

UNIVERSITE PIERRE MENDES FRANCE  
Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

Marion LOUYOT

Master 2

Politiques Publiques et Changement Social

- Villes, Territoires, Solidarités -

LE RAPPORT AUX DROITS ET SERVICES DE SANTE  
(RECOURS ET NON RECOURS) DES HOMMES  
IMMIGRES D'ORIGINE MAGHREBINE  
AGES DE PLUS DE 55 ANS  
ET RESIDANT EN FOYER  
- A PARTIR DE L'ETUDE DU FOYER ADOMA  
FRANCIS JAMMES A GRENOBLE -

Sous la direction de Philippe WARIN

2006-2007

**LE RAPPORT AUX DROITS ET SERVICES DE  
SANTÉ (RECOURS ET NON RECOURS) DES  
HOMMES IMMIGRÉS D'ORIGINE MAGHREBINE  
ÂGES DE PLUS DE 55 ANS  
ET RESIDANT EN FOYER  
- A PARTIR DE L'ÉTUDE DU FOYER ADOMA  
FRANCIS JAMMES A GRENOBLE -**

## REMERCIEMENTS

*Au terme de cette étude, mes remerciements vont :*

A Philippe Warin et Jalil Lemseffer, respectivement directeur de mémoire et tuteur de stage, qui m'ont guidée et soutenue tout au long de ce travail de recherche.

Aux membres de l'Observatoire des Discriminations sur les Territoires Interculturels qui ont accepté de répondre à mes questions d'enquête avec précision et sympathie, et particulièrement à Catherine Houdret qui m'a permis d'accéder au terrain d'enquête.

Aux résidents du foyer Adoma Francis Jammes qui se sont prêtés aux entretiens avec amabilité et sincérité, et sans qui l'étude n'aurait pas pu être réalisée.

Aux professionnels de santé et aux spécialistes des questions d'immigration qui m'ont reçue pour porter leur regard averti sur la question centrale de la recherche.

Aux gestionnaires de foyers qui ont répondu au questionnaire avec professionnalisme.

Au groupe de travail sur le non recours de l'Observatoire Des Non Recours aux droits et services, pour le partage des méthodes et des fruits de leurs recherches et pour leurs remarques constructives.

Aux amis proches qui ont montré de l'intérêt pour la recherche que je menais, pour leurs encouragements et leurs conseils d'yeux extérieurs.

## SOMMAIRE

<i>Remerciements</i> .....	3
<i>Sommaire</i> .....	4
<i>I. Introduction</i> .....	5
A. Le vieillissement des immigrés en France : un phénomène ancien mais abordé récemment	5
B. La question du rapport à la santé des Maghrébins âgés immigrés en situation de précarité	6
C. Objectif et plan de l'étude.....	7
<i>II. Méthode et déroulement de la recherche</i> .....	8
A. Présentation des phases de travail .....	8
B. Déroulement de l'enquête .....	19
<i>III. Présentation du public et de son rapport aux droits et services de santé</i> .....	22
A. Origines, parcours et mode de vie similaires .....	22
B. Une santé sans spécificités innées mais fragilisée par le mode de vie .....	41
<i>IV. Les causes du non recours aux droits et services de santé par les hommes originaires du Maghreb, âgés de plus de 55 ans et résidant en foyers</i> .....	56
A. Causes liées aux parcours et modes de vie des Maghrébins vieillissant en foyer d'hébergement.....	56
B. Causes liées aux services médico-sociaux et à leur fonctionnement .....	91
<i>V. Conclusion : vers un meilleur recours à la santé par les résidents âgés de foyers ? La coordination entre acteurs pour favoriser l'accès aux droits et aux soins</i> .....	116
A. La persistance d'inégalités face à la santé malgré l'amélioration générale de l'état sanitaire en France.....	116
B. La lente adaptation des structures d'accueil des immigrés maghrébins vieillissants .....	117
C. Pour une amélioration de la prise en charge médico-sociale des migrants âgés.....	121
<i>Bibliographie</i> .....	124
<i>Annexes</i> .....	127
Caractéristiques des logiques de recours aux soins observées chez les consultants de centres de soins gratuits.....	127
Historique d'une politique du logement spécifique aux immigrés peu rigoureuse .....	128
<i>Table des Matières</i> .....	131

# **I. INTRODUCTION**

## **A. Le vieillissement des immigrés en France : un phénomène ancien mais abordé récemment**

« Il est intéressant de relire l'abondante littérature produite depuis un demi-siècle sur l'immigration, et d'y constater l'absence presque totale de références au problème de la vieillesse immigrée, tandis que l'on consacre des pages innombrables à la seconde génération. Alors que les questions posées par l'allongement de la vie, le poids social représenté par l'augmentation du nombre de personnes âgées, les conditions d'accès à la retraite des salariés de tous ordres, etc. font l'objet de multiples travaux, rien, ou presque rien sur les vieux immigrés. » Voilà comment l'historien Emile TEMIME<sup>1</sup> a récemment posé la question du vieillissement des immigrés en France. Alors même que le vieillissement de la population en France et en Europe figure parmi les grandes préoccupations économiques, démographiques, sociales, sanitaires...actuelles, « rien ou presque rien, dit-il, sur les vieux immigrés ». Ce *presque* est une nuance importante qui fait référence à l'inscription de cette question, depuis les années 90 et à l'exception de quelques précurseurs dans les années 80, dans les agendas politiques et institutionnels.

Pourtant le vieillissement de l'immigration n'est pas un phénomène récent. Il a concerné toutes les immigrations qui se sont succédées en France. Même si de prime abord, les deux termes "vieillesse" et "immigration" semblent contradictoires -car toutes les immigrations se sont déroulées pour les personnes, pour les sociétés d'accueil et les sociétés de départ, sous le double signe du travail et du provisoire-, la réalité historique et sociale force à constater que de provisoire, l'immigration s'est progressivement transformée en un processus d'installation durable. La figure de l'immigré à la retraite, installé durablement ici, semblait encore inconcevable<sup>2</sup> il y a quelques années. Mais comme Abdelmalek SAYAD l'a analysé, un véritable "paradoxe de l'immigration"<sup>3</sup> est à l'œuvre, car le processus migratoire transforme l'ensemble de l'existence du migrant : on ne peut plus considérer l'immigré comme une force de travail. Il s'agit à présent davantage d'immigrations de peuplement que d'immigrations de travail, et les immigrés arrivés en France pour travailler à la période des Trente Glorieuses sont loin d'être tous retournés à leur terre natale.

---

<sup>1</sup> TEMIME Emile, *Vieillir en immigration*, REMI Vol. 17, N° 1, 2001.

<sup>2</sup> SAMAOLI, *Vieillesse, démence et immigration : pour une prise en charge adaptée des personnes âgées migrantes en France et au Danemark*. Paris, éd. L'Harmattan, 2000.

<sup>3</sup> SAYAD Abdelmalek, *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*. Ed. de Boek.

## **B. La question du rapport à la santé des Maghrébins âgés immigrés en situation de précarité**

Le processus de vieillissement des travailleurs migrants en foyer apparaît complexe, multiforme et appréhendé difficilement par les gestionnaires et les travailleurs sociaux. Or le constat du vieillissement des immigrés en France, dans des conditions marquées par une précarité polymorphe, amène à se soucier de l'accès aux droits sanitaires et sociaux des résidents de foyers. Malgré l'extension de la couverture maladie à la quasi-totalité de la population, de plus en plus de personnes se heurtent aujourd'hui à de réels obstacles pour accéder aux soins. C'est le cas en particulier de ceux qui n'ont pas de couverture sociale, qui sont socialement en difficulté ou qui ignorent leurs droits, mais également de toute une frange de la population qui, certes, touche un revenu, mais un revenu modeste qui les place en situation de fragilité financière. Les hommes âgés, immigrés maghrébins et résidant en foyers d'hébergement, ne sont pas répertoriés dans les typologies des principaux groupes de population totalement ou partiellement exclus du système de santé français. Pourtant, ils cumulent les facteurs d'exclusion. Non seulement les immigrés partagent le lot commun de la population française en termes de précarisation, mais ils sont même particulièrement affectés, à la fois quantitativement en étant proportionnellement plus touchés, et qualitativement en subissant des situations qui leur sont spécifiques.

Le séjour prolongé, l'isolement familial, le parcours professionnel, l'état du logement et bien d'autres données relatives à leurs conditions de vie, font que ces résidents rencontrent des difficultés pour accéder aux prestations sociales et aux soins. Dans quelle mesure ces hommes âgés sont-ils couverts des risques de maladie ? Consultent-ils le médecin quand ils sont souffrants ? Quelle est leur consommation de médicaments par rapport à leur état de santé ? Et surtout, *in fine*, quelles sont les causes de leur faible recours aux droits et services de santé ? Il semble que l'environnement des personnes influe de façon non négligeable, sinon primordiale, sur leur accès aux droits sociaux et aux services de soins. Quels effets entraînants d'une part, quels freins d'autre part, l'environnement provoque-t-il sur l'accès au système de santé ? L'étude de l'organisation sociale, dans et autour du foyer, prend une large place dans ce mémoire car elle semble être une cause centrale du non recours aux soins : selon la façon dont est organisé l'environnement autour des résidents, le non recours est tantôt accentué, tantôt atténué. Il s'agira donc de déceler dans le cadre de vie des résidents de foyer (et sans perdre de vue l'histoire qu'ils ont en eux), les éléments susceptibles de faciliter l'accès aux soins et les éléments qui risquent au contraire d'entraver l'accès à la santé.

## C. Objectif et plan de l'étude

Parler de précarité en matière de santé, c'est avant tout parler de production des inégalités et de processus de fragilisation en général, tant les conditions de santé sont le résultat de ces phénomènes. Après avoir exposé la méthode de travail suivie pour mener la recherche ici présentée, le repérage des caractéristiques communes du parcours des immigrés maghrébins arrivés en France entre les années 1950 et les années 1970 apportera quelques éléments indispensables pour faire connaissance avec le public ciblé par l'étude : leurs origines ancrées dans la même terre, la même culture, et l'histoire de leur immigration commune, permettront de mieux comprendre ce qui a pu créer leur comportement de retrait par rapport au système de santé français. Un éclairage de leur situation sanitaire actuelle précisera en parallèle la réalité sociale que ce mémoire étudie. Il s'agira donc enfin d'analyser les causes du non recours aux droits et services de santé par cette population, en deux phases : d'abord les causes liées aux parcours et au modes de vie des résidents maghrébins âgés de foyer, puis les causes liées aux services médico-sociaux et à leur fonctionnement.

