Lybie : 1	MAGHREB	9 (27,5%)	24%	17,5%
"Anatoliens" : 2 ; Kurdes : 2	TURQUIE	4 (12%)	-	6%
Japon, Mongolie, Vietnam	ASIE	3 (9%)	12%	14,6%
Grande Bretagne : 1	EUROPE	1 (3%)	32%	45,8%
Albanie : 2 ; Ukraine : 1 ; Tchétchénie : 2	EX-BLOC DE L'EST	5 (15%)	(Europe de l'Est) 5%	(Europe hors U.E.) 7,2%
Brésil	AMERIQUE DU SUD	1 (3%)	2%	(Amériques + Océanie) 5,9%
	<b>Total</b>	<b>33 (100%)</b>		<b>100%</b>

- *Statut juridique* : L'échantillon est bien équilibré sur le plan de la situation administrative. Trois groupes de taille équivalente représentent chacun un degré sur l'échelle de la stabilité du statut juridique ; depuis la stabilité maximale (naturalisation française) jusqu'à la plus grande précarité (autorisation provisoire de séjour d'un mois renouvelable pour raison de santé, demandeurs d'asile déboutés ayant reçu une injonction à quitter le territoire français).

Tableau 5 – Echantillon, par statut juridique

<b>STATUT JURIDIQUE</b>	<b>Effectif échantillon</b>
Naturalisé français	7
Réfugiés politiques statutaires	4
Situation administrative entièrement stable	11
Carte de séjour (travail, étude, conjoint français)	8
Regroupement familial	2
Situation administrative relativement stable	10
Autorisation Prov. Séjour pour raisons de santé (1 mois, 1 an)	6
Demandeurs d'asile (OFPRA, commission recours ou déboutés)	5
Situation administrative précaire	11
Incertain	1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>

<sup>5</sup> D'après Réseau Ville Hôpital 35, *op. cit.* p. 7 (d'après la Préfecture d'Ile-et-Vilaine).

Remarque: les situations évoluant au cours du temps, il s'agit du statut actuel de la personne

*Durée de séjour* : la grande majorité des interviewés se situent à deux étapes clés de leur migration en France, au début (2-5 ans), une fois la toute première période d'installation passée (cela représente plus des 2/3 de l'échantillon) et dans la longue durée (plus de 20 ans), avec une bonne partie de la vie adulte passée en France (1/4 de l'échantillon), ce qui permet d'évaluer sur le long terme l'impact de la durée de séjour sur les changements en matière de soins.

Tableau 6 – Echantillon, par durée du séjour en France

<b>DUREE DE SEJOUR (en années)</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
[0-1[	2	6%
[1-2[	3	9%
[2-5[	13	39,5%
[5-10[	4	12%
[10-15[	3	9%
[15-20[	0	0
Plus de 20 ans	8	24,5%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

*Catégories socioprofessionnelles* : Dans l'échantillon, on observe différents mouvements qui correspondent aux phénomènes migratoires plus généraux en France.

- Une migration paysanne/ouvrière vers les zones d'emploi ouvrier (années 1960-1970)
- Un déclassement/reclassement professionnel, notamment chez les demandeurs d'asile/réfugiés politiques statutaires, depuis les catégories "cadres et professions intellectuelles supérieures" et "professions intermédiaires" vers des catégories transitoires (reprise de formation, recherche d'emploi) (années 1980- 2000)
- Le blocage socio-économique que constitue l'interdiction de travailler en France, pour 6 des interviewés, demandeurs d'asile en cours de procédure.
- Et enfin, bien que l'échantillon n'ait pas été établi sur une base médicale, 3 personnes souffrent de problèmes de santé suffisamment graves pour nécessiter un arrêt de travail de longue durée ou définitif, indemnisé ou non (un vieil homme demandeur d'asile hospitalisé pour une aspergillose ; une femme de ménage avec une carte de séjour de 10 ans ayant fait une chute très grave sur son lieu de travail et une femme handicapée moteur, bénéficiant d'une APS raisons de santé, percevant une allocation de la Cotorep.

Tableau 7 – Echantillon, par CSP

<b>Catégorie Socio-Professionnelle</b>	<b>CSP d'origine</b>	<b>CSP actuelle (*)</b>
Agriculteurs	3	0
Cadres et prof. intell. sup. (artistes, haut fonctionnaire, marketing, police)	6	2
Prof. Intermédiaires (Instit., technicien, administration, infirmière, prof. collège)	6	1
Employés (commerce, administration, services aux personnes, armée)	5	3
Ouvriers (maçon, chauffeur)	7	9
A la maison	3	1
"Petits boulots"	1	0
Recherche d'emploi		2
Formation (Bac, Fac)		3
Retraite		3
Pas de permis de travail		6
Maladie/handicap/accident travail		3
Inconnu	2	
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>33</b>

(\*) ou celle du soutien familial

*Statut matrimonial* : Il reflète une certaine variété mais la grande majorité des interviewés (60%) sont présents en France avec l'ensemble de leur famille nucléaire. 5 d'entre eux ont un conjoint ou un ami français, les autres ont un conjoint de la même origine nationale qu'eux (sauf trois personnes, ayant un conjoint non français d'une autre nationalité d'origine qu'eux-mêmes).

Tableau 8 - Echantillon, par statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	Effectif
Marié, en Fce avec famille nucléaire complète (conjoint et ts les enfants)	20
Marié, en Fce avec une partie de la famille	2
Marié, en Fce seul	3
Célibataire	3
Séparé/divorcé, enft au pays	2
Séparé/divorcé accompagné d'enft	2
Veuve non remariée	1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>

  

Conjoint français (couple marié)	2
Conjoint français (vie maritale)	1
Ami français (sans vie maritale)	2
Conjoint d'une autre nationalité que la sienne (non français)	3
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>

## **RESULTATS DE L'ENQUETE**

### **I – Les conditions très éprouvantes de l'émigration**

D'une façon générale, et contrairement à ce que l'on pense généralement, les conditions de l'émigration – même quand elles se sont déroulées de façon satisfaisante sur le plan de l'accueil – sont très éprouvantes. Elles se sont singulièrement dégradées ces dernières années avec le durcissement des politiques d'immigration, notamment en direction des demandeurs d'asile.

Mais même à la "grande époque" de l'immigration ouvrière maghrébine et turque des années 1970, les conditions d'arrivée sont souvent précaires pour ces jeunes hommes qui ont quitté leurs villages et débarquent, à Marseille ou à Paris, dans un nouveau pays.

Ce ne sont pas, alors, "les papiers", qui étaient difficiles à obtenir mais les conditions de vie restaient néanmoins précaires plusieurs années, du fait des logements surpeuplés, du travail itinérant et de l'éloignement de la famille : "Je suis arrivé sans papiers en 1980, avec un passeport. J'ai dû prendre un aller-retour obligatoire mais je n'ai pas utilisé le retour. A l'époque, c'était possible. Il faut [fallait] trouver du travail, passer la visite médicale et le patron fait [faisait] les papiers. Je suis arrivé à Paris. On était à cinq dans la même pièce, chez des copains. Et puis je suis allé chez les fils de ma tante" (Homme, Ouvrier, Maroc, 55 ans).

"Je suis arrivé à 16 ans rejoindre mes frères. J'étais le plus jeune. A l'arrivée, on cherchait du boulot sur les chantiers. A cette époque, on venait en vacances, en touriste : il y avait du boulot à gogo. Je suis d'abord allé à Toulon puis à Grenoble et en 1977, je suis arrivé à Rennes" (Homme, ouvrier, Algérie, 56 ans). Ce sont les conditions de logement qui sont la cause d'une infection tuberculeuse chez un ouvrier algérien de 56 ans, dont le propre frère est décédé dans un baraquement surpeuplé, victime d'une intoxication par un poêle à charbon mal réglé. Il a ensuite vécu 40 ans dans des foyers Sonacotra et estime que ceux-ci ont singulièrement amélioré les conditions de vie des ouvriers immigrés.

Mais ce sont les demandeurs d'asile actuels qui connaissent les conditions d'exil les plus pénibles, d'abord par les situations dramatiques qu'ils ont fuies (génocide au Rwanda, guerres au Soudan et en Tchétchénie, persécution d'opposants en Turquie, en Mongolie, en Guinée...). Aux conditions souvent pénibles d'un long voyage orchestré par des passeurs, s'ajoute l'arrivée dans une ville parfois inconnue, Rennes, où ils ont été laissés – voire abandonnés – presque par hasard, et où les premières nuits se passent parfois dehors, avant que ne commence le long parcours de la demande d'asile et de l'incertitude qui pèse ensuite sur le destin des



personnes pendant plusieurs mois (les délais de réponse de l'OFPRA et de la Commission des recours semblent s'être raccourcis) :

"Nous sommes partis en avril 2002. On a payé beaucoup d'argent à un passeur. On a pris le train de E. [capitale de ce pays d'Asie] pour Moscou puis le camion pendant 8 ou 9 jours. J'avais appris le français à la faculté de E., c'est pour cela que nous avons choisi la France [son mari, haut fonctionnaire était menacé]. Nous avons débarqué devant la gare de Rennes à 3 ou 4 heures du matin, sans connaître rien ni personne. J'ai demandé à quelqu'un, elle était femme de ménage et elle commençait son travail à 5 heures du matin. Je lui ai demandé «comment on fait pour demander l'asile ?». Après, elle m'a montré la Préfecture. Je connais pas mais elle m'a dit [expliqué] (...) Quand je suis arrivée, je suis enceinte de 3 mois. Oh la la ! Très froid ! Il faut attendre 2 heures l'ouverture de la Préfecture. L'employée de la Préfecture a dit de revenir le jeudi [on était lundi]" (Femme, ex-enseignante, réfugiée politique statutaire, Kazakh, 28 ans). Le couple est donc resté camper deux nuits dehors, sans couverture, avant de croiser les pas d'un "Noir" qui leur indique la Croix Rouge et le Centre d'Accueil et d'Orientation où ils reçoivent une aide d'urgence. Les exemples ne sont pas tous aussi extrêmes mais les conditions de logement, de nourriture et surtout l'angoisse de l'attente sont une constante aux multiples répercussions sur les états de santé. Le cas le plus frappant de l'influence immédiate du statut juridique sur l'état de santé est celui de cette jeune femme tchétchène de 39 ans qui souffrait de stérilité pendant toutes les années passées sous les bombardements à Grozny puis en proie aux tracasseries et aux violences policières à Moscou (cela concernait surtout son mari). Or, elle est tombée enceinte de son premier enfant au moment même où l'OFPRA lui a annoncé l'obtention du statut de réfugié.

Sur le plan des conditions *matérielles* d'accueil, ce sont les regroupés familiaux qui, en général, ont eu le plus de facilité, soutenus par une belle-famille qui les a aidés à s'insérer. Dans ce cas, alors que le titre de séjour et le logement au moins, sont réglés avant leur venue en France, c'est plutôt la nostalgie, la séparation d'avec la famille qui est vécue difficilement.

D'une façon générale, donc – et cela a aussi été constaté au niveau national – ce sont les individus les plus motivés, les plus prompts à l'adaptation et les plus courageux qui tentent l'aventure difficile de l'émigration définitive, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, des actifs ou des mères de famille. Car, comme le dit l'une d'elle "au début, il n'y a rien de facile, tout est difficile".

## II – L'installation en France et l'accès à la couverture sociale

### *a) Difficultés d'installation contre relative facilité d'accès à la couverture maladie*

Dans les premiers mois après l'arrivée en France, les conditions matérielles de l'installation doivent être réglées en priorité, tout au moins pour ceux dont le statut juridique le permettent car les demandeurs d'asile n'ont pas droit au travail et vivent d'une allocation dans des centres d'hébergement, les CADA où ils sont maintenus, jusqu'à la réponse de l'OFPPRA ou de la Commission des Recours, dans un provisoire qui dure.

Dans ces domaines, la majorité des interviewés ont connu des difficultés, principalement dans les domaines du travail, du logement ou des "papiers" mais, en comparaison, très peu ont éprouvé des difficultés à obtenir une couverture sociale rapidement. Au contraire, *la facilité à régler leur situation vis-à-vis de la Sécurité Sociale et à obtenir rapidement des remboursements des soins, contraste avec les difficultés rencontrées dans les autres domaines.* Au point que l'intégration est perçue comme bien plus facile sur le plan de la Sécurité Sociale que sur tous les autres plans. Un exemple caractéristique est celui de cette jeune femme de 37 ans, arrivée pour un travail dans l'agriculture en France en 2000. Elle est aujourd'hui dans une situation très précaire, malgré l'énergie qu'elle met à s'en sortir : son fils de 18 ans est "sans papiers" depuis sa majorité ; elle se débat pour conserver, année après année, un titre de séjour dont elle ne sait jamais s'il sera renouvelé (elle a actuellement un visa d'étudiante et doit, en plus de son emploi à mi-temps<sup>6</sup> réussir ses examens pour voir son titre renouvelé). Elle a frôlé l'expulsion de son logement l'an dernier, faute de revenus pour honorer son loyer, avant d'obtenir *in extremis* un appartement HLM où elle vient d'emménager, dans un certain dénuement. Elle ne sait donc jamais de quoi le lendemain sera fait. Dans cette grande précarité, les seuls points de stabilité sont, d'une part, les amis français qu'elle s'est fait et qui la soutiennent et, d'autre part, le sentiment de sécurité que lui procure sa protection sociale, qu'elle a obtenu sans difficulté : "Dans ce niveau-là [la Sécurité Sociale], je suis une Française. Pour le système administratif, je suis déjà une Française. Je travaille depuis 5 ans. Je cotise même pour ma retraite ! Ils s'en fichent si j'ai des papiers ou pas<sup>7</sup>. Si demain, je n'ai plus de visa, j'ai droit quand même encore à 2 ans et quelque parce que j'ai travaillé beaucoup d'heures" (Femme, Europe de l'Est, visa étudiant, 37 ans). Dans ses représentations, elle se sent donc déjà naturalisée française sur le plan de sa couverture sociale car elle a cotisé, alors même qu'elle est susceptible d'expulsion dans les années qui viennent.

---

<sup>6</sup> Les étudiants étrangers n'ont pas le droit de travailler plus de 20 heures par semaine.

<sup>7</sup> Le principe de la Sécurité Sociale française est en effet traditionnellement basé sur la réalité du séjour et non sur le statut juridique de l'étranger.

On peut citer aussi, pour illustrer ce contraste, cet homme d'origine africaine débouté de sa demande d'asile et qui a très mal vécu ces mois d'hôtel, à manger froid dans sa chambre en compagnie de sa petite fille handicapée : "J'allais craquer. Je pleurais parfois. Je pensais à ma famille, je n'avais pas d'argent, pas de carte téléphonique, pas de cigarette". Mais, interrogé sur l'aspect le plus facile de son installation, il répond : "Quand on m'a pris rendez-vous pour la petite. J'ai demandé 'qui va payer ?'. Il [l'assistant social] m'a dit 'avec la CMU vous ne paierez pas'. J'ai demandé d'où venait l'argent. Il m'a expliqué les cotisations sociales, etc. J'ai souhaité travailler pour pouvoir contribuer aussi". (Homme, APS raison de santé, 42 ans). C'est d'autant plus vrai quand les migrants ont obtenu un titre de séjour pour raison de santé, comme cette jeune Camerounaise séropositive qui "galère" pour trouver du travail et a multiplié les logements de fortune : "C'est plutôt ce côté-là, médical qui m'a soutenu que le côté administratif".

Et, effectivement, si on compare les difficultés éprouvées dans la recherche d'un emploi ou d'un logement avec l'accès à la couverture médicale, on s'aperçoit du contraste (voir les 3 tableaux suivants). Sur les 30 personnes de référence dans les entretiens, *les 2/3 ont rencontré des problèmes lors de leur recherche d'emploi* si l'on inclut les demandeurs d'asile qui sont contraints à l'inactivité pendant de longs mois. *Et plus d'un tiers a éprouvé une difficulté, à un moment ou l'autre de son parcours migratoire en France, concernant le logement.*

Tableau 9 - Difficultés éprouvées à trouver un emploi

Facile	7	- secrétariat direction : 1 - ouvrier usine : 1 - artiste : 2 (couple) - ouvriers bâtiment : 4
Difficile	20	- Déclassement p/r au métier d'origine : 4 - Recherche emploi : 5 - Discrimination : 2 - Dureté du travail : 1 (état de santé fragile) - Salaire/revenus faibles : 2 - Autre : 1 - demandeurs d'asile (pas de droit au travail) : 5
Autres	3	- Femme au foyer - Malade/incapacité longue durée 2
<b>Total</b>	<b>30</b>	

Tableau 10 – Difficultés éprouvées dans le domaine du logement

Situation vécue comme difficile à un moment du parcours migratoire	13	- Longue attente HLM - Menace d'expulsion - Cohabitation conflictuelle dans les foyers - Nuits à la rue - Surpeuplement
--	----	---

Les appréciations sont d'autant plus élogieuses qu'elles tranchent avec celles portées sur le système de santé du pays d'origine où rares sont ceux qui ont pu bénéficier d'une couverture et où, la plupart du temps, les soins sont payants et hors de portée des revenus de la majorité des habitants. Plusieurs interviewés parmi les derniers arrivés voient donc dans la Sécurité Sociale française un "grand cadeau" ; ils la trouvent "vraiment très bien" et entendent montrer qu'ils sont prêts, à leur tour, à contribuer au système en cotisant eux-mêmes dès que l'occasion leur en sera donnée. Certains, sur la défensive et s'interrogeant sur le but réel de l'étude, insinuent qu'ils ne sont pas des profiteurs : "Depuis que je suis arrivé en France, je ne prends pas, même pas une journée maladie" et d'ailleurs, pense-t-il, "on s'occupe trop des étrangers !" (Homme, ouvrier, réfugié politique statutaire, 49 ans). Dans ce domaine, la "faute" est rejetée sur les "plus étrangers" que soi-même, selon un processus bien identifié en sociologie (recréation des frontières ethniques). L'instauration de la CMU semble avoir contribué à faciliter l'accès à la couverture maladie car *plus de la moitié de l'échantillon (18 sur 30) bénéficie de la CMU et une personne est couverte par l'AME.*

Ce déséquilibre entre une "intégration médicale" relativement facile et une insertion socio-économique bien plus compliquée doit faire porter l'attention des soignants en charge des patients migrants sur les risques d'une éventuelle surconsommation biomédicale, venant compenser dans un domaine ce que d'autres ne permettent pas.

*b) Des informations dispersées et défailtantes*

Néanmoins, au-delà de ces appréciations très positives, la première surprise de l'enquête est que de nombreux problèmes subsistent puisque 10 interviewés sur 30, ont éprouvé, à un moment ou un autre, des difficultés à faire valoir leur droit à la couverture maladie.

Tableau 11 – Difficultés éprouvées à obtenir une couverture maladie

Facile	16
Difficulté (quelle qu'elle soit)	10
Pas de remarque particulière	4
<b>Total</b>	<b>30</b>

Ces problèmes sont d'ordre divers, comme le récapitule le tableau suivant :

Tableau 12 - Difficultés rencontrées dans l'obtention d'une couverture maladie

Pas de couverture en arrivant	4
Problème d'indemnisation travail accident	2
Trop de papiers à remplir	1
Certains domaines pas remboursés (dentistes, podologues, dermatologues)	1
Soins meilleurs avec un statut juridique stable	1
<b>Total</b>	<b>9</b>

Les cinq individus qui n'ont pas bénéficié de couverture maladie à leur arrivée se sont retrouvés dans cette situation soit *par manque d'information (3 cas) ou parce que, se retrouvant provisoirement sans titre de séjour*, ils n'ont pas osé s'adresser aux services de la Sécurité Sociale pour régulariser leur situation (2 cas). L'une des personnes dans ce second cas, lourdement handicapée et nécessitant des soins importants, a utilisé la Carte Vitale de sa sœur, avec la complicité de son médecin traitant. "Les visites médicales, c'est vrai que quand on n'a pas d'appui, c'est difficile (...) C'est difficile de trouver qui il faut aller trouver, comment faire" (Femme, Allocataire Cotorep, Guinée, 52 ans). Le second n'a pas eu besoin de soins pendant la période où il est resté sur le territoire français avec un visa de tourisme expiré, mais sans avoir encore entrepris des démarches de demande d'asile. Quant aux deux autres, elles n'ont pas de profil particulier. Ce sont deux femmes dont l'une, artiste britannique fraîchement débarquée à Paris et travaillant au noir dans la restauration pour payer ses cours de danse, ne disposait pas de l'information nécessaire qui lui aurait permis d'être couverte (elle n'a entrepris les démarches qu'après s'être cassé le bras et avoir dû déboursé une grosse somme). La dernière, une toute jeune femme marocaine d'une vingtaine d'année, arrivée en France par regroupement familial, ne connaissait pas l'existence de la Carte Vitale et n'en a entendu parler qu'après 5 mois de présence, alors qu'elle effectuait un stage au CLPS.

L'obtention d'informations à propos des droits à la couverture maladie s'effectue par des canaux très divers et très dispersés. *Parmi les plus importants figurent le Foyer Guy Houist pour les demandeurs d'asile (cité 9 fois), les assistantes sociales de Pontchaillou (citées 5 fois) puis la famille (5 fois), ainsi que l'entourage (4 fois), les associations (4 fois), les assistantes sociales de quartier ou d'école (4 fois) puis les CDAS et la Sécurité Sociale (2 fois chacun) et (une fois chacun), la CAF, un médecin de ville, des pharmaciens, Internet*<sup>8</sup>.

### *c) Un groupe à risques : les artisans du bâtiment.*

Un second type de difficultés important à identifier car, il est masqué par une apparence de normalité en matière de couverture sociale, est *la situation des artisans du bâtiment*. Très exposés aux accidents du travail de par leur métier (et l'on verra plus loin qu'ils sont nombreux), les cotisations sont plus chères que celles des salariés et les remboursements moins avantageux. Cela est susceptible de *pousser beaucoup d'entre eux à reprendre le travail sans respecter l'arrêt maladie et à négliger de prendre une mutuelle tout aussi onéreuse*. "J'ai eu un accident la première année d'artisan [un tuyau contenant du béton sous pression lui a éclaté au visage], j'avais moins d'un an de cotisation et je n'étais pas payé pendant mon arrêt (...) Je n'avais pas de mutuelle quand j'ai eu mon deuxième accident [pieds

---

<sup>8</sup> Plus d'une réponse par personne. On remarque ici encore l'intérêt de l'entretien qualitatif, qui permet à l'interviewé de se remémorer pas à pas les aides reçues dans de multiples domaines

brûlés par le béton]. Aujourd'hui non plus. Tous mes enfants sont placés. J'ai jamais pensé à ça. Je fais jamais attention parce qu'on se sent toujours bien et tout... donc... mais il vaut mieux l'avoir [la mutuelle]... il vaut mieux l'avoir" (Homme, ancien maçon, Maroc, 55 ans). S'ils partagent ces caractéristiques avec les autres artisans français, la situation des migrants est sensiblement plus précaire car leurs entreprises sont plus fragiles et les prix pratiqués plus bas, ce qui pousse à avoir une plus grande activité et des pratiques moins sécurisées. Cela a été démontré par une enquête de terrain sur les entreprises turques<sup>9</sup>.

Enfin, même si la taille et la construction de l'échantillon ne permettent pas de tirer des conclusions générales sur les caractéristiques des dix individus (dont un couple) ayant rencontré des difficultés dans l'obtention de la Sécurité Sociale, on remarque qu'il y a une majorité d'hommes (6 contre 4 femmes), plutôt Maghrébins (5 contre 3 Africains et une Européenne) et qu'ils ont en majorité des cartes de séjour de travail (4 contre deux "sans papiers" et 4 de statuts divers : 2 naturalisés, 1 regroupé, 1 réfugié politique statutaire). Les demandeurs d'asile, pris en charge par des structures d'accueil, sont, de ce point de vue, moins susceptibles de connaître un retard à la protection sociale.

### III - Episodes de maladie et représentation du corps/maladie

Plutôt que de reprendre le classement habituellement utilisé par les épidémiologistes, distinguant pathologies d'apport, d'acquisition et d'adaptation – qui est un classement plus médical que sociologique (lequel prend en compte le vécu des patients eux-mêmes), je m'arrêterai à trois types de pathologies clé :

- les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- les maladies graves, chroniques ou ayant nécessité une hospitalisation,
- et, enfin, les maladies directement attribuées par les interlocuteurs aux conditions de l'émigration ou de l'immigration.

Cette typologie qui n'a rien de médical entend fournir aux premiers concernés par cette étude, à savoir les médecins et les autres soignants, des indications sur certaines caractéristiques des migrants en tant que patients. La liste des pathologies graves, chroniques ou ayant nécessité une hospitalisation a pour seul but de fournir quelques indications *en l'absence totale de données épidémiologiques sur les migrants en Bretagne*.

Quant à l'accent mis sur les maladies professionnelles et les accidents du travail, il entend pointer un risque accru chez les migrants. Enfin, le fait que bon nombre de pathologies et de symptômes soient directement mis en relation, dans les représentations des migrants interviewés, avec l'expérience migratoire elle-même, est une information qui n'apparaît pas habituellement dans les travaux

---

<sup>9</sup> Anne Guillou et Martine Wadbled, *Migrations turques en Bretagne*. Rennes, Vannes, Quimper, rapport, Rennes, ADDRAS [Assoc. pour le Dév. et la Diffusion de la Rech. en Anthrop. et en Sociol.]/FASILD, juin 2004, 161 p.

sociologiques et qui mérite d'être prise en compte par les soignants intervenant auprès de publics migrants.

*a) Des maladies professionnelles et des accidents du travail fréquents*

10 personnes, soit *un tiers de l'échantillon* ont décrit, les concernant ou concernant un membre proche de la famille (époux, frère) un accident du travail aux conséquences plus ou moins graves. *Presque tous sont des ouvriers du bâtiment d'origine maghrébine et turque*, sauf deux femmes (respectivement ukrainienne et algérienne), aide à domicile souffrant du dos à cause de ses activités de manutention de personnes âgées et femme de ménage victime d'une très grave chute dont elle est sortie polytraumatisée après un coma. Même si les accidents du travail ne sont pas spécifiques aux travailleurs immigrés, il est presque certain que les risques liés à cette population sont plus grands pour les raisons déjà évoquées. Les troubles vont des traumatismes graves (chute, brûlures) aux douleurs (canal carpien, dos), comme le précise le tableau ci-dessous. Cela indique assez à quel point les médecins du travail ainsi que les médecins traitants ont un rôle de prévention important à jouer, bien qu'ils ne soient bien sûr pas les seuls concernés puisque la sécurité sur les chantiers est, en amont, l'affaire de l'Inspection du travail. Mais les efforts de cette dernière ne convainc pas cet ancien ouvrier d'origine marocaine de 55 ans :

"Avant il y avait moins d'accidents. Et maintenant, il y a beaucoup de sécurité, il y avait beaucoup d'accidents. (*Q : c'est vrai ?*) c'est vrai ! parce que maintenant il y a beaucoup de sécurité, il y a aussi des accidents. (*Q : pourquoi ?*) (...) Quand on voit les chantiers, c'est le décor, les garde-corps ! Mais il faut voir comment ils sont posés ! (...) Parce que la sécurité, ils font la sécurité mais c'est pas solide ! c'est le décor quoi ! Ils ont mis les garde-corps mais quand on monte et appuie là-dessus, ben, ça dégringole tout seul. C'est pas bien fait, quoi".

Il faut souligner néanmoins le rôle des médecins du travail qui ont, dans un ou deux cas, identifié des allergies à des produits allergènes (pleurésie due à des produits) ou ont incité à faire des examens de contrôle. Une femme (femme de ménage, Algérie, 53 ans) dit même que son médecin du travail est presque devenu son médecin traitant dans la mesure où son mari ne la laissait pas sortir seule pour aller consulter.