L'objectif de cette recherche est bien de mettre en évidence les éléments déterminants du non recours à certains soins et à certains volets de la protection sociale par les hommes immigrés âgés de plus de 55 ans, originaires du Maghreb et résidant en foyer d'hébergement type Adoma (ex-Sonacotra)<sup>4</sup>. Des sociologues, des responsables associatifs et des gestionnaires de structures d'hébergement se sont déjà penchés sur la question et ont dégagé quelques éléments d'analyse<sup>5</sup> qui seront diffusément repris dans cette étude. Les résultats de diverses enquêtes qualitatives, menées dans différentes régions de France (Bourgogne, Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA) seront croisés avec ceux de l'enquête de l'année 2007, réalisée pour ce travail de mémoire auprès des foyers de l'agglomération grenobloise. Pour étayer les observations de terrain, le recours à des travaux issus de la recherche scientifique s'avèrera également enrichissant. Anthropologues, ethnologues ou plus spécifiquement ethnopsychiatres et autres chercheurs spécialisés sur les questions de migrations et de santé, apportent des analyses précieuses pour mieux comprendre les ressorts du phénomène de non recours aux soins par les immigrés âgés.

---

<sup>4</sup> La SOciété NAtionale de COnstruction pour les TRavailleurs Algériens a changé de nom en 2007, à l'occasion de son cinquième anniversaire : elle s'appelle désormais Adoma, du latin "ad" qui signifie "vers", et "domus", "la maison".

<sup>5</sup> Eléments d'analyse retranscrits par HALLOUCHE Omar et BONNARDEL Angélique, *Rapport recherche action santé/vieillesse : Comment prendre en charge les problèmes de santé des immigrés âgés vivant en foyer ARALIS dans le cadre du dispositif gérontologique ?*, Lyon, juin 2004.

## **II. METHODE ET DEROULEMENT DE LA RECHERCHE**

### **A. Présentation des phases de travail**

Pour mener l'étude sur les comportements de recours et non recours aux droits et services de santé par les hommes âgés de plus de 55 ans, originaires du Maghreb et immigrés en France, résidant en foyer d'hébergement, l'élaboration d'un calendrier de travail s'impose.

Trois phases essentielles se dégagent alors : d'abord l'exploration documentaire du sujet, afin de prendre connaissance des principaux enjeux du thème étudié, d'en comprendre les évolutions jusqu'à aujourd'hui, de voir sous quels angles la question avait déjà été abordée ; ensuite l'enquête de terrain, visant à *faire parler* les personnes dont on se propose d'analyser la situation, ainsi que les professionnels directement liés au sujet ; enfin l'analyse et la synthèse des résultats obtenus pendant l'enquête, croisés avec les idées émanant de la littérature scientifique.

### **1) Enquête exploratoire et définition du sujet de recherche**

#### ***a. Etude des travaux existants***

##### ***i. L'émergence récente de la problématique du vieillissement des immigrés***

La première phase de travail s'est concentrée sur l'étude des travaux déjà parus sur le thème du vieillissement des personnes immigrées en France après la Seconde guerre mondiale. Il est apparu, au cours de ces lectures préliminaires, que si le fait social du vieillissement de l'immigration est ancien, il émerge aux yeux et à la conscience des acteurs comme un phénomène nouveau, car l'évolution démographique actuelle le met en évidence.

Trois dimensions sont à prendre en compte pour comprendre le soulèvement de la problématique aujourd'hui. Tout d'abord, la population vieillissante originaire du Maghreb s'accroît, révélant la vague migratoire des années 1950-1960. Dans le même temps, la condition immigrée se fragilise, en raison essentiellement de la crise économique et sociale : le passage à la retraite s'avère alors difficile pour des personnes qui, souvent, cumulent les handicaps. Enfin, l'une des caractéristiques de l'immigration vieillissante aujourd'hui est d'être essentiellement masculine et d'avoir été accueillie et logée dans les foyers de travailleurs migrants (FTM).

La transition vers la retraite et vers la vieillesse ne semble pas suivre pour cette population immigrée vieillissante résidant en foyers les mêmes paliers que pour ceux empruntés par les Français dits "d'origine". Leur effectif augmente dans les structures d'hébergement

initialement conçues comme des résidences pour travailleurs migrants. La question du vieillissement des anciens travailleurs maghrébins, souvent en situation précaire et hébergés en foyer, apparaît donc à la fois comme une question d'actualité et d'avenir.

*ii. Evolution des effectifs de résidents immigrés âgés dans les foyers*

Il ressort des données statistiques parues sur le nombre d'immigrés de plus de 55 ans résidant en foyer une nette tendance à la hausse. Le nombre de résidents âgés dans les foyers augmente continuellement depuis une dizaine d'années et l'on s'attend à ce que la situation s'accroisse considérablement d'ici 2010-2020.

Les chiffres issus des recensements généraux de la population sont éloquentes : alors qu'entre les deux derniers recensements, le nombre total de résidents a baissé de 22,7% (95.000 en 1990 contre 73.500 en 1999), celui des 60 ans et plus a plus que doublé (10.150 en 1990, 21.000 en 1999, soit une augmentation de 107%)<sup>6</sup>. Cette montée massive du vieillissement des résidents en FTM est également vérifiée dans les statistiques du gestionnaire le plus important, Adoma : sur un effectif à peu près constant de 64.000 résidents, les 60 ans et plus sont passés de 7% en 1990 à 27,7% en 2001 et 33% en 2005. Parmi ces résidents âgés de 61 ans et plus en 2001, 85% sont originaires du Maghreb, notamment d'Algérie. En 2001, Adoma héberge donc plus de 4.000 résidents âgés de 70 ans et plus, ce qui souligne l'actualité du phénomène.

Selon les différentes analyses et travaux prospectifs sur la pyramide des âges, ce phénomène de vieillissement ira en s'accroissant dans les prochaines années. A partir d'études prospectives, Adoma a montré que le phénomène du vieillissement des résidents, déjà sensible actuellement, allait culminer dans les années 2010-2020 : toutes choses égales par ailleurs, plus de la moitié de ses résidents (55,4%) seront âgés de plus de 55 ans en 2011 contre 42,8% en 2001, et seulement 7% en 1990 !

***b. Apparition progressive de la problématique de recherche***

L'acuité du phénomène étant avérée, le premier ressort de l'étude restera axé sur le vieillissement des résidents de foyer immigrés. Or le vieillissement se caractérise par la détérioration progressive des fonctions de l'organisme au cours du temps. La santé est donc très étroitement liée à l'avancée en âge. A partir de ce constat premier, il paraît logique d'approcher la thématique du vieillissement des résidents de foyer du point de vue sanitaire. Reste à préciser la problématique. Il a d'abord été question d'étudier la santé des personnes immigrées vieillissantes en général. L'intention était d'étudier la maladie et la santé en tant que

---

<sup>6</sup> Données de l'INSEE, 1999.

représentations subjectives des individus : comment chacun définit une “bonne santé” et quelles sont les influences de la culture d’origine, de l’émigration et de l’immigration, sur cette perception de la santé ? La démarche compréhensive s’est imposée d’elle-même comme la méthode par laquelle le sujet serait traité.

Enquêter à la fois auprès des résidents de foyer et auprès de ceux qu’on appelle les habitants du “diffus” semblait peu réalisable compte tenu des délais impartis, du fait de la difficulté à localiser les logements de ville dans lesquels vivent des personnes immigrées âgées. La population cible s’est, par souci de faisabilité, réduite aux résidents de foyers. Ces résidents étant quasiment tous des hommes, l’étude s’est du même coup resserrée sur un public masculin. Puisqu’il s’agissait dès lors de considérer la santé des hommes âgés immigrés en France et hébergés en foyer, la logique voulait que l’on recherche un dénominateur commun à toutes ces personnes dans leur rapport à la santé.

Les points communs aux locataires des chambres de foyer âgés tiennent essentiellement à leur parcours de vie. Les personnes immigrées qui ont aujourd’hui plus de 55 ans et logent dans un foyer d’hébergement sont en grande majorité des Maghrébins arrivés en France après la seconde guerre mondiale (puisque des bureaux d’immigration avaient été mis en place à l’époque dans les colonies pour recruter la main d’œuvre nécessaire à la reconstruction de la métropole). Ils ont tout de suite été logés dans des FTM, rapidement construits pour répondre au besoin de logement accru justement par cette vague d’immigration organisée. Année après année, décennie après décennie, ces travailleurs sont restés dans leur foyer (ou parfois en ont changé, lorsque leur parcours professionnel les a menés dans une autre région de France). Partis seuls de leur pays, ils ont vécu seuls sur la terre d’accueil. La métropole a eu recours à leur force de travail pour se rétablir des dégâts de la guerre ; eux sont allés chercher de l’autre côté de la Méditerranée un salaire pour améliorer la situation économique de leur famille. Partant de cet objectif, ils envisageaient leur séjour en France comme un exil temporaire, quelques années de travail pour constituer un pécule financier avant de s’en retourner à la terre d’origine et ses racines (la famille bien sûr, mais aussi le mode de vie, le climat, les odeurs du pays, la structure de leur société et son fonctionnement).

Quand on est là pour gagner de l’argent, on fait du travail la priorité absolue du quotidien. Une journée chômée est une journée perdue. Toute faiblesse du corps est alors perçue comme un obstacle à l’enrichissement escompté, puisqu’une défaillance physique altère l’aptitude au travail. Ce raisonnement placé au fondement de leur logique comportementale, les travailleurs immigrés ont, presque inconsciemment semble-t-il, relégué au dernier plan de la conscience leurs douleurs corporelles. Ne pas prendre en compte les souffrances du corps, les

nier même, jusqu'à ne plus les ressentir, permettait à ces hommes de continuer à travailler en toutes circonstances et donc de poursuivre l'objectif de leur séjour. De là émerge une caractéristique commune aux résidents de foyer âgés originaires du Maghreb : l'occultation des questions de santé tout au long de la vie active. Qui ferme les yeux sur la maladie ne cherche pas à se soigner. La littérature scientifique sur le sujet confirme l'absence (ou du moins la très faible présence) des travailleurs migrants dans les dispositifs sanitaires.