Tableau 13 – Types d'accidents du travail

Types d'accident	Détail
Traumatismes	- Chute : 2 - Yeux : 1
Douleurs	- Dos : 3 - Genoux : 1 - Canal carpien : 1
Brûlures	- Pieds (béton) : 1
Non précisé	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

*b) Pathologies lourdes, chroniques, à répétition et hospitalisations*

Tableau 14 – Pathologies lourdes, chroniques, à répétition ou ayant nécessité une hospitalisation<sup>10</sup>

Pathologies lourdes	- Aspergillose (1) - Bilharziose (séquelles) (1) - Handicap moteur et mental due à malaria cérébrale (*) 1 - Syringomyélie (1) - Tuberculose (1) - VIH (2)
Pathologies chroniques	- Asthme (2) - Cholestérol (2) - Diabète (2) - Déséquilibre hormonal (thyroïde) (2) (1*) - Eczéma (1) - Hépatite B (1) - Hypertension (1) - Insuffisance rénale légère (1)
Hospitalisations	- Ablation vésicule biliaire (2) - Dépression (épouse) (1) - Douleur au côté (urgences) (1) - Hémorroïdes (1) - Hernie inguinale (*) (1) - Kyste au rein (1) - Nez obstrué par un os (traumatisme antérieur) (*) (1) - Opération de l'œil (prothèse oculaire) (1) - Tachycardie (1) - Traumatismes multiples (chute de 6 m.) (1)
Pathologies à répétition	- Bronchite (1) - Douleur aux épaules et au cou 1- Insomnies, maux de ventre, problèmes de concentration (1) - Otites (*) (1)
TOTAL	33 (**)

(\*) Concerne les enfants à charge

(\*\*) Il peut y avoir plusieurs épisodes par personne

*c) De nombreuses maladies directement attribuées aux conditions de la migration*

Au-delà de l'état de santé tel qu'il pourrait être décrit par des médecins, plus de la moitié des personnes (17 cas) interviewées attribuent directement leurs troubles ou les troubles vécus par un membre proche de la famille (époux, frère, enfant) à l'émigration ou à l'immigration elle-même. Dans les représentations, le corps est donc directement impliqué dans l'expérience migratoire et il en est même le vecteur le plus significatif, d'autant, comme on l'a vu, que le secteur médical est celui qui est le plus à même de répondre – même superficiellement – à une demande.

Bien qu'il faille envisager que les conditions mêmes de l'enquête puissent constituer un biais (une enquêtrice "française" manifeste son intérêt à la fois pour la santé et

<sup>10</sup> Les trois catégories (accidents du travail, pathologies attribuées à la migration, pathologies lourdes) sont exclusives les unes des autres dans le comptage (chaque cas n'apparaît qu'une seule fois).



pour l'expérience migratoire), le type même de méthode de recueil des données (entretien long, ressemblant à une conversation, épisodes de maladie décrits au fil de l'entretien) fait penser que ce résultat n'est pas uniquement influencé par la situation de recueil de données.

Tableau 15 – Maladies et expérience migratoire

<b>Maladies liées à la situation d'immigration</b>	
Conditions de logement	3
Stress, angoisse, dépression créés par la précarité administrative	3
Difficultés générales	2
Nostalgie, exil	2
Climat	1
Conditions de nourriture	2
Ne sait pas (apparition des symptômes dans la migration)	1
<b>Maladies liées à la situation d'émigration</b>	
Torture/mauvais traitement	2
Conditions de la fuite	1
Total épisodes	17

Les troubles dont il s'agit sont très divers : bilharziose et ses séquelles, hypothyroïdie, cholestérol (2 cas), ablation de la vésicule biliaire, tuberculose, tachycardie, hypertension, somnambulisme avec cauchemars, insomnies, douleurs au ventre, problèmes de concentration et dépression. Quant aux deux cas directement attribués aux conditions de fuite du pays d'origine, il s'agit d'une aspergillose, que le malade voit comme un prolongement d'une ancienne tuberculose contractée dans les prisons politiques de son pays et aggravée par la faiblesse physique engendrée par des tortures ; tandis que le second, séropositif au VIH, pense qu'au cours de sa fuite du Rwanda, il a été contaminé par une seringue souillée dans un centre de soins de fortune construit le long des itinéraires de fuite.

Certains décrivent des douleurs diffuses, liées aux soucis de l'installation ou de la séparation d'avec les proches car : "Quand on est là on a tout le temps la tête ailleurs : l'esprit voyage gratis" dit cet ouvrier de 56 ans qui n'a pas pu retourner en Algérie de 1995 à 1998 de peur d'être pris en otage et de devoir payer une rançon qui aurait réduit à néant son projet migratoire basé sur l'épargne (il n'a pas demandé le regroupement familial et ne voit sa famille qu'aux vacances). "Ça me rendait malade, dépressif, j'avais mal partout. J'avais plein de médicaments, de partout. J'avais mal au ventre. J'ai vu un spécialiste qui m'a dit de tout arrêter. J'ai balancé tout".

"J'avais l'impression que j'étouffais", dit cet homme qui souffre de tachycardie, de crises de panique. Il est ainsi arrivé aux urgences car son cardiologue, qu'il voulait consulter, était indisponible. "Ils m'ont dit 'vous n'avez rien, juste un problème de stress. Et depuis lors, ça va" (Homme, demandeur d'asile, Congo, 38 ans). Ses crises d'angoisse surviennent particulièrement à la fin du mois, quand arrive le

moment de devoir réunir – toujours difficilement, grâce à des emprunts ici et là – la somme nécessaire au versement du loyer de sa chambre meublée, louée au mois. D'autres, comme cette femme d'origine ukrainienne de 37 ans, souffre d'insomnies répétées, attribuées au changement de pays, de climat, de langue, et surtout au surmenage – car elle doit mener de front travail et études : "J'ai eu l'impression que je suis fatiguée jusqu'à ce que j'étais dans l'état de ne pas pouvoir dormir. Ça me faisait peur. Cette peur de ne pas réussir mes examens, d'être expulsée quand même [a un visa d'étudiante], c'est une certaine menace quand même. Et c'est pour ça que je voulais bien réussir mes examens, mon travail, pour que la Préfecture ne me reproche rien (...) J'ai craqué l'an dernier. J'étais nerveuse, stressée. J'ai passé au feu rouge en pensant que c'est vert".

Ces représentations de la maladie, dont une forte proportion sont imputées à la migration elle-même sont intéressantes car elles montrent bien que les représentations "culturelles" de la maladie, celles liées à la culture d'origine, ne sont pas omniprésentes mais cohabitent avec d'autres représentations *ad hoc*, selon un processus aujourd'hui bien connu des sociologues. Ces travaux<sup>11</sup> montrent notamment que les représentations de la maladie sont rarement univoques et que plusieurs registres étiologiques peuvent coexister. Cela est confirmé par l'étude.

#### *d) Représentations du corps et influence sur les choix thérapeutiques*

Outre les "maladies migratoires" déjà évoquées, on trouve en effet dans les propos des migrants, des évocations de grands systèmes culturels de représentations du corps et des maladies. Trois d'entre eux peuvent ainsi être mis en évidence : *les systèmes organisés autour des notions de "chaud et de froid" – notions d'ordre symbolique dépassant largement les simples mesures d'ordre thermique – ; celui autour de la "force" et, enfin, celui relevant des théories humorales (circulation des fluides dans le corps)*. Ces systèmes sous-tendent de nombreuses représentations étiologico-thérapeutiques de par le monde et à travers l'histoire.

Les notions de chaud et de froid apparaissent par exemple chez les interviewés malgaches qui décrivent des pratiques tant de prévention (boire de l'eau fraîche le matin pour être en bonne santé) que liées aux pratiques post-partum (ne pas "refroidir" la mère, déjà symboliquement en déperdition de "chaleur", après l'accouchement). "Faire chaud, boire des trucs juteux, du riz ou... jamais de l'eau froide dans une bouteille, là. Quand j'ai accouché ici, au contraire, on m'a donné directement un verre d'eau froide. (...) Moi, j'ai suivi directement ce qu'on m'a fait faire ici, hein ! Ici, on m'a déjà fait la toilette avec de l'eau froide alors que ça, c'est vraiment interdit à Madagascar, de faire la toilette avec de l'eau froide. Surtout quand on vient juste d'accoucher. Moi, je me sentais un peu gênée mais moi j'ai

---

<sup>11</sup> Par exemple Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris : PUF, 1999 ; Anne Guillou, *Perceptions regarding Cough and Tuberculosis in the Bassac Area, Phnom Penh, Cambodia. Field Research Results and Ideas for Further Educational Messages*, Report, Phnom Penh, Family Health International/IMPACT, Nov. 1999, 13 p.

suivi ce qu'on m'a fait là. (Q : vous n'avez rien dit ?) Non, j'ai rien dit et je n'ai rien eu aussi. J'ai pas eu mal au ventre, ni mal au dos. Je me sens au contraire très, très en forme" (Femme, Madagascar, 33 ans). La confiance dans le service médical français lui a fait accepter une pratique qu'elle aurait refusé dans son pays (et que d'autres, peut-être, refuseraient). Dans ce système de représentations du corps en catégories chaud-froid, les aliments, les plantes médicinales et, parfois même les médicaments ordonnés par le médecin (chez les Cambodgiens et les Laotiens par exemple) sont classés selon ce principe dichotomique où une catégorie appelle son contraire pour restaurer les équilibres.

Quant à la notion de "force", également très répandue dans de nombreux systèmes médicaux non scientifiques, on en trouve des bribes chez ce jeune Libyen lorsqu'il évoque sa santé : "Je touche le bois parce que je ne suis pas souvent malade. Je ne suis pas souvent malade parce que j'ai été allaité 5 ans par ma mère, plus longtemps que les autres [sa mère tient une grande importance dans sa vie et le décès de celle-ci est directement à l'origine de son projet migratoire]. Mon sang est très fort m'a dit ma mère. Je ne suis pas souvent malade ni enrhumé" (Homme, Libye). L'importance du sang comme liquide vital résumant en quelque sorte tous les principes corporels apparaît chez cet ouvrier marocain de 55 ans (nous ne quittons pas l'aire culturelle du Maghreb) qui explique ainsi sa fidélité de 25 ans à son médecin traitant : "Il va bien trouver notre maladie. Il connaît bien le sang, tout ça (...) un [seul] médecin, tout le temps, depuis le départ. Il sait mon sang comment il est, ma tension, tout ça".

Il existe divers moyens d'augmenter sa "force", notamment lié à l'alimentation. Cette "force" est une sorte de potentiel, de "capital santé" qui protège des maladies.

Enfin, les théories humorales existent notamment chez les migrants asiatiques – ici un Vietnamien et une Japonaise – qui en font tous deux apparaître des versions, lisibles en filigrane au travers de leurs descriptions d'épisodes de maladies. Le premier est diabétique et voit dans le climat français un facteur aggravant dans la mesure où la transpiration, c'est-à-dire l'évacuation, donc la circulation des fluides ne peut se faire aussi bien que dans le Sud Vietnam (chaud toute l'année). "(Question : est-ce qu'il y a des maladies qu'on peut soigner au Vietnam qu'on ne peut pas soigner en France ?) Réponse : Je crois, oui, je crois c'est possible. Par exemple, quand je dis, comme le diabète, le diabète, en France, ou dans l'Europe, les pays froids, donc, on ne peut pas transpirer, l'eau qui sort, tandis qu'au Vietnam ou au Cambodge, vous savez que la température est 32, bon ben c'est facile à sortir, transpirer. (...) L'eau joue un rôle important (Q : il faudrait sortir l'eau ?) R. Voilà ! Il faut boire beaucoup et ça sort beaucoup, filtrer. Tandis qu'ici, on ne peut pas" (Homme, ouvrier, réfugié politique, Vietnam, 49 ans). L'interviewée japonaise, influencée par la médecine chinoise très présente au Japon – une influence qui se réaffirme à Rennes par sa fréquentation d'un acupuncteur français – voit quant à elle la cause de son eczéma dans son "foie bloqué". Les humeurs dont il est question ici sont des fluides énergétiques (et non plus des liquides

matérialisés) qui renvoient d'ailleurs à des sentiments : son foie bloqué symbolise pour elle des colères rentrées, qui ne trouvent pas à s'exprimer.

Pour le reste, ces grands systèmes étiologico-thérapeutiques coexistent avec des propos sur les maladies et les gestes de soins au quotidien qui relèvent plus d'un raisonnement pratique (acquis auprès des soignants ou par tout autre moyen) que de la construction abstraite : "j'ai pris tel médicament et ma fièvre est passée", "le médecin m'a dit que j'avais du cholestérol, c'est de la graisse dans le sang", "j'ai du diabète, du sucre dans le sang", "mon fils avait un muscle qui avait un trou; Il avait les entrailles qui passaient et qui sortaient, qui lui faisaient mal", "mon bébé a des otites à répétition, je trouve ça bizarre, je ne trouve pas ça normal", "On ne sait pas l'origine de mon diabète. C'est les soucis, les soucis surtout. J'ai dû changer les repas. J'ai arrêté les sucreries, les gâteaux, le miel. C'est dur, j'ai envie, mais je ne peux pas. Si on ne respecte par le régime, on ne se sent pas bien. Si je laisse aller, pendant les fêtes, je suis nerveuse, j'ai des bouffées de chaleur, je ne supporte plus le bruit, la télé, les enfants [ses petits-enfants]". Certains, notamment ceux qui souffrent de maladies chroniques, peuvent devenir de véritables experts de leurs soins. Tel jeune homme soudanais (APS raison de santé), pourtant sans aucune instruction, est ainsi capable de décrire par le menu tout le détail des soins reçus pour les séquelles de sa bilharziose, les noms des traitements qu'ils a reçus, ainsi que des médecins généralistes et spécialistes qu'il a consultés à Rennes et à Paris (où il est allé suivre un traitement une fois par mois) avec les diagnostics qu'ils ont posés. Son récit est énoncé dans un langage simple et pratique mais précis.

Les systèmes de représentations "traditionnels" (mais en ce domaine, la "tradition" est en perpétuelle évolution au moins depuis les colonisations) n'empêchent donc pas des visions pluralistes des étiologies et des représentations étiologiques multiples, qui pourraient apparaître comme concurrentes aux soignants scientifiques. Elles ne sont pas, dans la pratique, incompatibles comme le confirment également d'autres enquêtes dans des contextes de pluralité thérapeutique. Les systèmes de représentations que je viens de décrire sont suffisamment larges et généraux pour englober, le cas échéant, les soins biomédicaux et les représentations sur lesquels ils sont basés (dans la version qui en est transmise par les soignants ou par tout autre biais aux patients). Ainsi, *l'enquête montre qu'il n'y a aucun obstacle d'ordre représentationnel, culturel, à l'accès aux services biomédicaux. En effet, aucune maladie n'est décrite comme ne relevant pas du tout des soins des médecins.* Tout au contraire, la consommation de soins semble abondante. Ce qui ne signifie pas qu'elle est de qualité.

Dans ce domaine encore, le fait que l'enquêtrice soit française peut constituer un biais dans la mesure où les interviewés issus de sociétés "traditionnelles"

(occidentales ou non, d'ailleurs<sup>12</sup> répugnent généralement à évoquer des pratiques dont ils pensent qu'elles sont considérées par les "autres" comme arriérées. Mais d'autres enquêtes, nombreuses, confirment ce fait, y compris dans les sociétés d'origine où les soins traditionnels sont de plus en plus utilisés conjointement avec le dispensaire, le vendeur de médicaments allopathiques ou l'infirmier/le médecin.

*e) Représentations du corps, de la maladie et faiblesse des pratiques de prévention*

Il est néanmoins un domaine où ces systèmes de représentations, cumulées avec d'autres facteurs tels que l'appartenance aux catégories socioprofessionnelles peuvent constituer un frein aux pratiques de santé, il s'agit du domaine de la prévention.

Concernant les examens gynécologiques de dépistage du cancer (frottis vaginaux, mammographies), les femmes maghrébines<sup>13</sup> âgées et peu instruites de l'échantillon<sup>14</sup> semblent considérer ces examens avec une certaine crainte ; crainte de voir découvrir un problème qui les feraient passer du statut de personne saine à celui de personne malade, comme si des examens positifs faisaient en quelque sorte advenir la maladie, la matérialisait. Dans le domaine du dépistage du VIH dans des pays en développement, cette appréhension a déjà été identifiée. D'après la fille d'une interviewée présente pendant l'un des entretiens, trois femmes de sa connaissance sont décédées de cancers du sein et de l'utérus pour avoir refusé les examens de dépistage ou les traitements.

Car, au-delà de cette peur anticipée, ce sont les représentations liées aux identités féminine et masculine telles qu'elles s'inscrivent dans le corps qui sont à l'œuvre. Tel mari de l'une de ces femmes décédées, toujours selon la même informatrice, a refusé que son épouse soit soignée car il craignait l'usage de traitements invalidants (hystérectomie, mammectomie, rayons ou chimiothérapie) qui auraient symboliquement détruit la féminité de l'épouse et, par là même, sa propre masculinité.

Le troisième mode de représentation pouvant constituer un frein au dépistage de cancers est lié aux représentations symboliques et morales du propre et du sale<sup>15</sup>. Une femme d'origine algérienne de 53 ans (femme de ménage, n'est jamais allée à l'école), interrogée sur ces pratiques de dépistage, répond par exemple qu'elle n'a plus de rapports sexuels avec son mari depuis plusieurs années donc "je suis tranquille ! Je fais ramadan ! Voilà, je suis propre !". Le cancer et, éventuellement

---

<sup>12</sup> Voir à ce sujet Jeanne Favret-Saada (*Les mots, la mort, des sorts. La sorcellerie dans le bocage*, Paris : Gallimard, 1977) qui rencontre, dans la France rurale, de fortes réticences, à évoquer des types de maladies et de soins ne relevant pas de la médecine scientifique.

<sup>13</sup> Il s'agit ici de femmes originaires d'Algérie et du Maroc.

<sup>14</sup> Cette conclusion s'appuie aussi sur des conversations informelles tenues lors de l'enquête avec d'autres membres des familles interviewées.

<sup>15</sup> Ces thèmes sont bien connus en sociologie de la maladie. Voir Mary Douglas, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et tabou*, Paris : La Découverte, 2001 [1ère éd. angl. 1966].

d'autres pathologies, seraient associées – de même que les rapports sexuels – à la souillure symbolique, tandis qu'une femme (et éventuellement un homme) abstinent serait susceptible d'éviter ces troubles. Dans le même ordre de représentations, le type même d'examen (toucher rectal pour les examens de prostates, frottis vaginaux) seraient des examens mal vécus.

Enfin, les représentations liées à la religion et à la prédestination de l'être humain influent sur les efforts consentis en matière de pratiques préventives. "La durée de la vie est fixée. Sinon, pourquoi ceux qui ne fument pas, dorment bien, meurent d'une crise cardiaque ? On ne peut pas prolonger le temps qui nous est donné. Ça au moins, c'est une justice pour tout le monde" (homme, ouvrier, Algérie, musulman, 56 ans). Même s'il ne faut pas prendre au pied de la lettre ce genre de propos, qui relève d'une réflexion philosophique à bâtons rompus, au fil de la conversation, la notion de prédestination peut intervenir comme un frein aux pratiques de santé si elle n'est pas équilibrée par des actions de prévention de la part des soignants car dans ce domaine, encore une fois, les pensées peuvent être pluralistes. Ainsi, une femme d'origine marocaine (69 ans, n'a jamais pu aller à l'école), interrogée sur la notion marocaine de "Mektoub", le destin fixé par Dieu<sup>16</sup>, nuance-t-elle le propos de l'ouvrier algérien précédemment cité : "*Question : quelquefois, on dit que les Marocains ne se soignent pas assez parce qu'ils disent 'c'est pas la peine de se soigner parce que c'est mektoub'. Qu'est ce que vous pensez de ça ?*). Réponse (traduite de l'arabe) : Non, ça, je suis contre. Parce que je suis tombée malade de la vésicule, donc, il a bien fallu l'enlever, je ne pouvais pas rester avec et me dire que c'est le mektoub. Quand on a mal aux dents, on va se soigner. Je raisonne comme ça, je me soigne. (Q : *Il faut se soigner quand même ?*) R. Il faut se soigner !"

La banalité et l'insuffisante force des messages apparaît également parmi les freins (ou plutôt les manques d'encouragement) à certaines pratiques de santé comme l'arrêt de la consommation de tabac. Ainsi, le même ouvrier algérien, qui manie avec humour la transgression médicale ("J'ai appris à fumer à l'hôpital, quand j'étais soigné pour la tuberculose en 70. J'avais 22 ans. C'était un cadeau d'ami), pointe aussi le doigt sur la mollesse des conseils de son médecin traitant : "Le médecin dit d'arrêter [il fume 2 paquets de cigarettes par jour]. Je diminue quelque temps et je repars à un paquet et demi-2 paquets par jour. Si j'ai une femme qui me dit 'c'est moi ou la cigarette', je choisis la femme. Et si le médecin était brutal et il me disait 'tu vas y passer si tu continues', j'arrête. Il n'est pas assez brutal".

Pour la cuisine, citée par beaucoup d'interlocuteurs comme une source d'attention (même si les pratiques des uns et des autres sont très variées), les migrants se disent attentifs à respecter les recommandations entendues dans les médias ou auprès des soignants : consommation de crudités et de fruits, plats allégés en graisses et en sucre. Néanmoins, pour le même public que celui cité ci-dessus (familles maghrébines et également turques, ouvrières), les époux et les femmes

---

<sup>16</sup> Lire à ce sujet Aïcha L'Khadir, *Mal, maladie, croyance et thérapeutique au Maroc. Le cas de Casablanca*, Thèse pour le Doctorat d'Anthropologie, Université de Bordeaux II, 1998.

plus âgées ont du mal à changer leurs pratiques. La convivialité entraîne une grande consommation de gâteaux. Ainsi, telle vieille femme marocaine diabétique qui, dans notre entretien, détaillait quelques instants plus tôt son régime, n'a pas hésité à "m'accompagner" lorsqu'il s'est agi de déguster les galettes enduites de miel qu'elle avait confectionnées pour ma venue ! Et aux yeux des maçons rentrant le soir d'une journée de travail, les saveurs traditionnelles s'accommodent mal de plats sans huile. Il faut toutefois souligner que les jeunes filles sont les plus sensibles à ces recommandations pour des raisons esthétiques car elles souhaitent "garder la ligne" et sont les relais de ces innovations au sein des familles. *Un effort soutenu de prévention de la part des soignants s'avère nécessaire auprès des familles ouvrières d'origine maghrébines et turques.* Concernant la nourriture, enfin, il faut souligner que les demandeurs d'asile hébergés dans les hôtels et dans l'incapacité de cuisiner et en particulier de manger chaud, le vivent très mal. L'un d'eux, qui a du cholestérol, estime que cela est lié à son alimentation déséquilibrée, composée uniquement de boîtes de conserves offertes par les Restos du Cœur. Enfin, lorsqu'on demande aux personnes interrogées ce qu'il faut faire pour être en bonne santé, beaucoup décrivent, outre les pratiques déjà évoquées, des habitudes de vie où l'aspect moral ressort, comme le fait de ne pas "traîner" au lit après le lever du soleil. "Il faut se coucher tard et se lever tôt, que le soleil ne se lève pas sur moi. Le Coran dit<sup>17</sup> 'dans 24 heures, il faut 8 heures de travail, 8 heures de repos et 8 heures de prières'. Pour être en bonne santé, il faut être croyant [c'est l'enquêtrice qui a suggéré ici le rôle possible de la religion dans les pratiques de santé], respecter les autres, garder un bon caractère, être sincère" (Homme, ouvrier, Turquie, 59 ans). De nombreuses conversations font ainsi apparaître ce thème bien connu en sociologie de la santé, celui de la "maladie-sanction", venant "punir" une transgression quelle qu'en soit la nature (i.e. tomber malade en se reposant trop). Certaines personnes interrogées sur le thème de la religion (plusieurs Musulmans, une Catholique), estiment aussi que le recours aux prières et à la foi les aident à supporter la maladie ou leur procure une sérénité propice à l'hygiène mentale (d'autres au contraire – un jeune homme libyen, un jeune homme kurde de Turquie – trouvent que la religion n'a rien à voir avec la santé physique ou mentale). Ainsi donc, nos interlocuteurs sont des adeptes de la définition de la santé de l'OMS car ils en donnent une version très extensive, incluant tous les aspects de leur vie.

---

<sup>17</sup> Cette citation d'une phrase du Coran ne doit pas non plus être considérée comme une prescription prise au pied de la lettre par mon interlocuteur. Il s'agit de préceptes qui orientent plus ou moins ses pratiques, tel un canevas. L'intérêt sociologique est surtout de comprendre dans quel registre chacun puise ses références normatives en matière de prévention et de pratiques de santé.

## IV – Les pratiques thérapeutiques

### *a) Les médications "traditionnelles" en perte de vitesse*

Tout comme les systèmes de représentation "culturels" de la maladie ne constituent pas un obstacle à la consommation médicale, la pratique de formes de "médecine traditionnelle" n'empêche pas le recours massif à la biomédecine. Précisons d'emblée que le terme de "médecine traditionnelle" regroupe ici des pratiques extrêmement variées. L'enquêtrice n'a pas précisé ce dont il s'agissait afin que les interviewés se saisissent comme ils l'entendaient du terme. De fait, ils ont surtout évoqué les formes les plus légitimes de ces pratiques traditionnelles, à savoir les phytothérapies<sup>18</sup>. On constate d'ailleurs que bon nombre d'entre eux (soit 8 personnes) n'avaient pas d'expérience directe de ces "médecines traditionnelles" dans leur pays d'origine ou en avaient une expérience sommaire (7 personnes) tandis que 4 personnes seulement avaient une connaissance approfondie des plantes médicinales ou d'autres pratiques thérapeutiques (2 autres personnes dont un spécialiste, fils de médecin traditionnel lui-même, qui recevait des patients en consultation au Rwanda). Or, même pour ces derniers, la migration rend, dans la majorité des cas, difficile voire impossible la perpétuation de ces pratiques à cause du changement d'environnement.

Quelques-uns continuent cependant à utiliser des remèdes simples pour des affections bénignes (rhumes, fièvre légère, état grippal, etc.). Ces remèdes sont souvent préparés à partir d'éléments simples dont l'utilisation traversent les sociétés et les continents (est-ce un effet de la mondialisation ?) : jus de citron, miel, thym, huile d'olive, origan, ail... D'autres se procurent dans le pays d'origine quand ils peuvent maintenir un contact avec lui, certaines plantes locales introuvables en France ou suivent des conseils recueillis pendant les vacances.

Une précédente étude sur les migrations turques en Bretagne<sup>19</sup> a montré que les thérapies "traditionnelles" étaient utilisées aux deux extrémités de la chaîne de gravité, c'est-à-dire pour les affections bénignes mais également pour les pathologies chroniques ou graves, ainsi que les troubles psychiatriques sérieux. On en a quelques exemples dans cette enquête, comme cette vieille femme diabétique d'origine marocaine qui, sur les conseils de proches, a essayé les décoctions de laurier rose pour faire descendre son taux de glycémie. Elle s'en est trouvée mal et a renoncé.

Comme le résume finalement cette femme originaire d'Afrique de l'Ouest "On est tous habitués au traitement de choc des médecins, donc... et c'est remboursé" (Femme, formation auxiliaire de vie en cours, 43 ans).

Les pratiques curatives consistent donc massivement à consulter les médecins.

---

<sup>18</sup> L'OMS et, à sa suite de nombreux gouvernements des pays en voie de développement ont officiellement promu les phytothérapies "traditionnelles" pour réponse à la pénurie biomédicale.

<sup>19</sup> Anne Guillou et Martine Wadbled, *op. cit.*



Tableau 16 – Connaissance et pratique de la "médecine traditionnelle"

Dans le pays d'origine	Dans l'enfance, en brousse seulement, pratiquée par les anciens : 6	8	
	Connaît quelques plantes (7) ou beaucoup de plantes (2)	9	dont diabète, paludisme, bébé, hépatite, sorcellerie, amulettes prophylactiques
	Connaît très bien la médecine traditionnelle au pays	2	
En France	Connaît quelques remèdes simples pour affections bénignes (rhume, etc.)	3	
	Il existe un spécialiste à Rennes	1	
	Peut trouver des plantes médicinales en France	4	
	Ne peut pas trouver de plantes en France	4	
	Ne croit pas, pas intéressé, ne connaît rien (3)	9	dont 3 ne fréquentant que le médecin
	Difficulté de respecter les prescriptions post-partum traditionnelles	1	
<b>n = 33</b>			

*b) La fidélité au médecin traitant*

La majorité des migrants ont un médecin traitant et ils en sont satisfaits, 18 lui sont fidèles et cette fidélité peut être ancienne (3 patients ont le même médecin depuis plus de 20 ans). Même parmi ceux qui ont changé de médecin généraliste, aucun ne pratique le "tourisme médical" dont se plaignait, dans une autre étude, un praticien installé à Vannes<sup>20</sup> et recevant beaucoup de patients turcs. Ceux qui ont changé de médecin (6 personnes le déclarent<sup>21</sup>) l'ont surtout fait parce qu'ils déménageaient (4 cas) et deux seulement parce qu'ils n'étaient pas satisfaits (attente trop longue, traitement inefficace). Le médecin traitant fait ainsi presque "partie des meubles" au point qu'il "appartient à la famille" dit même une femme : "Ben un médecin, normalement, ça change pas. Un médecin, c'est en famille, un médecin, normalement, ça appartient à la famille. Il connaît tout. Alors pourquoi je changerais ?" (Femme, Femme de ménage, Maroc, 58 ans). "S'il m'arrive quelque chose, j'arriverais de l'autre bout de la France pour me faire soigner par lui" (Femme, Biélorusse, 37 ans).