Une fois les années de travail écoulées, que devient le rapport à la santé ? Se transforme-t-il, laissant s'exprimer les douleurs si longtemps refoulées, ou reste-t-il le même, l'habitude du non recours aux droits et services de santé s'étant incrustée dans l'être au point de ne plus éveiller le questionnement ? L'axe de recherche s'est esquissé autour de cette interrogation. L'étude analyse donc les comportements de recours et non recours aux droits et services de santé par les hommes âgés de plus de 55 ans, originaires du Maghreb et immigrés en France, résidant en foyer d'hébergement.

## **2) Ciblage d'un public précis et choix du terrain**

La problématique dessinée, il convient de définir un public précis pour l'enquête, de sorte à ce que l'étude reste bien ciblée sur la question centrale et que le choix du public et du terrain d'investigation soient accessibles (pour la faisabilité de l'étude) et représentatifs (pour la cohérence de la recherche).

### ***a. Définition du public***

#### *i. Une étude centrée sur des hommes...*

D'une part, le public des foyers de travailleurs migrants et des résidences sociales est aujourd'hui, pour sa quasi-totalité, un public masculin (sur les 63.770 résidents des 455 foyers Sonacotra recensés en France en 2005, seulement 6% sont des femmes)<sup>7</sup>.

D'autre part, parmi les immigrés installés en France en 2004-2005 (4,9 millions dont 1,5 million d'origine maghrébine), les hommes sont plus nombreux que les femmes dans la tranche d'âge des 45-70 ans. Concernant les Maghrébins, même si le regroupement familial a permis à certaines femmes de rejoindre leur mari en France, elles sont en moyenne de vingt ans plus jeunes que leur mari.

Pour traiter la question du rapport des vieux immigrés au système de santé français sous son aspect le plus actuel, la recherche se centre donc sur les *hommes*, maghrébins vieillissants.

---

<sup>7</sup> Chiffres diffusés par la Sonacotra : <http://www.sonacotra.fr/in-quilog.html>.

### *ii. Agés...*

On désigne par vieillesse à la fois « la période de la vie pendant laquelle l'organisme se transforme (processus de vieillissement) et la vitalité fléchit », et à la fois « l'état physique et moral qui caractérise cette période »<sup>8</sup>. Le vieillissement résulte d'une évolution des caractéristiques physiques (la santé), psychologiques (le comportement, l'environnement), et sociales (rôle économique, position sociale...) d'un individu. Cependant pour des raisons pratiques, on s'accorde à déterminer un seuil à partir duquel les individus entrent dans la vieillesse. Dans le domaine des statistiques, l'âge de 65 ans (âge légal de la retraite jusqu'en 1982) est encore aujourd'hui retenu comme palier. C'est à cet âge que le taux d'activité baisse de façon très significative, permettant de repérer les retraités mais regroupant en une même catégorie des profils très différents.

Pour la population des travailleurs immigrés, on observe que le vieillissement est précoce et qu'il s'installe avant le cap de la retraite. Ouvriers en plus grande proportion que la moyenne nationale, moins qualifiés, plus touchés par la crise économique, plus incités à la préretraite, plus souvent touchés par le chômage et ayant très peu de possibilités de retrouver un travail après 50 ans, les immigrés peuvent entrer dans l'inemployabilité entre 50 et 60 ans.

L'étude identifie donc comme « *âgés* » les immigrés maghrébins de 55 ans ou plus.

### *iii. Immigrés...*

Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Certains immigrés ont pu, après quelques années de résidence, acquérir la nationalité française. D'autres sont restés étrangers. Tout étranger en France n'est donc pas nécessairement un immigré (puisqu'on peut naître étranger en France) et réciproquement, tous les immigrés ne sont pas forcément des étrangers (puisque certains ont acquis la nationalité française)<sup>9</sup>.

Les confusions entre ces deux populations sont fréquentes. Il convient donc de bien rappeler que cette étude s'intéresse aux *immigrés*.

### *iv. Maghrébins...*

Tous les immigrés résidant sur le territoire français n'entrent pas dans le cadre de la recherche. Les deux premiers pays d'émigration vers la France sont, *ex-aequo*, le Portugal et l'Algérie : plus de 13% des immigrés installés en France sont originaires de l'un de ces deux

---

<sup>8</sup> Définitions du Petit Robert, édition 1970.

<sup>9</sup> Définitions de l'INSEE, décembre 2004.

pays. Les ressortissants du Maroc, représentant 12% des immigrés, arrivent en troisième position. Globalement, 30% des immigrés en France sont originaires des pays du Maghreb, et leur proportion est légèrement plus importante encore en région Rhône-Alpes. Les natifs d'Algérie (17,8% des immigrés rhônalpins contre seulement 13,3% du total des immigrés résidant en France) sont particulièrement surreprésentés sur ce territoire<sup>10</sup>.

Cette recherche porte donc sur les individus originaires d'Algérie, du Maroc et de Tunisie, les trois pays du "Couchant" nord-africain<sup>11</sup>.

#### v. *Résidant en foyer.*

Arrivés en France pour la plupart après la seconde guerre mondiale, ces hommes venaient d'abord pour reconstruire la métropole. Ils espéraient pouvoir gagner assez d'argent pour aider leur communauté d'origine. L'après-guerre étant marqué par une pénurie de logements, l'État français a créé en 1956 la Sonacotral (Société Nationale de Construction pour les Travailleurs Algériens), pour régler le problème de l'habitat des jeunes "indigènes". Ces centres d'hébergement étaient conçus pour l'accueil temporaire d'hommes actifs ; ils n'étaient pas prévus pour recevoir de vieilles personnes retraitées.

Les immigrés représentent 53% de la population des foyers en 1999 (ce sont à 96% des hommes et à 94% des étrangers ; 27% ont plus de 60 ans). 75% des effectifs de ces foyers sont aujourd'hui encore des ressortissants du Maghreb (en région Rhône-Alpes du moins)<sup>12</sup> et plus de la moitié d'entre eux ont dépassé l'âge de 55 ans. Le but étant d'analyser le comportement des immigrés maghrébins âgés face aux droits et services de santé, et la majorité de ces hommes résidant en foyer d'hébergement, l'étude se concentre logiquement sur les personnes hébergées en *foyer*.

#### b. *Délimitation du terrain d'enquête*

Dans le cadre d'un stage à l'Observatoire des Discriminations et des Territoires Interculturels (ODTI), en charge d'une partie de l'organisation de la maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (MOUS) lancée au foyer Adoma Francis Jammes dans le quartier Beauvert de Grenoble, le travail en coordination avec la chargée de mission détachée sur le site a facilité l'accès au terrain.

Près de 90% des locataires du foyer Francis Jammes sont âgés de plus de 55 ans, et

---

<sup>10</sup> INSEE, *Atlas des populations immigrées en Rhône-Alpes*. Dossier n°150. Juin 2005.

<sup>11</sup> Le nom "Maghreb" provient de l'arabe *Al-Maghrib*, qui signifie « le Couchant » (ou « l'Occident »), en raison de la position occidentale de cette région par rapport au monde arabe. Il s'oppose au Machrek (le *Levant*), qui désigne l'Orient arabe, de l'Égypte à l'Irak et à la péninsule arabique.

<sup>12</sup> INSEE, *Atlas des populations immigrées en Rhône-Alpes*, "Conditions de vie". Dossier n°150. Juin 2005.

parmi eux la quasi-totalité sont des hommes originaires d'un pays du Maghreb. L'étude a donc été menée auprès de ces résidents, les entretiens se déroulant tantôt dans un bureau du foyer, tantôt dans la cour devant les bâtiments.

### **3) Enquête approfondie**

La question centrale étant posée, reste à déceler au cœur de la problématique les points pivots autour desquels se centrerait la recherche. Pour identifier les questions fortes, une seconde phase de documentation s'est ouverte, portant sur les thèmes phares de la question retenue : le phénomène de recours ou non recours aux soins de santé, incluant la compréhension du système sanitaire français ; la migration des Maghrébins après 1945 : son histoire, ses causes, ses conséquences ; le phénomène et les définitions du non recours, dans une vision plus large que le seul rapport à la santé...

#### ***a. Un public et un phénomène difficiles à cerner***

Des difficultés quant à la définition précise du public se sont alors présentées. D'abord, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, la notion d'"étranger" est différente de celle d'"immigré" (un étranger étant une personne née à l'étranger et n'ayant pas acquis la nationalité du pays où elle réside, alors qu'un immigré, s'il est également né à l'étranger, peut avoir acquis la nationalité du pays où il réside : on peut donc être immigré sans être étranger, de même que l'on devient étranger sitôt que l'on franchit les frontières de son pays natal, sans pour autant émigrer). Or les données disponibles recourent tantôt à la première notion, tantôt à la seconde. Les statistiques existantes font référence parfois à la nationalité, parfois à l'origine géographique ou au pays d'origine. Ensuite, elles marquent la césure de l'âge à 55 ans, 60 ans, ou 65 ans. Enfin, les statisticiens eux-mêmes doutent de l'entière fiabilité des chiffres issus des recensements généraux de la population. C'est dire que les chiffres avancés doivent être abordés avec précaution.

Le problème du non recours ensuite, puisqu'il se définit par l'absence de manifestation auprès des prestataires de droits et services, se heurte également à une difficulté d'appréhension : comment repérer et contacter des personnes qui, de fait, ne figurent pas dans les fichiers administratifs du système sanitaire ?

#### ***b. Approche anthropologique et psychosociologique***

Dans une démarche avant tout compréhensive, la priorité est donnée à l'aspect qualitatif de la recherche, plutôt qu'à une exigence en terme de quantité. L'approche choisie met davantage l'accent sur la dimension psychosociale et anthropologique du phénomène que sur

l'analyse ethnologique. Bien qu'étiqueté "immigré" et "maghrébin", le public de l'étude est avant tout considéré comme usager des droits et services de santé, puisque c'est son rapport au système de soins qu'il s'agit de comprendre. Si l'origine ethnique et culturelle détermine en partie le rapport au corps, à la spiritualité, et, partant, à la santé, il serait réducteur de n'aborder la problématique du rapport aux soins que par ces aspects. Cela insinuerait que le non recours aux droits et services de santé n'est dû qu'à des facteurs personnels. « L'approche culturaliste, qui a l'intérêt d'épargner les institutions, explique plus clairement Didier FASSIN<sup>13</sup>, demande cependant à être repensée, car c'est davantage de la conception du contrat social global de la cité que de l'altérité de ces citoyens issus de l'immigration que relève la question de la santé des migrants. »

### *c. La conception de la santé*

#### *i. Refus de la nosographie traditionnelle de la santé des migrants*

Il est temps maintenant de préciser la conception de la santé sur laquelle se base la recherche. Dans le domaine médical, le migrant est traditionnellement considéré à la fois comme porteur de risque et comme nécessitant une prise en charge particulière, du fait de sa supposée différence. On distingue trois types d'affection chez les personnes immigrées<sup>14</sup>. La « pathologie d'importation » correspond aux maladies, notamment parasitaires, mais aussi héréditaires, que l'émigré "emporte" avec lui. La « pathologie d'acquisition » reflète les conditions environnementales nouvelles dans lesquelles l'immigré se retrouve inséré et qui favorisent le développement de maladies infectieuses aussi bien que cardio-vasculaires. La « pathologie d'adaptation » traduit les difficultés rencontrées dans la confrontation avec la société d'accueil, à commencer par des troubles psychiques revêtant des formes singulières et justifiant des prises en charge particulières.

S'il présente l'évidence de la simplicité, un tel raisonnement n'en est pas moins problématique. Il isole un secteur de la médecine qui justifierait une pratique spécifique. Il constitue le corps du migrant en vecteur et récepteur passif de maladies. Il aboutit à représenter, voire à nommer, les étrangers comme un "groupe à risque" du point de vue de la santé publique, au sens d'un risque pour les autres (contamination potentielle) et d'un risque pour eux-mêmes (impossible intégration). Cette double logique de discrimination (avec une clinique à part) et de naturalisation (avec son inscription corporelle), a longtemps empêché de penser les questions de santé autour de l'immigration. « Les réalités démographiques changent, explique

---

<sup>13</sup> FASSIN Didier, *Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration*, in *Hommes & Migrations* 1225, mai-juin 2000.

<sup>14</sup> Idem.

Didier FASSIN, et avec elles leur traduction épidémiologique : aujourd'hui par exemple, le paludisme est, en France, plus un problème pour les touristes que pour les immigrants. Le modèle traditionnel de la santé des migrants s'appuie sur une nosographie trop simple. Qu'est-ce qui, dans les sociétés contemporaines, se joue autour du corps, de la maladie, de la souffrance, dans leur rapport à l'immigration ? »

Dans la mesure où l'on rejoint ce raisonnement de départ, il est important d'étudier non seulement le parcours particulier des immigrants et son influence sur leur santé, mais aussi l'évolution et l'actualité de la problématique sanitaire de ces personnes, installées depuis plusieurs décennies dans la société française. Quel rapport les migrants vieillissants entretiennent-ils avec le système de santé du pays d'accueil et à quels déterminants peut-on imputer leurs comportements à l'égard des dispositifs de soins ?

#### *ii. La santé définie dans son acception large*

Si l'on a une conception des besoins fondamentaux strictement réduite à l'alimentation, l'habillement et le logement, l'analyse des problématiques de santé ne sera pas la même que si l'on part du principe que les besoins fondamentaux recouvrent aussi une dimension psychosociale. Bien que la fin poursuivie soit la même (amélioration de l'état de santé des patients), on n'agit pas de la même façon pour y parvenir si l'on ne conçoit pas la réalité à partir des mêmes présupposés, et on n'explique pas les phénomènes sanitaires et sociaux suivant la même grille d'analyse. Or, la façon dont on appréhende un problème (l'accès aux soins) détermine la compréhension des causes, et, partant, des solutions. « Selon les bases anthropologiques sur lesquelles on s'appuie, explique un médecin grenoblois, la perception des besoins individuels varie et les choix d'actions ne seront par conséquent pas les mêmes ».

On a choisi dans cette étude de reprendre la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : la bonne santé n'est pas une simple absence de maladie, mais un état de complet bien-être physique, social et mental. Cela implique l'existence d'états intermédiaires tels que la fatigue, la souffrance, qui ne sont pas des maladies mais constituent dans le champ de la santé des obstacles au bien-être.

#### ***d. L'enquête de terrain***

##### *i. Préparation des questionnaires et des grilles d'entretien*

Pour préparer la phase d'enquête, il convenait de dresser des grilles d'entretien et des questionnaires destinés au public et aux professionnels que l'on projetait d'interroger. Ces

grilles d'entretien ont été construites à partir des questions clés ressorties de l'exploration documentaire et en suivant les aiguillages des tuteurs de recherche. Les conseils d'un chercheur anthropologue habitué à s'entretenir avec un public en situation d'immigration ont également été précieux pour organiser les questionnaires.

### *ii. Les entretiens avec les résidents*

Les vieux migrants rencontrés au cours de l'enquête sont pour la plupart en fin de droits, chômeurs, Rmistés, préretraités ou retraités. Pour la plupart, ce sont des hommes mariés dont la femme et les enfants sont restés au pays. Contrairement à l'espoir qu'ils nourrissaient lors de leur arrivée en France, d'aller vieillir sur leur terre d'origine au terme de leur activité professionnelle, nombreux sont ceux qui sont restés et n'ont jamais quitté le foyer qui les a accueillis depuis le début de leur séjour en France. Ils continuent donc à vivre seuls -ou du moins sans famille- par choix ou par contrainte.

Conformément aux recommandations du chercheur consulté, mieux valait commencer par des questions certes pas impersonnelles, mais au moins pas intimes : des questions sur l'origine de la personne auditionnée, ses revenus, son mode de vie (fréquence et durée des séjours au pays...). La confiance s'établissait ainsi progressivement, et les questions directement relatives au rapport aux soins n'étaient abordées que lorsque l'interlocuteur avait acquis l'assurance que sa parole ne serait pas jugée<sup>15</sup>.

L'objectif de l'enquête de terrain était non seulement de les interroger sur leur parcours (professionnel, résidentiel, sanitaire) mais aussi de chercher à comprendre, à travers ce qu'ils disaient, les motivations de leurs choix, le socle de leurs représentations et de leur rapport aux soins de santé. Aussi les entretiens avec eux se basaient-ils sur une grille de questions, d'abord assez directives (parcours, situation économique, droits de protection sociale ouverts...), puis de plus en plus ouvertes (« Pourquoi avez-vous choisi ce médecin ? », « Pourquoi n'allez-vous pas consulter lorsque vous avez mal quelque part ? »...). En procédant de cette manière, les personnes, mises en confiance par le début du dialogue fluide et simple, acceptaient en général d'aborder ensuite les thèmes plus larges et plus subjectifs dont traitaient les dernières questions.

### *iii. Rencontre de professionnels de santé*

Une dizaine de professionnels de santé ont également été rencontrés : médecins, infirmiers. Ils ont été choisis en fonction de la correspondance entre leur patientèle et le public

---

<sup>15</sup> Cf. « Grille d'entretien avec les résidents » en annexe.

ciblé par la recherche. Les médecins des centres de santé situés à proximité des foyers d'hébergement connaissant particulièrement bien la problématique des immigrés vieillissants, ils ont su apporter un éclairage précieux à la question centrale de l'étude. Hormis quelques questions statistiques, les entretiens avec le personnel soignant n'ont absolument pas été directifs<sup>16</sup>. Il s'agissait de leur exposer l'objet de la recherche et de les laisser présenter librement leur analyse du phénomène de non recours aux soins, à partir de leur expérience professionnelle et des échanges qu'ils ont avec leurs collègues. Bien que des éléments communs aient été relevés par toutes les personnes enquêtées, chaque lecture proposée avait une particularité, certains insistant sur les causes économiques du renoncement aux soins, d'autres soulignant le poids de l'héritage culturel pour expliquer la négation de la maladie par les patients d'origine maghrébine... D'autres facteurs explicatifs ont été avancés, mais il ne s'agit pas de les lister exhaustivement. Le but ici est simplement d'exposer la démarche de travail, pour mettre en relief la logique suivie au long de la recherche.

#### *iv. Questionnaires aux gestionnaires de foyer*

Puisque l'étude avait pour sujet les résidents âgés de foyers Adoma, on n'aurait pu faire l'économie de rencontres avec les gestionnaires de ces foyers sur l'agglomération grenobloise. L'enquête a davantage procédé par questionnaires que par entretiens avec les responsables de foyers car on voulait, auprès d'eux, cerner la population quantitativement. Il était nécessaire en effet de pouvoir établir quelques statistiques sur le vieillissement des résidents maghrébins dans les foyers de l'agglomération grenobloise, et notamment au foyer Francis Jammes, terrain d'enquête privilégié.

Les questionnaires élaborés ayant plus une visée quantitative que qualitative, les questions étaient plus fermées que pour les résidents ou professionnels de santé<sup>17</sup>. On se renseignait sur les droits sociaux perçus par les résidents, leurs ressources, la présence ou non de dispositifs sanitaires dans le foyer, la fréquence des éventuelles campagnes de prévention de maladies... On remarque d'ailleurs que les directeurs de foyer ne sont pas forcément à leur poste depuis très longtemps et qu'ils ne connaissent pas nécessairement la situation sanitaire de leurs locataires. Des entretiens ouverts avec eux, sur le vaste thème du rapport aux soins des résidents âgés, auraient risqué de ne pas apporter beaucoup d'informations.

Ce n'est qu'en fin d'entretien que l'on demandait aux directeurs des structures ce qu'ils avaient pu observer du comportement des résidents âgés face à leur santé. Dans les cas où un

---

<sup>16</sup> Cf. « Grille d'entretien avec les professionnels de santé » en annexe.

<sup>17</sup> Cf. « Questionnaire pour les gestionnaires de foyer Adoma » en annexe.

phénomène de non recours aux droits et services était remarqué, l'interprétation du questionnaire était sollicitée afin d'apporter un éclairage, même incomplet, même subjectif, voire partial. L'intérêt est en effet de croiser ces interprétations avec celles des chercheurs, des professionnels de santé, et avec les témoignages des résidents eux-mêmes.

#### *v. L'apport des personnes "ressources"*

Parallèlement à ces trois grands groupes de personnes (résidents, professionnels de santé, gestionnaires de foyer), quelques personnes ressources ont également été rencontrées : un juriste spécialisé dans les questions d'accès aux droits des étrangers et des immigrés, une assistante sociale travaillant particulièrement avec ce public, un anthropologue spécialiste des questions de migrations... Face à ces interlocuteurs, les questions étaient relativement ouvertes, chacun s'exprimant ainsi sur les aspects qui lui paraissait essentiels pour expliquer le rapport à la santé des Maghrébins vieillissant en foyer d'hébergement en France. Il était attendu que les problèmes soulevés par le juriste relèvent de la complexité législative, tandis que l'assistante sociale pointerait les lenteurs administratives et l'anthropologue s'attarderait sur les aspects sociologiques, culturels, voire psychologiques du phénomène. Loin d'être contradictoires, ces différentes analyses se sont mutuellement enrichies, leur croisement permettant de broser un schéma relativement complet des mécanismes du non recours aux soins par les hommes immigrés âgés.