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> Les 6 interviews restants ne fournissent pas d'indication sur la fidélité au médecin traitant.

Trois facteurs principaux pèsent à part à peu près égale sur le choix de ce médecin : des considérations pratiques (proximité du domicile par exemple), les conseils de l'entourage et, enfin, ceux d'institutions (voir tableau ci-dessous). On ne rencontre pas ou très peu de choix "ethnique" du médecin. Seule l'épouse d'un interviewé a préféré continuer à voir un médecin de même origine qu'elle tandis que son mari, après leur déménagement, a choisi un médecin "français" près de son domicile, quand ses compétences linguistiques se sont améliorées, lui permettant de dialoguer en français. Mais les modes même de choix des praticiens laissent penser que certains d'entre eux ont une forte clientèle d'origine étrangère et sont même considérés comme des "spécialistes". "Mon médecin connaît les étrangers, il m'a été recommandé par plusieurs amis étrangers qui vont chez lui" (Homme, Technicien, naturalisé, Egyptien, 27 ans).

Tableau 17 – Choix du médecin traitant

Proximité géographique	5
Hasard	3
Pages Jaunes	3
<i>Sous-total Pratique</i>	<i>11</i>
Compatriotes	1
Amis	3
Mari	3
Famille	3
Voisin français	1
<i>Sous-total Entourage</i>	<i>11</i>
Foyer Guy Houist	3
Assistantes sociales ou travailleurs sociaux	3
Associations d'aide aux étrangers	1
<i>Sous-total Institutions</i>	<i>7</i>
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>

## V – Vécu de la relation thérapeutique

### *a) Des appréciations extrêmement positives sur les soignants et le système de santé français*

De la même façon que la (relative) facilité à obtenir une couverture maladie tranchait avec la difficulté éprouvée à obtenir des titres de séjour, un logement ou un emploi, *le domaine qui, en contraste avec les autres, apparaît comme le plus satisfaisant à première vue pour les migrants est celui des soins qu'ils reçoivent et de la relation thérapeutique.* Beaucoup sont même dithyrambiques et ne tarissent pas d'éloge tant sur les compétences des professionnels de santé français que sur l'accueil qui leur est réservé dans les cabinets et les hôpitaux. "Au Rheu, la façon dont le médecin m'accueillait, je me sentais déjà un peu guéri !" (Homme, recherche d'emploi, APS santé, Guinée, 42 ans). "J'avais un médecin généraliste que je prenais comme une psychologue. Je lui racontais mes problèmes, elle m'écoute" (Femme, Irak, demandeuse d'asile au recours rejeté, 28 ans). "Je me sens très bien avec lui" (Femme, Madagascar, APS santé, 33 ans). La relation peut même prendre un ton amical quand elle est très ancienne : "On déconnaît pas mal [avec mon médecin avant sa retraite]. Il est plus âgé que moi, je l'appelais mon fils" (Homme, ouvrier, Algérie, 56 ans). Des éloges qui ne sont guère étonnants dans la mesure où le choix du médecin traitant est libre.

Ces éloges s'expriment aussi en comparaison avec les qualités des professionnels de santé des pays d'origine, jugés moins compétents (plus par manque de moyens de formation ou par manque de moyens d'exercice qu'à cause d'une infériorité intrinsèque, cela est précisé) et moins attentifs dans la relation médecin-malade. "On est habitué maintenant à ce qu'on t'explique tout, à ce qu'on fasse ceci... alors que chez nous, tu es malade, le médecin, il fait de toi ce qu'il veut. S'il a le temps, il t'explique, s'il n'a pas le temps, tu reviens tel jour pour l'opération et puis point, on va t'opérer (...) Je commence à poser des questions parce qu'avant, je ne posais pas de questions. Je faisais confiance au médecin. Et puis de toute façon, j'ai été éduquée, le médecin, tu vas, tu expliques de quoi tu souffres. Le médecin, il fait son ordonnance, il dit 'tu vas prendre ça'. Il ne te dit pas 'bon, vous avez telle maladie'. Il fait pas ça" (Femme, carte de séjour conjoint français, Mali).

### *b) La nature des critiques formulées*

Cela n'empêche pas qu'un certain nombre de critiques soient formulées, tous praticiens et paramédicaux confondus. Ces remarques sont émises par un bon tiers de l'échantillon (13/33 personnes dont un couple) dont une majorité de femmes (9 femmes), d'adultes jeunes (8 dans la tranche d'âge [25-45 ans] et 3 dans la tranche d'âge [45-65]). Quant aux origines nationales des insatisfaits il s'agit principalement de ressortissants d'Afrique et du Maghreb (9/19), de Turquie (2/4) et d'Europe de

l'Est (2/5), ce qui ne permet pas de dégager d'hypothèse claire sur l'influence de l'ère culturelle d'origine dans l'évaluation de la relation thérapeutique.

Plus de la moitié des remarques (14 sur 22) portent sur un défaut de communication (informations ou explications insuffisantes, manque d'empathie) et la difficulté d'accès au service médical (attente trop longue). Le reste des critiques porte sur la compétence d'un praticien rencontré (4 cas), le manque de zèle (3 cas) et enfin le sexe du praticien. Cette dernière remarque est faite par une jeune femme fraîchement arrivée du Maroc par regroupement familial qui, au cours de son accouchement, a été gênée par la présence d'un soignant homme mais ne l'a pas dit explicitement (elle s'est contentée de s'en plaindre à sa belle-mère qui l'accompagnait). Deux autres femmes maghrébines âgées ont évoqué des épisodes où la consultation a été obstruée par la réticence de leur mari.

Tableau 18 – Nature des critiques formulées envers les soignants

ACCES MEDECIN	AU	Pas de consultation à domicile	Il faut se déplacer (Médecin généraliste)	H-Maroc-55
		Attente	Attente longue de 2-3 h le soir, un peu débordé (Mg). A changé Attente (consultation hôpital) Attente (hôp.) "mais ce n'est pas que moi, les Français aussi" "J'ai attendu 6-7 heures à l'hôpital. Mais je comprends, il y a des cas plus graves"	H-Turquie-30 H-Rwanda-38 F-Ukraine-38 F-Tchechie-33
5 plaintes	Informations insuffisantes	Informations insuffisantes	"Ne veut pas me donner le nom d'un spécialiste à consulter alors que mon bébé a fait 3 otites dans le mois. J'étais énervée."	F-Maroc-22
			N'a pas été informée de la possibilité de soins infirmiers après opérations hémorroïdes	F-Burkina-43
			Informée tardivement de préparation accouchement (8 <sup>ème</sup> mois)	F-Maroc-22
			Ne parle presque pas avec moi car il est très occupé.	F-Tchechie-33
			N'explique pas bien.	F-Maroc-22
9 plaintes	Explications insuffisantes	Explications insuffisantes	"Je suis très timide, réservée et lui aussi." Entretien superficiel (hóp.)	F-Cameroun-26
			"Ne m'a pas bien expliqué hypothyroïdie de mon fils" (Mg)	F-Turquie (k)-28
			Pas sympa (médecin suivant fille handicapée), moralisateur	H/F-Algérie, 68/58
			Secrétaire accueil maternité pas sympathique	F-Madagascar-33
			Enfant handicapée pas stimulée	H/F-Algérie, 68/58
EFFORTS CONSENTIS	Consultation/service bâclés	Consultation/service bâclés	Pontchaillou a fait sortir le fils trop vite après l'opération du nez (elle ne pouvait pas le surveiller à la maison car travail)	F-Ukraine-38
			SF a refusé de venir lui apporter son bébé alors qu'elle ne pouvait pas bouger après une césarienne (maternité)	F-Madagascar-33
			Accouchement: n'aurait pas la présence d'un soignant masculin mais n'a pas protesté	F-Maroc-22
SEXE PRATICIEN	DU	Refus d'un soignant masculin		F-Maroc-58
1 plainte	COMPETENCE	1 plainte	N'a pas réussi à diagnostiquer la douleur à la main qui l'empêchait de tenir un balai (Mg)	F-Maroc-22
			"Les kinés plus âgés sont mieux"	F-Maroc-22
4 plaintes	COMPETENCE	4 plaintes	Le premier médecin rencontré (Dordogne) a commis une erreur thérapeutique en prescrivant à son fils un médicament contre-indiqué contre l'hépatite A. A été déçue du fait de la bonne réputation des méd. Français	F-Burkina-43
			Trop de prescriptions de médicaments	F-Madagascar-33
Total plaintes : 22				Nombre individus : 13 (dont 1 couple)

### c) La compétence linguistique dans la relation thérapeutique

Dans la mesure où une proportion importante des critiques concerne la communication dans la relation thérapeutique, il faut se demander dans quelle mesure le manque de maîtrise de la langue française est responsable de cette faiblesse (relative). D'après les discussions lors des réunions du comité de pilotage, la "barrière linguistique" semblait en effet constituer une contrainte importante pour les soignants, d'une part parce qu'ils comprenaient mal les plaintes des patients et d'autre part parce que le secret médical était mis à mal par la présence d'interprètes (notamment les enfants) de l'entourage. Qu'en pensent les migrants interviewés ?

Une bonne moitié de l'échantillon, selon l'évaluation (de A à D) faite par la sociologue ont un niveau excellent ou bon ou français (voir tableau). Si l'on se concentre sur la seconde moitié de l'échantillon, celle qui a un niveau de français moyen à nul, leur propre perception de la situation est assez différente de celle des praticiens. En effet, ce ne sont pas ceux qui ont objectivement le moins bon niveau de français qui estiment que la compréhension des propos de leur médecin est difficile. Parmi ceux qui estiment bien comprendre leur médecin, il y a une personne au niveau C. Inversement, dans le groupe de ceux qui ne comprennent pas bien leur médecin (ou ont au début eu du mal) on trouve presque autant de niveaux A que de niveau B et C.

Tableau 19 – Niveau linguistique et estimation du niveau de compréhension du médecin

Comprennent le médecin	A	B	C	D	Total
Oui	3	0	1	0	4
Non	(au début) 2	2	3	1	8
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

(Rappel : A= Très bon à bon niveau de communication ; B= moyen ; C=Faible et D=Recours à un interprète).

Ces estimations sur un petit nombre de cas demandent bien sûr à être confirmées par une enquête de type quantitatif mais elles sont corroborées d'une part par l'enquête "Migrations turques en Bretagne" et d'autre part par les explications données par les migrants de cet apparent paradoxe.

Dans leurs estimations, le médecin dont les représentations en tant que professionnel sont très positives comme on l'a dit, est perçu comme compétent dans tous les domaines, y compris le domaine linguistique. Cela apparaît par exemple dans les propos suivants : "Le médecin expliquait bien. Il vous aide les gens. Il comprend les gens qui ne comprend pas le français" (Femme, Maroc, 58 ans, niveau C). "Tous les médecins parlent anglais, normalement" (Homme, Egypte, 27 ans, niveau B). "Mais en France, les gens sont très gentils. Je ne peux pas parler en français mais ils sont comprend (sic), ils comprennent, j'explique un petit peu" (Femme, Mongolie, 28 ans, niveau C). Selon d'autres explications, la relation thérapeutique n'est pas basée sur le dialogue, mais d'abord sur l'observation du corps : "La première fois, le médecin me

comprend mais moi, je le comprends pas [venu consulter seul, sans interprète] (...) Mais ce n'est pas un problème car un malade, ça se voit directement" (H, Egypte, 27 ans, niveau B) ou bien "(Question : comment vous faisiez [pour aller chez le médecin], avec votre mari, toute seule ou quelqu'un d'autre ?) Réponse : j'étais avec lui [mon mari]. Heureusement, le médecin, c'est un spécialiste ! (rire) Il parle, c'est tout qu'est-ce qu'il y a, il prend la tension, c'est tout, il ne touche pas ! C'est vrai, c'est le premier médecin que je vois qui ne touche pas quelqu'un !" (Femme, Maroc, 58 ans, niveau C).

A l'inverse, les migrants qui font le plus d'efforts pour apprendre la langue sont aussi les plus insatisfaits de leurs résultats car ils sont les plus exigeants avec eux-mêmes. ("Avec les enfants, je n'ai pas le courage de regarder des livres pour apprendre le français, le soir. Je suis fatiguée. C'est pas normal d'être là depuis 4 ans et de ne pas bien parler français. Je veux prendre des cours de français" (Femme, réfugiée politique, Tchétchénie, 39 ans, niveau C, études supérieures). Ceux-là, d'un niveau d'instruction plus élevé, sont frustrés par la difficulté de communication avec les médecins : (Question : Pour revenir à cette [première] visite médicale, quel souvenir vous en avez gardé ? Vous avez pu vous expliquer avec ce médecin ? Il était gentil ? Réponse : Oui, oui, il était très gentil et nous avons rigolé, je me rappelle de ça parce qu'il posait de drôles de questions et moi j'essayais de répondre et ça ne le dérangeait pas du tout que il répétait deux, trois fois la même question. C'était un médecin jeune, entre trente et quarante ans. J'ai eu l'impression que j'étais la première étrangère qu'il voit dans sa vie. C'est pour ça qu'il riait, rigolait. Il posait des tas de questions. Enfin, je répondais à ce que je pouvais mais... (Q : Il vous a soulagé ?) R. : Non, il n'a pas pu. Je ne me rappelle même plus s'il m'a prescrit des médicaments, peut-être même pas. Je pense qu'il n'a pas compris. Si j'avais expliqué comme j'ai expliqué à docteur L. [son médecin actuel], ça pouvait aller peut-être mais c'est que..." (Femme, Kazakhstan, 37 ans, niveau A, études supérieures).