## **B. Déroulement de l'enquête**

Si l'étude a pu être menée globalement dans de bonnes conditions, on ne peut nier les difficultés rencontrées. Donnons donc un aperçu d'une part des éléments qui ont entravé ou ralenti la recherche, d'autre part des facteurs qui ont facilité sa réalisation.

### **1) Difficultés rencontrées**

#### *a. Pour obtenir des entretiens*

Les professionnels de santé sollicités pour participer à l'étude étaient difficilement disponibles du fait d'un emploi du temps chargé. Parallèlement, une partie non négligeable des résidents ne sont pas venus au rendez-vous fixé pour l'entretien.

Mais dans un cas comme dans l'autre (disponibilité limitée des soignants et absence des résidents aux rendez-vous), la difficulté rencontrée à l'occasion du travail d'étude n'est que

l'écho du problème justement traité : approchant un public statistiquement peu mobilisé sur les questions de santé, quoi de plus logique que de constater que les rendez-vous -explicitement présentés comme des questionnaires relatifs à la santé !- ne soient pas honorés ? Et après avoir mesuré dans la littérature scientifique l'étendue des problèmes médicosociaux des populations retenues pour la recherche, ne devait-on pas s'attendre à trouver face à soi des médecins et des infirmiers surchargés de travail ? D'autant que les soignants contactés pour l'enquête interviennent essentiellement auprès de ce public précaire ; autrement dit auprès d'un public qui demande beaucoup de temps et un investissement considérable.

### ***b. Pour dialoguer sur la question de la santé***

On remarque ensuite que beaucoup de résidents s'expriment difficilement en français : ce qui fait obstacle à l'accès aux soins<sup>18</sup> entrave également la conduite des entretiens.

Dans le même sens, certaines personnes expriment de l'inquiétude ou une réticence à s'exprimer face aux questions relatives au rapport au corps. La santé de chacun relevant du domaine privé, voire intime, il est aisé de comprendre la réserve des personnes les plus pudiques à évoquer ouvertement leur conception du bien-être physique, moral et spirituel, et leur relation aux personnels soignants.

## **2) Eléments ayant facilité le travail**

### ***a. L'accès au terrain***

Comme mentionné précédemment, l'ODTI, impliqué dans la MOUS du foyer Francis Jammes de Grenoble, a permis l'accès à un terrain des plus opportuns. Sans l'entremise de la chargée de mission détachée sur le site Adoma de Beauvert, l'organisation des entretiens avec les résidents de foyer aurait été à l'évidence beaucoup plus difficile, voire compromise.

Il est intéressant ici de noter le pouvoir de la médiation et de la coordination, car on le retrouvera plus tard comme une variable centrale du suivi médical des patients. De même que l'entrée sur le terrain d'enquête a été grandement facilitée par l'intervention d'une personne déjà en exercice sur le site, de même l'étude donnera bientôt à voir l'importance des relations interprofessionnelles et le rôle de la coordination dans l'atténuation des facteurs dissuasifs du recours aux droits et services de santé par les résidents maghrébins âgés.

---

<sup>18</sup> Cf. « IV. Les causes du non recours aux droits et services de santé par les immigrés vieillissants ».

### ***b. Des rendez-vous “en cascade” avec les professionnels***

Si les premiers rendez-vous avec les professionnels ont été compliqués à obtenir, les suivants se sont en revanche enchaînés de manière plutôt fluide. A la fin de chaque entretien ou presque, de nouveaux contacts ont pu être pris avec des collègues de la personne interviewée. C’est finalement en sollicitant le réseau de chacun des soignants rencontrés que les entretiens ont pu se multiplier.

Ici encore, sans l’entremise des professionnels de santé eux-mêmes, l’obtention de nouveaux rendez-vous avec d’autres soignants aurait été compromise. En appelant de la part d’un collègue voire d’un ami, on parvient plus facilement à faire accepter à son interlocuteur l’idée de consacrer une part de son temps à cette étude.

### ***c. “L’informalisation” des entretiens avec les résidents***

Le problème des rendez-vous annulés par les résidents a été résolu en substituant aux entretiens formels prévus à l’avance, des discussions informelles dans le jardin du foyer. Probablement plus à l’aise sur un banc dans la cour devant chez eux que sur une chaise dans un bureau qui ne leur est pas familier, les résidents se sont exprimés plus ouvertement lors des dialogues “spontanés” que lors des rendez-vous convenus.

A l’extérieur, les discussions se font davantage en petits groupes qu’en tête-à-tête, si bien que la parole des uns délie la langue des autres et que les résidents qui maîtrisent le mieux la langue française traduisent ce que disent leurs compatriotes arabophones. L’effet d’entraînement de l’entretien semi-collectif a en ce sens considérablement servi la réussite de l’enquête auprès du public des foyers d’hébergement.

### **III. PRESENTATION DU PUBLIC ET DE SON RAPPORT AUX DROITS ET SERVICES DE SANTE**

La plupart des Maghrébins venus en France étaient volontaires pour le voyage. Ils avaient des caractéristiques communes : la ruralité, la jeunesse, l'analphabétisme, la vigueur.

Ils avaient pour objectif de gagner de l'argent pour l'envoyer à leur famille au pays puis, ceci accompli, retourner dans leur communauté d'origine pour retrouver leurs racines.

#### **A. Origines, parcours et mode de vie similaires**

##### **1) Déracinement initial**

Ces hommes ont quitté leur pays pour échapper à la misère, laissant derrière eux leur famille. Leur émigration n'est pas un choix personnel. Les entreprises françaises sont allées chercher la main d'œuvre. Les travailleurs étaient choisis sur des critères de résistance physique (par souci "d'adaptation" aux tâches qui les attendaient en métropole) et de niveau d'instruction (faible si possible, car les métiers qu'ils devraient exercer en France ne requerraient pas de diplômes intellectuels et les employeurs auraient de plus amples marges de manœuvre avec des salariés illettrés). Les familles désignaient celui qui allait partir faire fortune. L'exil n'était envisagé que comme temporaire. Ce mouvement ne touche au début que les jeunes hommes sans qualification, sans formation, sans emploi ; on peut y voir une forme d'émigration du désespoir.

Plus contrainte que voulue au départ, et moins acceptée que tolérée à l'arrivée, la migration est donc en tant que telle une cause de souffrance. D'autant plus que cette immigration porte en elle des particularités historiques (colonisation), sociales (taux de "célibatariés" important, précarité), culturelles (musulmane) etc., qui n'ont pas été prises en compte pendant des décennies (le sont-elles d'ailleurs vraiment aujourd'hui ?). L'idéal modelé par l'Occident (idéal économique, mais aussi esthétique) est devenu dominant. Mais longtemps, la civilisation, l'apparence humaine affinée, fut le modèle moyen-oriental ou africain du Haut-Nil ou des royaumes sahariens. Ces modèles ont eu des dizaines de milliers d'années pour imprégner ce qu'on appelle le "goût". Du fait notamment du développement des moyens de communication, un autre modèle s'est dressé. Les Arabes sont subjugués mais reviennent toujours, sauf exceptions, à l'ancien modèle "afro-oriental". L'immigré en provenance du monde arabe, imprégné de références esthétiques moyen-orientales mais projeté dans une

société où les poitrines féminines qui n'allaitent plus, les corps sans muscles, les fesses plates et le nez loin de la bouche représentent l'idéal de la beauté, n'en finira pas d'hésiter, de mépriser ceci et cela, ce qui vit au pays et ce qu'on trouve en Europe. Le Maghrébin immigré en Occident est pris entre des définitions esthétiques et des désirs contraires<sup>19</sup>. La difficulté par rapport à l'Occident, c'est de ne pas comprendre ce qui organise ses valeurs esthétiques, ni même le désir physique. La plupart des "modèles" du cinéma ou de la mode font rire les gens des pays arabes qui ne les trouvent pas beaux. Les émigrés sont tiraillés parce qu'ils ont souvent admis la préférence du pays d'accueil, mais lorsque les tantes ou les cousines du pays demandent « Mais qu'est-ce que tu lui trouves ? », ils ne savent plus expliquer.

L'autisme des sociétés d'accueil face aux spécificités des groupes accueillis a contribué à enfermer la catégorie de population "maghrébine immigrée" dans un système de représentations qui n'a permis de penser ni son vieillissement, ni bien sûr son rapport à la santé, ainsi que l'étude s'efforcera de démontrer.

## **2) Parcours professionnel et résidentiel<sup>20</sup> fragilisant la santé**

### ***a. L'existence laborieuse de travailleurs non seulement peu qualifiés mais en plus immigrés***

Ouvriers ou manœuvres pour la plupart, les immigrés maghrébins mènent une vie laborieuse marquée par la fatigue et le faible niveau de salaire. La durée de travail élevée, les horaires inflexibles, le rythme de travail fixé par les machines ou la chaîne, le mode de rémunération (primes au rendement), le contrôle hiérarchique omniprésent, l'organisation de l'espace (marquée par l'interdiction de se déplacer), sont autant de facteurs de risque pour la santé des ouvriers. La vie relationnelle à l'usine se caractérise par l'isolement, dû à l'organisation de l'espace, au bruit, à l'interdiction explicite de parler. En résultent des maladies professionnelles souvent niées. Tout cela amène à prendre en compte la charge globale de travail qui génère la fatigue du travailleur. Cette fatigue accumulée, en plus de le priver de temps libre, entraîne des souffrances spécifiques : troubles de l'appétit, du sommeil, du caractère, douleurs, malaises... Elle provoque un vieillissement prématuré. C'est le lot commun de tous les ouvriers et manœuvres, immigrés ou non<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> DJABALI Hawa, *La relation au corps chez les Maghrébins*. Centre culturel arabe Wallonie Bruxelles. 2004.

<sup>20</sup> Cf. « Historique d'une politique du logement spécifique aux immigrés peu rigoureuse » en annexe.