Les patients ne s'exprimant pas facilement en français n'ont donc pas forcément conscience que les soignants sont gênés par la difficulté de communication, ce point doit être souligné. Cela tient aux caractéristiques de la relation thérapeutique dans de nombreux pays extra-occidentaux, où l'interrogatoire ne tient pas forcément une place importante<sup>22</sup>.

#### *d) Les discriminations ressenties*

Enfin, l'enquête recèle une dernière surprise. Au-delà des discours généraux faisant l'apologie du système de santé et de ses professionnels, neuf personnes, soit près d'un tiers, décrivent des épisodes où elles se sont senties discriminées. Par discrimination,

---

<sup>22</sup> Voir par exemple Isabelle Gobatto, *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris : L'Harmattan, 1999 ; Anne Guillou, *Les médecins au Cambodge. Entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne sous influence étrangère*, Thèse pour le Doctorat d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2001.

on entend ici "des attitudes, des propos ou des actes négatifs commis à l'encontre d'une personne du fait de ses origines ethniques différentes (ou supposées telles)<sup>23</sup>". La question leur était explicitement posée ("Est-ce que vous pensez que vous avez été soigné ici comme un Français de naissance ? Si non, pourquoi?") et il ne s'agit donc pas la plupart du temps de remarques spontanées recueillies au détour de conversation (bien que cela puisse arriver). Cela est important à souligner car il faut vraiment regarder de près les données et faire le comptage minutieux des situations pour s'apercevoir de ces témoignages de discrimination, en général noyés sous un discours de justification du type "Mais tous les Français ne sont pas racistes, chez nous aussi il y a des racistes" ou bien cherchant à comprendre les raisons de l'acte discriminatoire du type "Il était peut-être fatigué, j'étais peut-être de mauvaise humeur ce jour-là". Il existe ainsi une importante auto-censure lorsqu'il s'agit de décrire des faits jugés discriminatoires dans le domaine médical, comme si l'image extrêmement positive des professionnels de santé français ne pouvait souffrir d'être ternie. Là encore, la discrimination apparaît comme très faible par rapport à d'autres secteurs comme l'accès au logement, au travail, les relations sociales. Quelques migrants indiquent ainsi qu'ils ont été mal reçus dans un cabinet médical mais c'est le secrétariat, l'accueil qui est incriminé et non le personnel soignant. Un exemple particulièrement illustratif de cette auto-censure est donné par ce Guinéen: "Des fois, j'ai eu quand même la malchance de tomber sur certaines personnes bénévoles au niveau des associations caritatives dont je crois, que moi je ne tiens pas rigueur de leur comportement, je me dis, chacun a son petit ( ?) peut-être il s'est mal réveillé ou elle a ses soucis et puis ça l'a échappé. Vous savez, il peut y avoir une ou deux minutes d'égarement dans la vie journalière de quelqu'un et puis, si toi, tu as la malchance de tomber sur la personne à ce moment, elle peut avoir un langage déplacé. Et toi, dans ta situation, tu es frustré. Mais il faut aussi se mettre à la place de la personne, c'est pas méchant parce qu'une personne qui se porte volontaire comme bénévole, qui vient pour aider certains, le fait d'être déplacé, je ne peux pas en tenir rigueur et puis, juger la personne à cause de ça. Non, je laisse passer ça." (Homme, Côte d'Ivoire, demandeur d'asile, 38 ans).

Les exclamations comme celles indiquées ci-dessous abondent, même quand, par ailleurs, les mêmes migrants décrivent des épisodes discriminatoires : "Un spécialiste un professionnel, il passe partout, chinois, français, allemand, et il ne peut pas faire de grande différence" (Homme, Egypte) ; "En médecine [contrairement aux entreprises] on ne regarde pas la peau, la différence. Le domaine médical est moins matérialiste" (Homme, réfugié statutaire, Rwanda, 38 ans) ; "Ah non, ils n'ont jamais fait ça !" (Homme, APS Santé, Ethiopie, 30 ans) ; "Ça ne se passe pas parce que le médecin ne fait pas parce que c'est le médecin" (Femme, femme de ménage, Maroc, 58 ans) ; "Un médecin ne voit pas la couleur de la peau du malade qu'il soigne, du patient. C'est le

---

<sup>23</sup> Cela ne correspond pas tout à fait à la définition légale de la discrimination (un traitement différencié d'une personne pour des motifs illégaux dont son origine ethnique, ses croyances religieuses, son orientation sexuelle, etc.)



patient qui est là, devant lui. C'est la pathologie que le patient présente qu'il doit gérer et pas la nationalité de la personne (...) parce qu'autrement, ça ne serait pas de vrais médecins, alors (...) Ben non non non ! En mon for intérieur, vraiment, je ne pense pas qu'un médecin digne de ce nom crée des difficultés de ce genre." (Femme, Congo Brazzaville, 52 ans). Le fautif, dans les entretiens, ne peut donc être que le patient lui-même, qui a mal interprété des propos, s'est montré exagérément irritable ou susceptible, voire paranoïaque... Cela rejoint d'autres enquêtes sur les discriminations et le racisme qui montrent que les témoignages ne se disent pas si facilement qu'on pourrait l'imaginer car en parler, c'est déjà être pointé du doigt comme différent, racisé, donc racisable, fautif.

Les discriminations décrites sont essentiellement des attitudes ou des propos et non des actes (refus de consultation, attente indéfiniment prolongée, traitement médical simplifié, accompagnement vers un service spécifique, par exemple, comme le montre une enquête multi sites, Ile-de-France, Nord, PACA, Aquitaine<sup>24</sup>). Dans un seul cas – qui n'est d'ailleurs pas assimilé par l'interviewé à une discrimination d'ordre ethniste – il s'est vu poliment expliquer par un dentiste que, n'ayant pas de secrétariat, il serait obligé de passer plus de temps à prendre un patient bénéficiant de la CMU. "Je n'ai pas insisté" conclut-il. Il faut souligner que, dans tous les autres cas, les patients bénéficiant de la CMU ont été traités sans difficulté.

Les discriminations sont de différents types, le type ethnicisant (3) ; celui de "l'étranger profiteur" (2) ; celui de "l'étranger dangereux par ses maladies" (1), et enfin l'hostilité (1) et le mépris/la condescendance (1). La neuvième personne refuse de s'expliquer sur ce sujet. L'ethnicisation du migrant ne repose pas toujours sur une intention hostile. Elle consiste à ramener systématiquement le patient à son origine ethnique, considérée comme centrale et explicative de toutes les autres dimensions de la relation thérapeutique. Cela peut être vécu uniquement avec gêne comme dans le cas ci-dessous :

"(Q : dans le domaine de la santé, non, vous n'avez pas vécu ce genre... ?) Réponse : Non, non. Et surtout dans le domaine de la santé, ce que j'ai vu le plus surtout, c'est la curiosité. Les gens, beaucoup apprendre sur, si vous voulez, les Africains qui viennent, il faut tout le temps qu'ils pensent que pour communiquer facilement avec la personne, donc, ça, ça les intéresse. *On me fait bavarder un peu, plus qu'il n'en faut.* Parce que eux quand même, on voit que j'ai compris que ça leur facilite un peu la compréhension. Des fois, ils reçoivent certaines personnes, si vous voulez du même milieu, enfin du même pays, ou bien de la même sphère géographique mais qui n'arrivent pas à s'exprimer. Ils ont certaines maladies que eux, les médecins, ici, n'arrivent pas du tout à diagnostiquer ou voir la cause ou le début de la maladie et dans quelle région. Donc, ça les embête un petit peu *et ils me posent des questions qui n'ont rien à voir avec ma maladie.* Ça leur permet d'avoir une idée sur certaines maladies. (Q : et vous, vous le

---

<sup>24</sup> Didier Fassin *et al.*, *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, rapport, Bobigny, CRES-P-Paris XIII, 2001 (téléchargeable sur le site du CRES-P).

vivez comment, ça ?) R. : Mais, très bien ! Oui, très bien ! parce qu'on me pose la question sur le sida, comment les gens s'arrangent à prévenir le sida, et les séropositifs, comment ils sont, comment l'Etat les prend en charge. Ou bien les gens qui ont certaines autres maladies, comment ça se passe, pourquoi cette région spécifique à telle maladie et quelles sont les... Quelquefois, je n'ai pas cette réponse, mais quand j'ai une réponse que je sais fiable, je leur donne. Ça leur permet d'être armé face à des situations comme ça (...) (Q : Et cette curiosité, elle est assez générale ou surtout dans certains endroits, près de certains genres de... ?) R. : Je crois que c'est surtout quand ils ont le temps, oui. Je trouve que c'est assez général, quand ils ont le temps. (Q : votre médecin généraliste, il vous pose aussi des questions ?) R. : Ooui, lui, il a un peu de connaissance sur l'Afrique. Il a un peu de connaissance sur l'Afrique mais il ne s'empêche pas, des fois, il m'appelle au téléphone : « oui, il y a untel que j'ai vu, qui a ça et comment on appelle ça dans le jargon africain ? » *J'éclate de rire et puis voilà, je lui donne le nom.* (Q : Quel jargon africain ?) R. : Oui, c'est-à-dire, cette maladie là, on l'appelle comment." (Homme, Guinée, demandeur d'asile, 38 ans).

Mais cela peut être vécu aussi dans l'humiliation. Comme cette jeune femme d'origine ukrainienne, partie consulter une gynécologue hospitalière pour une douleur causée, selon elle, par son stérilet posé dans un pays d'Europe de l'Est où elle a séjourné. Au ton qu'a pris l'interrogatoire médical, elle s'est sentie traitée comme une prostituée parce qu'elle venait d'Europe de l'Est. La gynécologue, une jeune femme peut-être inexpérimentée, pense-t-elle, lui a en effet demandé combien de partenaires sexuels elle avait par semaine, "alors que je travaille 18 heures par jour". La praticienne s'est ensuite très lourdement étonnée que sa patiente ne connaisse pas la pilule, comme si cela était impensable, augmentant encore l'humiliation, cette fois pour ignorance. L'ethnicisation peut aussi être exploitée dans un conflit. C'est le cas de cette jeune femme burkinabé qui est venue consulter une gynécologue hospitalière après le curetage qu'elle avait subi suite à une fausse couche. Elle avait vécu cette fausse couche très douloureusement et se sentait fragilisée. Elle est retournée consulter cette gynécologue (qui n'est pas son médecin habituel) car elle suspectait une infection gynécologique causée par le curetage. "Après le curetage, je n'ai pas eu d'ordonnance ni rien, j'ai eu seulement un psychologue qui est venu me voir, si je veux en parler. J'ai dit non. Et je suis rentrée. Et au bout d'un mois, ça saignait, ça saignait, je me dis mais il y a quelque chose qui ne va pas ! J'ai rappelé ma gynécologue. Ma gynécologue a dit « comme c'est elle qui vous a fait le curetage, il vaut mieux la revoir » Donc, elle m'a pris tout de suite. Elle m'a demandé qu'est-ce qui n'allait pas ? J'ai dit, ça fait plus d'un mois et ça saigne toujours ! Et elle me dit 'oui, vous savez bien qu'en France, on est bien équipés, les médecins soignent bien, ce n'est pas comme en Afrique où les femmes perdent leur utérus pour des fausses couches. En Afrique, les femmes perdent leur utérus et parfois, même, elles meurent à cause des fausses couches mais en France, on est bien équipés. On a tout ce qu'il faut. Déshabillez-vous !' Je l'écoute mais ça me faisait mal ! Ça me faisait très mal parce que ce n'est pas l'Afrique qui est devant elle, c'était moi ! Je me suis déshabillée, elle m'a examinée et après, elle m'a sorti une longue liste, que des antibiotiques ! C'est arrivée à la maison que je me suis dit,

pourquoi je ne lui ai pas posé la question, s'il n'y a rien et puisqu'elle m'a dit qu'il n'y a rien, elle m'a dit 'vous allez payer ça, vous allez payer ça, vous allez payer ça, mais il n'y a rien de grave'. Je me suis dit, pourquoi je ne lui ai pas posé ? S'il n'y avait vraiment rien de grave, mais pourquoi ces antibiotiques ? (...) Mais c'est pas ça qui m'a fait pleurer, c'est : POURQUOI L'AFRIQUE ? Pourquoi faire référence à l'Afrique ?" (Femme, Mauritanie, 43 ans).

L'ethnicisation des patients constitue la forme de discrimination susceptible d'être la plus fréquente.

# CONCLUSION

## I - Principales conclusions

Cette recherche sociologique trouve sa place dans la démarche plus globale du Réseau Ville-Hôpital 35 (RVH 35), d'amélioration des services médicaux rendus aux migrants. Des observations répétées, faites par des membres de RVH 35, ont abouti au constat que la prise en charge médicale des personnes d'origine étrangère (ou perçues comme telles) était inadéquate. Le RVH 35 a donc sollicité un sociologue pour mieux connaître ces difficultés, telles qu'elles sont *perçues par les migrants eux-mêmes*.

Les résultats directement attendus de cette enquête étaient de mieux connaître :

- les représentations de la santé et de la maladie des migrants,
- leurs attitudes et leurs comportements en matière de santé, en particulier la place occupée par la prévention,
- leurs trajectoires de santé, en particulier leur propre définition de l'urgence sanitaire, le détail de leurs recours thérapeutiques,
- leurs connaissances des structures de soins et des professionnels.

Ils devaient aussi permettre d'analyser :

- le lien entre données socio-démographiques et type (et quantité) de difficultés rencontrées,
- le repérage d'inégalités dans l'accès aux soins.

Les *personnes concernées par l'étude* sont les personnes nées étrangères, hors de France et venues s'installer à l'âge adulte, après leur socialisation primaire (dans l'enfance), période au cours de laquelle les individus intériorisent les éléments et les valeurs de leur société, y compris les représentations et les pratiques liées à la santé et à la maladie. On fait l'hypothèse que c'est cette population qui est susceptible d'avoir besoin d'une aide particulière en France, en matière d'accès aux soins et à la santé. Au-delà de la seule étude des représentations du corps, de la santé et de la maladie, l'étude s'efforce de saisir plus globalement les liens entre expérience migratoire et pratiques thérapeutiques. Car le migrant n'est pas seulement un individu "culturel", qui agirait seulement ou prioritairement en fonction de sa "culture", mais c'est un acteur social. C'est dans toutes les dimensions de sa vie sociale qu'il faut analyser ses pratiques thérapeutiques et sanitaires. En un mot, les migrants ne sont pas vus ici seulement comme venant du Maroc, de Turquie ou du Japon mais aussi comme des travailleurs, des assurés sociaux, des membres d'associations, des parents voire comme des amoureux heureux ou déçus, des amateurs de musique ou de danse, etc.

L'enquête a consisté *en entretiens semi directs sociologiques avec 33 personnes (dont 3 couples)*. Les interviewés ont été approchés par l'entremise du Réseau Ville-Hôpital 35, de ses partenaires, et des réseaux de la sociologue – donc dans des milieux proches de populations migrantes, ce qui est susceptible de constituer un biais dans la production des données d'enquête. Le guide d'entretien a suivi un plan chronologique, reprenant

l'ensemble du parcours migratoire pour mieux situer les épisodes de maladie et les pratiques thérapeutiques dans l'histoire de vie, depuis le pays d'origine jusqu'à aujourd'hui. *L'échantillon a répondu à une exigence de diversité (et non de représentativité)* sur le plan du sexe, de l'âge, de l'origine nationale, des catégories socio-professionnelles, de la situation matrimoniale, du statut juridique et de la durée de séjour en France. Le choix de la méthode et de l'échantillonnage répond à l'objectif de l'enquête : c'est une exploration apportant les premiers éléments, dans un vide qui est total en Bretagne et qui est relatif en France.

Les conclusions de l'enquête ont trait aux conditions de l'immigration, à l'accès à la couverture sociale, aux vécus des épisodes de maladie (et les représentations sous-tendues), aux pratiques thérapeutiques et, enfin, aux vécus de la relation médecin-malade.

*Les conditions de l'émigration* hors du pays d'origine (ou du pays tiers) sont décrites comme *très éprouvantes* sur les plans psychologiques et/ou matériels et/ou social, par les migrants interviewés, même quand la migration s'est déroulée dans de bonnes conditions juridiques, par exemple pour l'immigration ouvrière maghrébine et turque des années 1970. Les conditions de l'arrivée en France se sont dégradées ces dernières années. Ce sont les demandeurs d'asile qui vivent les conditions de voyage, d'arrivée et de séjour les plus pénibles (angoisse de l'attente de la réponse de l'OFPRA ou de la Commission des Recours notamment). Ces conditions sont susceptibles d'avoir des répercussions multiples sur la santé.

L'installation en France, dans les premiers mois, est marquée par le *contraste entre les difficultés d'installation et la facilité d'accès à la couverture maladie* : l'installation en France est perçue comme bien plus facile concernant l'inscription à la Sécurité Sociale (ce qui représente aussi une des formes de l'intégration socio-économique) que sur tous les autres plans : les deux tiers de l'échantillon ont rencontré des problèmes lors de leur recherche d'emploi et un tiers a éprouvé des difficultés concernant leur logement. L'appréciation du système de protection sociale français est d'autant plus favorable qu'elle se fait en comparaison avec le pays d'origine où un tel système n'existe pas ou est très réduit. L'instauration de la CMU a facilité l'accès à la protection sociale (18 sur 30 interviewés ont la CMU). *Ce déséquilibre entre un accès aux soins relativement facile et une insertion socio-économique bien plus compliquée doit faire porter l'attention des soignants sur les risques d'une surconsommation médicale* (visites médicales nombreuses et redondantes, grande consommation de médicaments), venant compenser dans un domaine ce que d'autres domaines ne permettent pas.

Malgré tout, des problèmes nombreux subsistent dans l'accès à *l'information* sur la couverture médicale (un tiers de l'échantillon a éprouvé des difficultés de cet ordre) qui *reste fragmentaire et dispersée*. Enfin, sur le plan de la couverture médicale, les *artisans du bâtiment constituent un groupe à risque*. Malgré leur forte exposition aux accidents du travail, leur couverture sociale est moins bonne, ce qui est susceptible de

pousser les plus précaires d'entre eux à reprendre le travail sans respecter l'arrêt maladie et à négliger de prendre une mutuelle.

Les épisodes de maladies ont été regroupés en trois catégories plus sociologiques que médicales (car tenant compte des représentations des patients eux-mêmes et *en l'absence totale de données épidémiologiques* sur la santé des migrants en Bretagne). *Les maladies professionnelles et les accidents du travail sont fréquents* (10 personnes ont décrit, pour elles-mêmes ou un proche, un tel épisode). Presque tous sont des *ouvriers du bâtiment d'origine maghrébine ou turque*. Cela indique à quel point les médecins du travail, les médecins traitants et l'inspection du travail ont un rôle de prévention crucial à jouer. Les pathologies lourdes, chroniques et les hospitalisations ont fait l'objet de 33 descriptions, répondant à un tableau nosologique varié. Enfin, *de nombreuses maladies sont directement attribuées, dans les représentations, à la migration elle-même* (conditions de la fuite du pays, douleur de la séparation d'avec les proches, conditions de vie en France...). Le corps est le vecteur le plus significatif de la migration, d'autant plus que le personnel médical est celui qui, de tous les secteurs de la société française, est le plus susceptible de répondre – même superficiellement – à une demande, les autres secteurs étant moins accessibles comme on l'a vu. Les troubles dont il s'agit sont très divers (bilharziose et ses séquelles, hypothyroïdie, «cholestérol», somnambulisme avec cauchemars, douleurs au ventre...). Ces perceptions montrent bien que les représentations dites «culturelles» (sachant que la «culture» n'est pas l'apanage des immigrés) ne sont pas les seuls registres étiologiques et qu'ils cohabitent avec d'autres registres de causalité.

Les représentations du corps et des maladies influencent bien sûr les recours thérapeutiques. Trois grands systèmes étiologico-thérapeutiques ont été mis à jour à partir des entretiens : *les systèmes organisés autour des notions de «chaud et de froid» – notions d'ordre symbolique dépassant largement les simples mesures d'ordre thermique (interviewés malgaches) ; celui autour de la «force» (interviewés libyen, marocains) et, enfin, celui relevant des théories humorales – circulation des fluides dans le corps (interviewés vietnamien, japonais)*. Mais ces grands systèmes de représentations coexistent avec des gestes de soins au quotidien qui relèvent plus d'un raisonnement pratique que de la construction abstraite. Aux systèmes de représentations «traditionnels» (qui ont en fait beaucoup changé depuis les colonisations) se superposent sans contradiction des explications diverses dont celles relevant du registre scientifique (explications données par le médecin, émissions de télévision...) Ainsi, *l'enquête montre qu'il n'y a aucun obstacle d'ordre représentationnel, culturel, à l'accès aux services biomédicaux*. En effet, *aucune maladie n'est décrite comme ne relevant pas du tout des soins des médecins*. Tout au contraire, la consommation de soins est abondante. Ce qui ne signifie pas qu'elle est de qualité. *Le domaine de la prévention s'avère néanmoins plus délicat* que celui de la prise en charge curative. Chez *les personnes âgées maghrébines de milieux ouvriers* notamment (et bien que l'échantillon ne soit pas représentatif), on note des réticences aux dépistages du cancer

(sein, utérus, prostate, colon notamment) pour des raisons liées à la crainte de voir découvrir un problème grave (syndrome de l'autruche), aux représentations de la féminité/masculinité et du propre/sale et, enfin, aux croyances religieuses liées à la prédestination (à quoi bon modifier nos comportements puisque le terme de la vie est fixé par Dieu ?). La banalité et l'insuffisante force des messages de prévention apparaissent comme des manques d'encouragement à l'arrêt du tabac. Sur le plan de l'alimentation, les jeunes filles sont les plus réceptives aux messages de prévention, pour des raisons esthétiques. *Un effort soutenu de prévention de la part des soignants s'avère donc nécessaire auprès des familles ouvrières d'origine maghrébine et turque.*

*La pratique de formes de «médecine traditionnelle» n'empêche pas le recours massif à la médecine scientifique.* Précisons d'emblée que le terme de «médecine traditionnelle» regroupe ici des pratiques extrêmement variées. Les connaissances et les pratiques que les uns et les autres ont de ces médecines sont diverses, 8 individus n'ayant aucune expérience de ces thérapies dans leur pays d'origine tandis que la plupart en ont une connaissance sommaire et 4 individus seulement, une connaissance approfondie. Dans tous les cas, il est difficile de trouver en France, et en particulier à Rennes, les produits et les spécialistes nécessaires. Si ces formes de pratiques sont en perte de vitesse, les interviewés affichent au contraire *une fidélité à leur médecin traitant* (18 sur 33 sont fidèles dont 3 depuis plus de 20 ans, la majorité des autres a changé de médecin pour des raisons pratiques comme le déménagement) *dont ils sont satisfaits* (2 insatisfaits seulement). Les choix ethniques sont très rares (choix d'un médecin compatriote) mais en revanche, certains généralistes ont une forte clientèle d'origine étrangère et peuvent être considérés comme des «spécialistes» par les interviewés car ils ont l'habitude de la diversité ethnique.

Le vécu de la relation médecin - malade est souvent très positif. *Les appréciations portées par les interviewés sur les soignants et le système de santé français sont globalement très élogieux.* Le domaine de la santé apparaît même comme le plus satisfaisant de tous les domaines d'activité. Compétence des soignants et qualité de l'accueil sont appréciés, en comparaison des critiques adressées aux professionnels de santé des pays d'origine. Cela n'empêche pas que des points négatifs soient formulés. *Les critiques (portant sur les médicaux et les paramédicaux confondus) sont émises par un bon tiers de l'échantillon dont une majorité de femmes et d'adultes jeunes. La moitié porte sur un défaut de communication et sur la difficulté d'accès aux services médicaux (attente trop longue).* Quelle part la mauvaise connaissance du français joue-t-elle dans la difficulté de communication avec les professionnels de santé ? Si on se concentre sur la moitié de l'échantillon qui a un niveau de français moyen à nul, l'enquête révèle que *ceux qui ont objectivement le moins bon niveau de français sont ceux qui estiment que la compréhension des propos de leur médecin est facile.* Comment expliquer ce paradoxe ? D'abord les représentations très positives du médecin fait qu'on lui attribue des compétences extra-médicales (il sait parler les langues, il comprend tout) ou que la

relation thérapeutique est perçue comme un examen du corps avant tout, où le verbe est secondaire.

Enfin, l'enquête recèle une dernière surprise. Au-delà des discours généraux faisant l'apologie du système de santé et de ses professionnels, neuf personnes, soit près d'un tiers, décrivent des épisodes où elles se sont senties discriminées. Par discrimination, on entend ici des attitudes, des propos ou des actes négatifs commis à l'encontre d'une personne du fait de ses origines ethniques différentes (ou supposées telles). Il faut souligner qu'il existe une réticence importante à évoquer cet aspect, les interviewés cherchant souvent des excuses à la personnes ayant fait preuve, à leur sens, de discrimination ("Il était peut-être fatigué, j'étais peut-être de mauvaise humeur ce jour-là"). Là encore, la discrimination apparaît comme très faible par rapport à d'autres secteurs (logements, travail, relations sociales). Les discriminations sont de différents types, le type ethnicisant (3) ; celui de "l'étranger profiteur" (2) ; celui de "l'étranger dangereux par ses maladies" (1), et enfin l'hostilité (1) et le mépris/la condescendance (1). L'ethnicisation du migrant ne repose pas toujours sur une intention hostile. Elle consiste à ramener systématiquement le patient à son origine ethnique, considérée comme centrale et explicative de toutes les autres dimensions de la relation thérapeutique.



## II - Recommandations

Un certain nombre de difficultés ou d'insuffisance ressortent de l'enquête et doivent constituer la base d'une action.

### *a) L'information sur la couverture maladie*

L'obtention d'une couverture sociale et les modalités de prise en charge donnent lieu à des informations trop parcellaires et trop éclatées. C'est surtout le cas des individus arrivés hors des circuits institutionnels, c'est-à-dire le passage par l'ANAEM (Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations) pour les regroupés familiaux et par les CADA (Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) pour les demandeurs d'asile. Mais l'enquête recense aussi une jeune femme arrivée dans le cadre du regroupement familial qui a mis cinq mois avant d'avoir la Carte Vitale, l'information lui ayant été donnée lors d'un stage de formation au CLPS (centre de formation à Rennes). La consultation médicale pour migrants (projet du RVH 35) pourrait, de ce point de vue, constituer un lieu d'information, touchant le public qui n'est pas reçu par les instances énumérées ci-dessus et en complément des instances habituelles (Sécurité Sociale, assistants sociaux, etc.). La couverture sociale des artisans du bâtiment devrait faire l'objet d'une attention particulière qui dépasse, quant à elle, la compétence de la consultation médicale du RVH 35. Les services de PMI, les services sociaux, les associations de migrants, les associations de quartier, doivent être associés à la sensibilisation à la couverture sociale (importance de la mutuelle et respect des arrêts de travail) participant d'une démarche plus générale d'assainissement des pratiques dans le bâtiment. Cette action pourrait être menée par les caisses d'assurance-maladie qui ont déjà montré un intérêt pour cette question.

### *b) La formation, l'information des soignants*

Un certain nombre d'informations doivent être prises en compte par les soignants lorsqu'ils reçoivent des patients migrants. Ces informations concernent :

- La sensibilisation à d'autres formes de représentations du corps et de la maladie. Il s'agit plus de sensibilisation à des systèmes généraux (qu'on retrouve d'ailleurs dans de nombreuses cultures) qu'à une approche culturaliste qui obligerait les soignants à suivre des formations sur chacune des cultures d'origine (ce qui est à la fois infaisable sur le plan pratique et suspect sur le plan de l'approche des migrations car cette approche suppose que les migrants n'agissent que sous l'emprise de leur culture et non comme des acteurs sociaux à part entière). L'approche la plus efficace est au contraire une sensibilisation à l'anthropologie de la maladie qui donne des clés de décodage plus efficaces.
- La prise en compte de la situation de migration dans toutes ses dimensions comme susceptible d'influer sur l'état de santé et l'accès aux soins. Le rapport détaille un certain nombre de conclusions dans ce domaine (les conditions éprouvantes de

l'émigration/immigration, les maladies perçues comme résultant de la migration elle-même, les statuts juridiques les plus fragiles).