<sup>21</sup> Observations de la commission « Prévention » sur les conditions générales subies par les manœuvres, les OS et les immigrés, reprises par Jean-François REY, médecin directeur de l'Unité Mobile pour la Douleur Thoracique, et

La migration fragilise encore plus les Maghrébins dont il est ici question. Ces personnes aux reins cassés ont souvent connu dans leur existence une rupture causée à un moment donné par l'apparition puis le développement d'une maladie grave, souvent en rapport avec un accident de travail. Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont plus fréquents pour eux que pour les autres travailleurs. Dans ces cas, l'accident de travail n'est pas seulement un incident plus ou moins grave : il crée une rupture, un traumatisme dans la vie du travailleur isolé et migrant. Rétrospectivement, l'accident apparaît d'ailleurs comme la première étape d'un processus de marginalisation et d'exclusion de la vie active. Dès lors, leur vie est régulée par la maladie et la dépendance aux soins. Souvent en situation de contentieux pour faire reconnaître une invalidité partielle ou totale, ils vivent des situations précaires. L'accident ou la maladie bloque alors tout projet résidentiel. Le retour est interdit car les structures médicales de prise en charge n'existent pas souvent dans leur pays natal. Le foyer d'hébergement devient alors le seul refuge possible pour couler les vieux jours d'une vie marquée par la précarité.

***b. Le passage à la retraite des immigrés : une situation nouvelle et "anormale"***

*« La vieillesse leur est tombée dessus à l'improviste.*

*Ils vont chez le médecin et disent : "je suis malade de la retraite".*

*Ils vivent cette période de leur vie comme une maladie. »*

(Yamina BENGUIGUI, lors de la sortie de son film "Mémoire d'immigrés", 1997)

Le travail étant ce qui a structuré leur projet migratoire et leur vie en France, les personnes ont du mal à s'identifier à la catégorie d'inactifs et de retraités. Ayant perdu un repère identitaire important, elles n'imaginent pas une suite différente de ce qu'elles ont vécue. La constatation est souvent commune pour l'ensemble de la population vieillissante. Elle est renforcée pour les populations issues de l'immigration au travers d'une indécision fondamentale à laquelle tout projet de vie est suspendu : rester en France ou retourner au pays.

Atteindre l'âge de la retraite, pour l'immigré qui ne "retourne" pas "chez lui", signifie au premier chef survivre en terre étrangère pour une période qui peut être très longue. On a passé trente, quelquefois quarante ans au travail -parfois plus étant donné la précocité de l'embauche ; il est courant de trouver des retraités qui ont plus de 45 années de travail derrière eux !- : cette vie de travail ne s'est pas déroulée forcément sur le même lieu, mais presque toujours dans les mêmes conditions. La vie du travailleur immigré est, par définition,

---

membre de cette commission auprès du ministère de la Santé, in Revue PREVENIR, *Les immigrés dans leur champ social et de santé*. Ed. La Vie Mutualiste. 1983.

conditionnée, organisée, rythmée au quotidien en fonction du travail pour lequel il a été recruté, et qui est la justification même de sa présence en France. Alors, si quitter son travail c'est toujours se remettre en question, pour l'immigré, c'est remettre en question l'essence même de son existence. Pour tous ceux qui restent en France passé ce cap de la retraite, le choix, plus ou moins clairement formulé, de ne pas revenir au pays est déjà chargé de signification. « Cas d'exception », disait SAYAD en 1986... de moins en moins exceptionnel au vu des chiffres croissants de recensement des retraités immigrés en France.

Il existe plusieurs manières de sortir du travail. Cet état de "vacance", dont parle Abdelmalek SAYAD, n'a pas la même signification ni les mêmes conséquences selon ces diverses manières. Pour les pensionnés, suite à des maladies professionnelles ou à des handicaps majeurs, le traumatisme est double : traumatisme physique d'abord, psychologique ensuite. Mais il est directement lié au travail et, comme tel, mieux accepté, plus compréhensible que pour les chômeurs de longue durée par exemple, ou même pour les retraités. Pour ces derniers, l'arrivée à la retraite ou à la préretraite représente une situation très différente. D'abord parce qu'elle est irréversible ; et les Maghrébins en sont probablement plus conscients que quiconque puisqu'un épisode de l'histoire de l'islam consacre ce caractère irrémédiable de la vieillesse. Un hadith rapporte en effet que le prophète n'a créé sur Terre qu'une seule maladie sans remède : la vieillesse<sup>22</sup>. Un accident peut motiver une interruption du travail simplement momentanée ; on peut guérir d'une maladie. La vieillesse, condition de la retraite, est un état irrémédiable, qui vous oblige à entrer dans une vie nouvelle à laquelle le travailleur immigré n'a pas été préparé. Ensuite, pour celui qui ne repart pas, la retraite est surprenante : elle est liée à une installation durable (*au-delà de la durée normale*), une installation qui n'a donc pas été prévue, et qui n'a même pas fait l'objet d'une réflexion. Le vieil immigré doit logiquement rentrer chez lui, sa présence en France n'étant plus justifiée par une activité professionnelle. D'où l'importance que l'on accorde à la construction d'une maison "au pays", dont l'édification servira de justification à la vie passée en exil.

Cependant, la réalité assigne la plupart du temps les immigrés à résidence en France, au moins temporairement (mais le "temporaire" a montré sa stupéfiante élasticité lors de la première migration vers la France qui, elle aussi, se voulait "temporaire"...). Or rester en France après le passage à la retraite signifie pour les hommes dont il est ici question : rester au foyer.

---

<sup>22</sup> JABALLAH Ahmed, *Les notions de maladie et de soins en Islam*. Institut Européen des Sciences Humaines. Paris.

### *c. L'insuffisante adaptation des foyers à l'évolution du public accueilli*

Apparus dans l'après-guerre, les foyers de travailleurs migrants incarnaient la volonté des services sociaux de répondre à la demande de tous ces immigrés débarqués par bateau ou par avion pour servir de soutiers sur les chantiers de construction ou de seconds couteaux dans des emplois a priori de seconde zone<sup>23</sup>. C'était un projet "pensé" dès le départ pour une population de célibataires, allant dans le sens d'un hébergement temporaire. La personne accueillie était censée repartir chez elle une fois le contrat de travail honoré.

Crise du logement aidant, le concept du foyer a par la suite évolué (passant du concept de foyer logement à celui de résidence sociale), au point de devenir un hébergement social pour personnes défavorisées. L'élargissement des critères de sélection autorise par exemple à accepter, en même temps que les travailleurs migrants originaires d'Afrique, des jeunes travailleurs venant de province, d'anciens détenus à la sortie de la prison, des personnes handicapées ou encore des familles monoparentales.

Ce mode de logement n'est cependant pas adapté aux besoins nouveaux des personnes vieillissantes en perte d'autonomie : pas d'accessibilité pour les personnes handicapées, difficultés de fournir les services rendus nécessaires (portage des repas, ménage, soins infirmiers). Avec l'aggravation des handicaps, on assiste souvent à la dissolution des liens de solidarité de voisinage. Ceux-ci entraînent souvent des formes de repli des personnes sur elles-mêmes.

### *d. Différentes façons de "vivre le foyer" en fonction des trajectoires professionnelles*

Il est possible de distinguer deux types de populations vivant dans les foyers : les "hommes du fer", pour reprendre l'expression de S. BONNET et E. KAGAN<sup>24</sup>, et les "hommes du béton". Les premiers sont ceux qui ont travaillé dans la sidérurgie, la métallurgie et l'extraction, les seconds sont des ouvriers du BTP, auxquels il est possible de rattacher les ouvriers agricoles. Ces deux types de résidents de foyers, ne travaillant pas dans les mêmes bassins d'emplois et n'ayant pas la même mobilité professionnelle, n'ont pas séjourné dans les mêmes foyers. Sélectionnés et regroupés soit par des modes de peuplement administratif et économique spécifiques soit par cooptation dans des sites de logement différents, ils ne

---

<sup>23</sup> Il y eut à une certaine époque des bidonvilles pour accueillir ces travailleurs immigrés. Celui de Nanterre est l'un des plus connus dans l'histoire des travailleurs immigrés d'origine maghrébine en France.

<sup>24</sup> BONNET Serge et KAGAN Elie, *L'homme du fer : mineurs du fer et ouvriers sidérurgistes lorrains immigrés en foyer*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, 1983 ; cités par BERNARDOT.

constitueront pas les mêmes collectivités résidentielles lors de l'entrée dans la vieillesse. Les "hommes du fer" se caractérisaient, au moment de leur embauche, par un faible niveau de qualification et par une excellente santé. Ils ont été durablement assignés sur le même lieu de production et au même site de résidence, leur emploi a généralement été stable, leur protection sociale n'a pas été de mauvaise qualité. Leur salaire leur a permis de conserver des liens, au moins économiques, avec leur pays d'origine, c'est-à-dire d'y faire souvent construire une maison et de financer la scolarité de leurs enfants. Toutes proportions gardées, ils font plutôt figure de privilégiés, car ils ont bénéficié d'un suivi social et médical et d'un encadrement syndical ou national (Association des Algériens en Europe, par exemple). Ils perçoivent donc pour la plupart une retraite à taux plein. En revanche, les "hommes du béton" sont beaucoup plus mal lotis<sup>25</sup>. Outre un nombre élevé d'accidents du travail, ils ont connu de plus fréquentes périodes de chômage, des revenus tendanciellement plus faibles, et leur passage à la retraite s'est souvent effectué via l'invalidité ou le chômage de longue durée. Cela a pour conséquence des relations distendues avec le pays d'origine et un vieillissement précoce, qui débouche rapidement sur une forme de "mort sociale", pour reprendre l'expression d'Anne-Marie GUILLEMARD<sup>26</sup>.

Les "hommes de fer" et les "hommes de béton" font une utilisation différente du foyer, vécu schématiquement soit comme une maison, soit comme un "caveau". Seulement 15 à 20 % des travailleurs étrangers ont une vieillesse qu'il est possible de qualifier d'"heureuse" (c'est-à-dire bénéficiant d'une retraite à taux plein, d'une santé encore correcte, entretenant des relations avec leur pays d'origine, souvent sous la forme d'allers-retours, et véhiculant une image d'eux-mêmes plutôt positive). Certains d'entre eux considèrent le foyer comme une résidence secondaire où ils ont leurs habitudes et leurs amitiés. Durant leurs séjours dans leur pays d'origine, le foyer tient lieu de boîte aux lettres. Mais la majorité des travailleurs immigrés vieillissant en foyer vivent une vieillesse "immobile". Souvent malades ou dépressifs, ils subissent la vie en collectivité. Cette précarisation se traduit par un repli sur soi, par la diminution des contacts extérieurs, par la baisse de leur niveau de consommation, etc. Le foyer devient alors un "caveau", tout en ayant tendance à rester le principal repère identitaire.