*c) Une importante mobilisation nécessaire autour de la prévention*

Le rapport confirme que les populations âgées de milieux ouvriers et d'origine maghrébine et turque ne reçoivent pas suffisamment de messages de prévention (ou les reçoivent de façon inadaptée) concernant soit le dépistage des cancers, soit les pratiques à risque pour la santé (tabagisme, alimentation). Le partenariat autour de cet effort doit être large, alliant les réseaux, en particulier les réseaux Ville-Hôpital, Diabète et Cancer, les travailleurs sociaux, le Pôle Santé nouvellement créé et surtout les médecins traitants. Le rapport montre clairement que les «médecins de famille» savent fidéliser une clientèle immigrée (et leurs descendants), que celle-ci leur fait confiance et les tient en haute estime. Des propos recueillis pendant l'enquête montrent par exemple que les messages délivrés par les médecins traitants ne sont pas assez «forts», selon l'expression d'un ouvrier algérien proche de la retraite. Il est vrai que les difficultés à faire jouer par les «médecins de famille» un rôle actif dans l'éducation sanitaire sont structurelles (consultations de plus en plus rapides, recours massif aux spécialistes). Cela n'empêche pas que ce rôle soit réaffirmé. Une information à leur destination est, au minimum, nécessaire (sous la forme de plaquette de préférence car l'expérience montre que les médecins ont des emplois du temps chargés et se libèrent difficilement pour des conférences). Les médecins intervenant dans la consultation médicale migrants du RVH 35 sont également «en première ligne» pour cette action mais l'ensemble de l'effort ne peut pas peser uniquement sur eux car ils ne touchent pas l'ensemble de la population concernée.

*d) La lutte contre les discriminations*

Même si elles ne sont pas massives, des formes de discriminations ethnistes et racistes sont mises à jour par l'enquête. Elles sont d'autant plus voilées que les migrants interviewés s'auto-censurent sur le sujet. Les formes de discrimination sont surtout des discriminations de face-à-face (et non des discriminations systémiques ou institutionnelles, lesquelles demandent des méthodes différentes d'enquête). Elles demandent donc un travail d'information auprès des migrants eux-mêmes (déculpabilisation, identification des lieux où dénoncer ces attitudes) et auprès des personnels médical et paramédical. Les moyens d'une telle information doivent faire l'objet d'une réflexion approfondie : le RVH 35 a déjà entamé la réflexion par la création (en cours) d'une vidéo de sensibilisation et d'information à l'usage des soignants, financée par le FASILD. Le PRIPI (Programme Régional pour l'Intégration des Populations Immigrées) travaille à des actions en ce sens en collaboration avec le FASILD. La confection de plaquettes, la mise en place de conférences doivent être étudiées, les partenariats doivent être identifiés. Les lieux de diffusion auprès des

migrants doivent également faire l'objet d'une réflexion. Enfin, l'impact d'une telle action devrait être évalué.

# ANNEXES

## ***Annexe 1 – Présentation de l'enquête aux volontaires***

### INFORMATION SUR LE DEROULEMENT DE L'ETUDE « SANTE DES MIGRANTS » A DESTINATION DES VOLONTAIRES ACCEPTANT DE PARTICIPER A UN ENTRETIEN

N.B. Ces informations peuvent être communiquées par écrit aux volontaires potentiels ou simplement données oralement.

L'association Réseau Ville-Hôpital est une association de professionnels de santé et du social qui cherchent à améliorer les soins des malades et, en particulier le lien entre les hôpitaux et les médecins de ville.

L'association a le projet d'améliorer les soins donnés aux migrants en Ile-et-Vilaine.

Pour cela, elle voudrait mieux connaître les expériences de ces personnes venues s'installer en Ile-et-Vilaine (qu'elles que soient leur nationalité, leur âge, leur métier et leur statut juridique).

En effet, les étrangers qui arrivent en France au cours de leur vie adulte ont souvent des problèmes particuliers de santé et de soins parce qu'ils viennent d'un autre pays, avec des habitudes, et un système de santé différents ; et parce qu'ils ont ici de nouvelles conditions de vie.

Pour cela, l'association Réseau Ville-Hôpital a demandé à une sociologue, Anne Guillou, de rencontrer une trentaine de migrants pour parler de leur installation en France et de leur santé. Anne Guillou posera des questions sur la vie au pays, sur l'état de santé avant de venir, sur l'arrivée en France, sur l'installation en France, et les maladies que les migrants (ou leur famille) ont eues ici, sur les soins qu'ils ont reçus (ou non).

Ces entretiens se déroulent à deux (la sociologue et la personne volontaire) dans un lieu choisi par le volontaire (chez lui ou dans un bureau ou un autre endroit). Ils peuvent être faits en français, en anglais ou en khmer. Mais il n'est pas nécessaire de parler parfaitement ces langues pour faire un entretien. Sinon, le volontaire peut s'exprimer dans une autre langue et demander l'aide d'un interprète en qui il a confiance (dans sa famille, ses amis). Tous ces entretiens sont strictement anonymes. Cela signifie que les noms des personnes qui acceptent de rencontrer Anne Guillou seront gardés secrets, ainsi que toutes les informations qui pourraient permettre de les identifier. Pour rassembler les informations et pouvoir les réécouter, il est plus facile de pouvoir enregistrer l'entretien sur un magnétophone. Dans ce cas, les cassettes ne seront jamais écoutées par une autre personne que la sociologue sans la permission des volontaires.

Le résultat final sera un « livre » qui fera le compte rendu de toutes les informations recueillies auprès des volontaires, sans jamais donner leur nom. Le « livre » sera rendu public et tous les volontaires de l'étude pourront le lire (ou le faire lire par une personne de confiance qui le leur expliquera) s'ils le souhaitent.

## **Annexe 2 - Les droits des étrangers en matière de santé**

### A. Les principes généraux du droit français

#### a) Nationalité, résidence

En France, d'une manière générale, les droits sont plutôt associés à la résidence qu'à la nationalité depuis l'instauration de la Sécurité Sociale en 1945. Ce principe a connu une première restriction avec la loi sur l'immigration de 1993, dite loi Pasqua, restreignant les droits à la Sécurité Sociale aux seules personnes résidant *régulièrement* sur le territoire national. Les personnes en situation irrégulière devant, selon la Constitution de 1946, pouvoir bénéficier d'un accès aux soins même réduit, le principe de l'aide médicale hospitalière a, à cette époque, été introduit, accentuant le double régime assurantiel (cotisations sociales) et assistanciel (aide aux démunis ne pouvant verser de cotisations).

#### b) La CMU

Instaurée par la loi du 27 juillet 1999 et mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2000 pour lutter contre l'exclusion, elle a bénéficié aussi aux étrangers. Le but en était l'extension de la protection contre la maladie et une ouverture des droits simplifiée et immédiate.

Elle s'applique à tous les résidents en France depuis au moins trois mois. Les étrangers en résidence irrégulière et/ou sans résidence stable sont donc désormais les seuls à ne pas être inclus dans le droit commun et à bénéficier d'une protection sociale spéciale.

#### c) Les principaux droits des étrangers en matière de Sécurité Sociale

L'article 12 bis de l'Ordonnance de 1945. Citons le cas particulier des étrangers obtenant un titre de séjour pour raison médicale. La loi Debré (1997) leur a accordé une protection légale, améliorée par la loi de 1998 en application de l'article 12 bis de l'Ordonnance de 1945 (autorisation d'exercer un emploi). Mais l'appréciation de ce droit connaît de grandes variations d'une DDAS et d'une Préfecture à l'autre (42,5% d'avis favorables dans les Hauts de Seine contre 96,7% dans le Val de Marne selon une étude).

CMU : affiliation au régime général de l'assurance-maladie sur critère de résidence stable (plus de 3 mois). Ne s'applique pas aux réfugiés politiques et demandeurs d'asile. Exonération de cotisation soumise à condition de ressource.

Aide Médicale Etat : Principalement destinée à assurer les soins des étrangers en situation de séjour irrégulier (ne pouvant bénéficier de la CMU). Prise en charge des soins dans les établissements de santé, les cabinets de ville, ainsi que les prescriptions. Condition : 3 mois de séjour ininterrompu en France qu'il faut prouver, ce qui est parfois difficile. Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu la vie de l'étranger ou provoquerait une altération grave de sa santé ou de celle d'un enfant à naître sont pris en charge au titre de l'AME.

Assurance maternité : régularité de séjour pour l'assuré et ses ayants droits majeurs (les mineurs ne doivent faire la preuve que d'une résidence permanente)

Les prestations sociales accordées sans condition de résidence ni de régularité de séjour : aide sociale à l'enfance, aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réadaptation sociale.

Prestation sociale accordée avec condition de résidence ou de régularité de séjour : aide sociale aux personnes âgées

d) Les changements introduits par la loi de novembre 2003 (dite loi Sarkozy) en matière de santé

Les étrangers qui ont une raison médicale urgente sont dispensés de devoir fournir une attestation d'accueil (justificatif d'hébergement pour les visites de moins de trois mois en France)

Certaines catégories d'étrangers (définies par décret) doivent fournir une attestation garantissant leur prise en charge par une assurance des dépenses de santé (y compris l'aide sociale résultant des soins) pendant leur visite en France.

Les étrangers malades résidant habituellement en France. La carte de séjour temporaire "Vie privée et familiale" peut être délivrée si l'état de santé nécessite une prise en charge dont le défaut aurait des conséquences graves sur la santé, sous réserve que le traitement n'est pas possible dans le pays d'origine. L'attribution de ce titre de séjour est rendue plus sévère par la nouvelle loi et devient exceptionnelle. Il est délivré par le Préfet après avis du médecin inspecteur de la DDASS qui peut convoquer le demandeur pour une visite médicale

La "double peine" (peine suivie d'une expulsion du territoire) n'est plus appliquée dans un certain nombre de cas comme celui des étrangers ayant leur résidence habituelle en France et dont l'état de santé s'oppose à ce qu'ils soient renvoyés dans un autre pays sans traitement approprié.

e) Les réfugiés

Une fois la demande d'asile formulée, ils se voient délivrer une autorisation provisoire de séjour et la CMU.

f) Le droit en Europe

La protection sociale y est partout un droit fondamental, faisant partie des Droits de l'Homme. Elle n'est pas considérée comme une faveur. Les dispositions la concernant sont encore largement de la compétence des Etats nationaux mais les politiques d'immigration (et les droits sociaux afférents) entrent dans un processus de communautarisation depuis le Traité d'Amsterdam (1999). D'une manière générale, l'accès aux prestations sociales des étrangers dans les pays de l'UE tend à être conditionné par le droit au séjour et non par la nationalité, sous l'effet de la jurisprudence et des conventions internationales (plus que du Droit communautaire).

## ***Index des tableaux***

Tableau 1 – Echantillon, compétence en français _____	10
Tableau 2 – Echantillon, par genre _____	11
Tableau 3 – Echantillon, par âge _____	12
Tableau 4 – Echantillon, par origine nationale _____	13
Tableau 5 – Echantillon, par statut juridique _____	13
Tableau 6 – Echantillon, par durée du séjour en France _____	14
Tableau 7 – Echantillon, par CSP _____	15
Tableau 8 - Echantillon, par statut matrimonial _____	15
Tableau 9 - Difficultés éprouvées à trouver un emploi _____	19
Tableau 10 – Difficultés éprouvées dans le domaine du logement _____	19
Tableau 11 – Difficultés éprouvées à obtenir une couverture maladie _____	20
Tableau 12 - Difficultés rencontrées dans l'obtention d'une couverture maladie _____	20
Tableau 13 – Types d'accidents du travail _____	23
Tableau 14 – Pathologies lourdes, chroniques, à répétition ou ayant nécessité une hospitalisation _____	24
Tableau 15 – Maladies et expérience migratoire _____	25
Tableau 16 – Connaissance et pratique de la "médecine traditionnelle" _____	33
Tableau 17 – Choix du médecin traitant _____	34
Tableau 18 – Nature des critiques formulées envers les soignants _____	37
Tableau 19 – Niveau linguistique et estimation du niveau de compréhension du médecin _____	38



# TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS UTILISEES</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
I – Objectifs	4
II - Problématique sociologique : relations interethniques et pratiques thérapeutiques	5
a). Définition de la population concernée	5
b) Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques	7
<b>METHODOLOGIE</b>	<b>8</b>
I - Les entretiens semi-directifs	8
II - Conditions de l'enquête	10
III - L'échantillon	11
<b>RESULTATS DE L'ENQUETE</b>	<b>16</b>
I – Les conditions très éprouvantes de l'émigration	16
II – L'installation en France et l'accès à la couverture sociale	18
a) Difficultés d'installation contre relative facilité d'accès à la couverture maladie	18
b) Des informations dispersées et défailtantes	20
c) Un groupe à risques : les artisans du bâtiment.	21
III - Episodes de maladie et représentation du corps/maladie	22
a) Des maladies professionnelles et des accidents du travail fréquents	23
b) Pathologies lourdes, chroniques, à répétition et hospitalisations	24
c) De nombreuses maladies directement attribuées aux conditions de la migration	24
d) Représentations du corps et influence sur les choix thérapeutiques	26
e) Représentations du corps, de la maladie et faiblesse des pratiques de prévention	29
IV – Les pratiques thérapeutiques	32
a) Les médications "traditionnelles" en perte de vitesse	32
b) La fidélité au médecin traitant	33
V – Vécu de la relation thérapeutique	35
a) Des appréciations extrêmement positives sur les soignants et le système de santé français	35
b) La nature des critiques formulées	35
c) La compétence linguistique dans la relation thérapeutique	38
d) Les discriminations ressenties	39
<b>CONCLUSION</b>	<b>44</b>
I - Principales conclusions	44
II - Recommandations	49
a) L'information sur la couverture maladie	49
b) La formation, l'information des soignants	49
c) Une importante mobilisation nécessaire autour de la prévention	50
d) La lutte contre les discriminations	50
<b>ANNEXES</b>	<b>52</b>
<b>Annexe 1 – Présentation de l'enquête aux volontaires</b>	<b>52</b>

<b>Annexe 2 - Les droits des étrangers en matière de santé</b>	<b>54</b>
<b>Index des tableaux</b>	<b>56</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>57</b>