---

<sup>25</sup> KADRI Aïssa et al., *Les accidentés du travail maghrébins dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, le corps immigré en question*, DPM, 1993 ; citée par BERNARDOT.

<sup>26</sup> GUILLEMARD Anne-Marie, *La retraite, une mort sociale*, PUF, Paris, 1972.

### 3) Retraite solitaire en logement précaire

#### a. Des établissements en décrépitude

La répartition sociale et spatiale de ces populations ouvrières est structurée par l'habitat. Il existe en effet un lien entre le cycle de l'habitat et l'âge des habitants. Ainsi, plus les bâtiments des foyers sont anciens, plus ce sont des habitants âgés qui y résident. La France a connu une première vague importante de construction de foyers entre 1955 et 1965, et c'est dans cet habitat que se rencontrent le plus de personnes âgées. Les personnes vieillissantes de nationalité étrangère occupent majoritairement des foyers plus petits et plus anciens que les autres résidents de foyer. Le confort y est réduit, et la vie forcément plus communautaire. La vie dans ces habitats collectifs n'est certes pas des plus douces... Les conditions d'existence y sont rudes et la dignité humaine n'y trouve parfois pas sa place. Reste que comparé à l'offre souvent coûteuse des marchands de sommeil, le foyer représente une alternative quasi incontournable. Le loyer modique permet d'épargner honnêtement sur les maigres revenus perçus. La majeure partie des hébergés répond en effet, comme il a été présenté, aux critères d'une main-d'œuvre non qualifiée, dont les salaires étaient limités et dont la retraite est encore plus ténue.

En 1996, un député des Yvelines, Henri CUQ, mettait le feu aux poudres en indexant les foyers prioritairement destinés aux travailleurs étrangers. Dans un rapport<sup>27</sup> remis au gouvernement, il leur reprochait d'être devenus des nids d'immigration clandestine et des zones d'enfermement communautaire, en insistant sur les sur-occupations abusives<sup>28</sup>. Si la surpopulation n'est pas la cause première de l'insalubrité, elle entraîne pourtant une dégradation des lieux plus rapide et accroît donc l'insalubrité préexistante. Surpopulation et insalubrité ont des conséquences dramatiques, en particulier sur la santé : l'étude réalisée par le docteur BLISKO en 1993<sup>29</sup> sur les cas de tuberculose montre que cette maladie touche plus les immigrés (40% des nouveaux cas). L'incidence de la tuberculose était en 1993 de 36 pour 100.000 français mais de 350 pour 100.000 nord-africains. Cette maladie est favorisée par les mauvaises conditions de logement et les risques de contagion augmentent dans les logements et foyers surpeuplés.

La transformation des foyers en résidences sociales a pris en compte le vieillissement

---

<sup>27</sup> CUQ Henri, *Situation et devenir des foyers de travailleurs immigrés*, rapport au Premier ministre de l'époque, Alain Juppé. 1996.

<sup>28</sup> FIEVET Michel (chargé de mission à l'AFTAM), revue *Hommes et Migrations* numéro 1202 : « Un certain nombre de foyers [...] sont paralysés par une surpopulation croissante qui défie les normes françaises d'habitabilité ».

<sup>29</sup> BLISKO, *Le logement des immigrés*. Document Droit Au Logement, septembre 2000.

des résidents en leur permettant d'y demeurer par dérogation aux textes en vigueur. Pour autant, le plan quinquennal de réhabilitation des FTM a pris du retard et l'habitat indigne abrite encore souvent cette population. Les chambres mesurent 4 à 9m<sup>2</sup>, certaines sont équipées de douche individuelle, d'autres pas. La plupart du temps les sanitaires sont communs, les cuisines aussi. Il faut compter environ 250€/mois pour la location d'une chambre sans douche ; 300€ avec. « Je veux vivre ailleurs moi ! » résume en somme un résident du foyer Adoma Francis Jammes à Grenoble. Le maintien d'une population vieillissante dans ce type de structures pose un certain nombre de problèmes : ainsi, 43% des Algériens hébergés dans des foyers gérés par Adoma ont plus de 56 ans et sont là depuis de longues années et les foyers se retrouvent donc de fait transformés en maison de retraites dans le meilleur des cas, en mouroirs dans le pire, du fait de l'inadaptation structurelle à ces populations vieillissantes.

#### *b. L'habitude sécurisante d'une vie solitaire en communauté*

Pourquoi continuer à vivre en foyer de migrants quand l'habitat est si austère et que la raison même de l'immigration disparaît ? Par habitude d'abord. Quand on a quitté sa famille et ses amis depuis vingt ou trente ans (en admettant que cette famille elle-même soit restée au pays), on n'a guère envie de repartir. Même s'il est bien accueilli auprès de ses enfants, le vieil immigré n'est jamais tout à fait chez lui dans un univers qu'il a quitté depuis longtemps, et quand il était très jeune. Il a pris, et là encore depuis trop longtemps, des habitudes nouvelles, dont il aurait le plus grand mal à se défaire. Ayant vécu des décennies dans un environnement différent de celui de sa ville ou de son village, la France continue à lui apparaître comme le lieu conforme au style de vie qu'il a adopté.

L'immigré à la retraite se sent partout étranger. Il n'est plus "de nulle part", puisque le passage à la retraite lui a fait perdre sa raison d'exister en France (le travail) et que l'exil de plusieurs décennies lui a fait perdre ses repères en terre natale. Solitaire, il tente de continuer, autant que possible, l'existence qu'il a menée jusqu'alors. Il se réfugie dans le monde qu'il connaît, qui a été le sien pendant de nombreuses années, mais dans laquelle il ne trouve plus naturellement sa place. "Solitaire", il l'est déjà "par nature", ou plutôt, là encore, par habitude. Une classification élémentaire réalisée sur les foyers de la Sonacotra (aujourd'hui Adoma) par Marc BERNARDOT, à une époque où le nombre des retraités issus de l'immigration qui y étaient installés était encore relativement modeste (1977), fait effectivement apparaître une forte proportion d'hommes seuls ; 13 % étaient veufs, 15 % divorcés, et 21,5 % célibataires. Ce dernier chiffre est particulièrement important pour la classe d'âge dont il s'agit (tous les

retraités interrogés avaient plus de 55 ans) car il contraste avec la moyenne nationale qui comptait seulement 6 % de célibataires parmi les plus de 60 ans.

La moitié des retraités vivant en foyers, sont donc, au sens propre du terme, des hommes seuls. Solitude ancienne pour beaucoup d'entre eux, soit qu'ils aient vécu l'immigration en célibataires, soit qu'ils aient refusé de faire venir leur famille, et qu'à la longue les liens se soient distendus au point de se rompre dans bien des cas. Solitude qui s'aggrave avec l'âge et l'interruption des relations de travail. Solitude renforcée dans le cas des foyers par des règlements assez stricts, et, toujours par l'isolement dans la chambre, qu'on l'habite seul ou à plusieurs. Solitude qui était normalement interrompue par le travail quotidien, et que rien, désormais, ne va plus rompre. On "tourne en rond" dans une pièce, d'autant que l'on n'a guère les moyens de chercher des distractions à l'extérieur, et que l'on se méfie de tout ce qui risque d'empiéter sur votre intimité. La socialisation est non seulement restreinte au minimum, mais elle est rejetée globalement. En fait il semble plus nécessaire de "couper court aux relations" *a priori* embarrassantes que d'instaurer des rapports plus étroits avec des individus jugés "impertinents". Les relations extérieures se réduisent donc au minimum. Les amis se rendent visite dans les chambres, mais ils sont en nombre limité. On reste seul, même si, apparemment, on vit en communauté.

Le choix de rester en foyer s'explique aussi par le désir de ne pas s'éloigner d'un quartier que l'on connaît bien, par la crainte de l'exil dans une partie de la ville où l'on ne connaît personne. La crainte d'une solitude totale, avec tout ce que cela peut entraîner comme conséquences psychologiques, surtout à un âge relativement avancé, est essentielle. La mixité sociale est mal supportée et pose problème à ces vieux résidents habitués à un mode de vie respectueux et sans heurt. Quitter le foyer est pour beaucoup inimaginable. Les autres structures d'accueil les effraient par peur de la discrimination, de l'écart culturel, de l'éloignement de leur cadre de vie habituel et du coût élevé. On le voit bien quand la restructuration d'un quartier, la démolition de quelques immeubles et l'augmentation du prix des loyers que l'opération entraîne obligent le vieil immigré à s'en aller. Le cas a été rencontré auprès des résidents du foyer Francis Jammes de Grenoble, qui va être démoli d'ici un an pour être reconstruit plus confortable et plus adapté à la population en perte de mobilité. On observe chez les résidents une grande anxiété liée à ce projet de reconstruction, qui induit nécessairement une période de travaux pendant laquelle les locataires devront être relogés. Une grande majorité préférerait demeurer, si possible, dans le même espace, ou tout au moins rester à proximité, même dans de mauvaises conditions, plutôt que d'accepter un nouvel éloignement, qui serait pour eux un nouvel exil.

Nous assistons par conséquent à une transformation progressive des conditions de vie liée au vieillissement de cette population d'hommes seuls. Pour de multiples raisons, ils ont refusé de repartir. Ils constituent alors aujourd'hui un groupe singulièrement fragilisé, qui se réfugie dans le petit monde qu'il connaît, mais ne le fréquente souvent qu'en surface : attachés au lieu, même misérable, dont ils ont l'habitude, ces hommes trouvent là un refuge provisoire, une façon de prolonger dans des conditions pas trop déplaisantes une vie qui a perdu en grande partie de son sens.

### *c. Un parc immobilier social inquiétant et de toute façon quasi inaccessible*

Quand bien même on voudrait quitter le foyer au profit d'un logement certes social, mais au moins indépendant, les obstacles sont de taille. Pour des raisons propres aux résidents et à cause d'éléments extérieurs à eux, "l'ascension" résidentielle vers un appartement individuel reste rare.

« Beaucoup de résidents ont fait une demande pour obtenir un logement en HLM dans l'optique de faire venir leur épouse, témoigne la gestionnaire d'un foyer de l'agglomération grenobloise. Ils ont envie de quitter le foyer parce que les sanitaires sont sales, les voisins bruyants... Mais les délais d'attente sont d'environ trois ans... Et quand on leur propose une place en HLM, ils se rétractent : le quartier ne leur plaît pas, ou l'appartement est trop petit » (plus grand certes que leur chambre de 9m<sup>2</sup> mais trop petit quand même, c'est la raison qu'ils invoquent...). En poussant l'analyse un peu plus loin, on s'aperçoit néanmoins que la superficie n'est qu'un prétexte : les résidents âgés ne partent pas en HLM parce qu'ils ont l'habitude d'habiter au foyer et qu'ils ont peur d'être perdus en appartement. Ils ont toujours vécu en communauté, avec leurs amis, et l'idée de se retrouver seul les effraie. Donc ils restent dans leur "chez-eux" de 9m<sup>2</sup> maximum, quel que soit le logement qu'on peut leur proposer en HLM. « A partir d'un certain âge, explique Jacques BAROU<sup>30</sup>, ça devient difficile pour tout le monde de changer ses habitudes ; les rompre peut engendrer des pathologies. »

La diminution drastique des revenus que suppose la mise à la retraite de travailleurs qui se situaient déjà pour la plupart au plus bas de l'échelle salariale, a évidemment des conséquences sur leur comportement et renforce l'isolement. Ils n'ont pas les moyens (financiers s'entend), ni, par conséquent, l'envie de chercher un autre habitat. Ils préfèrent rester dans ce logement « bon marché » que constitue le foyer ou le meublé, où ils ont leurs

---

<sup>30</sup> Entretien du 21 février 2007.

habitudes, où ils rencontrent des figures connues, où ils peuvent continuer à vivre dans un environnement limité, mais bien identifié. La solitude ne disparaît pas ; mais elle est incontestablement moins dure à vivre pour les vieux, qui supporteraient mal un nouveau déracinement.

Un préjugé selon lequel les personnes sortant de foyers seraient socialement inadaptées et incapables d'assumer les charges d'un foyer conduit en outre les bailleurs sociaux à refuser en commission une personne sur deux hébergée en foyer et célibataire<sup>31</sup>. Les immigrés se retrouvent ainsi assignés à résidence dans les logements dégradés, insalubres. L'association pour le droit au logement avertit dans son rapport sur le logement des immigrés, publié en 2000, que « la situation ne changera pas tant qu'une véritable politique de logement social ne sera pas mise en place, permettant d'avoir un stock important de logements peu chers et disséminés. Or, la tendance ne semble pas vraiment aller dans ce sens, avec la réduction qu'a connu dans les années 90 la part de budget affectée aux dépenses consacrées au logement social ». Le logement social ne semble donc pas être une préoccupation prioritaire des gouvernements successifs et le logement des immigrés, victimes d'une série de blocages institutionnels et de préjugés en tous genres, est la cinquième roue de ce carrosse bien peu reluisant.

Bien sûr, les foyers des années 50 représentaient un progrès en matière de logement puisqu'ils devaient se substituer aux hôtels meublés souvent insalubres et aux bidonvilles. Ils offraient l'avantage de fournir des conditions de logements certes sommaires mais qui correspondaient aux normes de confort et d'hygiène modernes adaptées aux travailleurs qu'ils recevaient. De plus, ils présentaient l'intérêt, en regroupant des populations nord-africaines dans un contexte colonial, de pouvoir exercer sur elles un contrôle social certain... Mais leur localisation, leur peuplement, leur statut juridique particulier, tout contribuait à faire des foyers des lieux à part pour des gens à part. Or, dans la mesure où l'on parle aujourd'hui tant d'intégration, il est nécessaire, avant de clore le chapitre sur l'hébergement des anciens travailleurs immigrés, de rappeler combien la politique de l'habitat initiée par l'Etat dans ces années là<sup>32</sup> a contribué à fabriquer du spécifique qui a créé de la distance et des écarts d'identité dont on a trop souvent tendance aujourd'hui à imputer la responsabilité aux intéressés.

---

<sup>31</sup> *Rapport du Haut Conseil à l'Intégration relatif aux discriminations* ; cité par l'association Droit Au Logement, *Le logement des immigrés en France en 2000*, septembre 2000.

<sup>32</sup> Cf. « Historique d'une politique du logement spécifique aux immigrés peu rigoureuse » en annexe.

## 4) Des relations émotionnelles contradictoires avec le pays d'origine

### a. *L'effondrement du mythe du retour*

#### i. *De l'idée du retour à la réalité de l'installation*

Le nombre de personnes âgées immigrées ne cesse d'augmenter en France, indiquant par là même la transformation du projet migratoire initial qui programmait dans la trajectoire, au bout de quelques années de travail, le retour au pays d'origine. Ce retour, tel le voyage d'Ulysse, structurait les rapports entre les immigrés, leur société d'origine et leur société d'accueil. Il constituait une sorte de pacte régulateur de la "présence-absence" (selon l'expression d'Abdelmalek SAYAD) de ces immigrés dans les deux pays ; pacte explicité dans les discours, les comportements et les politiques : investissements dans le pays d'origine par les uns, mise en place d'aides au retour par les autres... Le paradoxe entre une réalité de l'installation et l'idée du retour a perduré quasiment jusqu'au milieu des années 80, contribuant à forger une image passagère de cette présence voire une non légitimité à faire partie du paysage de la société d'accueil et donc à vieillir dans cette société. Devenu mythe (avec une fonction psychologique forte : réguler la dette contractée par le départ), le retour a été remplacé dans la réalité par d'autres pratiques de régulation : le va-et-vient régulier entre les deux pays, la réception des membres de la famille, l'aide au développement de son village...

Les causes, les buts et les conditions, de même que les dates butoirs que se fixaient les immigrés pour le retour définitif (le départ à la retraite notamment) se sont effectivement souvent transformés en une pérennisation du va-et-vient entre le Maghreb et le pays d'accueil. Ils sont devenus des "nomades", ils habitent ici et là-bas, ne se sentant finalement ni d'ici ni de là-bas (cet aspect sera repris bientôt). Ils oscillent entre deux systèmes politico-juridiques, deux cultures, deux lieux de résidence... Généralement, dans leurs discours, l'un n'est pas la compensation de l'autre, mais l'un prend appui sur l'autre, comme complément nécessaire à la fois pour se définir et pour vivre. Le "pays" est le lieu où l'on se ressource, mais aussi où l'on va et d'où l'on repart. C'est le lieu de l'enfance, de la tradition, des racines et le modèle du passé. En témoigne la fièvre du retour, cette fuite affolée vers le pays, qui le rend éminemment désirable, comme un manque qu'il faut nécessairement combler, un appel auquel on ne peut résister. L'orientation du trajet, qui n'a pas la même allure à l'aller et au retour, de même que les objets que l'on transporte dans un sens ou dans un autre, révèlent cette soif de vouloir vivre ici et là-bas. L'émigré-immigré se dédouble, pour se nourrir tant bien que mal des deux espaces, mais aussi pour les connecter.

Plusieurs raisons peuvent pousser un immigré à ne pas quitter la terre où, bien qu'il n'y soit pas né, il a vécu la plus grande partie de sa vie.

*ii. Le sentiment d'un décalage par rapport à la communauté d'origine lors des séjours au pays*

Dans la société traditionnelle (et à condition que cette société elle-même n'ait pas subi de profondes transformations), le vieil émigré qui rentre après des années d'absence peut prétendre occuper encore une place privilégiée. D'abord par le privilège de l'âge, qui entraîne une certaine forme de respect de la part de son entourage, ensuite parce qu'il apporte, pensionné ou retraité, des ressources qui viennent de toute une vie de travail, et qu'il met à disposition de la communauté dans laquelle il entend se réinsérer. Cela n'exclut pas les incompréhensions et les difficultés de réadaptation qui amènent souvent une gêne, une instabilité, la sensation bancale née du passage d'une vie monacale en foyer à une vie familiale bruyante et fatigante.

Alors, dans la plupart des cas, ils acceptent de vieillir en immigration, avec des revenus diminués, tout en ressentant comme une évidence qu'ils ne remplissent plus le rôle qui leur a été imparti dans l'exil. L'autorité qui était celle du chef de famille leur échappe, d'autant qu'ils n'ont presque jamais habité avec leurs enfants (puisqu'ils ont émigré le plus souvent avant même que d'être pères). Cette autorité ne se dégrade pas seulement du fait de l'absence prolongée de l'exilé, mais aussi, plus simplement, parce que le vieil immigré ne parle plus exactement le même langage que ses propres enfants. Il ne s'agit pas là d'un conflit de générations, mais, plus fortement, d'une évolution différente dans deux mondes différents.

Certains de ces anciens tentent de trouver une justification nouvelle à cet exil prolongé et, comme tel, injustifié. Ainsi ce vieil immigré décrit par SAYAD, qui est arrivé en France à l'âge de 22 ans, entend se mettre au service de ses compatriotes : « Tout ce que je peux faire, c'est rendre service aux nôtres... Je n'arrête pas de courir, de donner des adresses, d'accompagner à la Sécurité Sociale, au tribunal, à la mairie, chez les avocats, à l'hôpital... Je reçois des lettres du pays de gens que je ne connais même pas ; un père, une mère qui me demandent de trouver leur fils, de leur donner des nouvelles... Je ne peux pas me sauver. Il faut s'occuper des affaires d'ici [c'est-à-dire de la communauté des immigrés]... Beaucoup s'imaginent que cela me remplit le ventre, alors que j'en suis de ma poche ! Je passe mon temps à essayer de régler les petits problèmes qui se posent à chacun tous les jours... ». En somme, il s'agit pour ce vieil homme de donner un sens à une présence qu'il sait être anormale en se mettant au service des autres membres de la communauté installés en France. Remplissant ainsi une nouvelle fonction dans la société qui l'entoure, il change de statut social : il devient un

intermédiaire utile, sinon indispensable pour ses compatriotes. Mais il s'agit là d'un cas d'exception ; la suite de ce mémoire ne rencontrera d'ailleurs pas d'autres cas de ce type.

*iii. L'obligation de rester en France pour continuer à bénéficier des soins*

L'accès aux soins en France est une autre des raisons qui peut les empêcher de repartir s'installer "chez eux". En effet, la carte de séjour retraité, destinée aux immigrés retournés vivre dans leur pays, ne leur permet de bénéficier de prestations maladies qu'en cas de « soins immédiats ».

Selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), environ 90.000 Maghrébins de plus de 65 ans vivaient en France en 2002 (63.000 Algériens, 20.000 Marocains et 7.000 Tunisiens). En dix ans, le nombre de Marocains a triplé et celui des Algériens a plus que doublé. Et pour cause : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) répertorie 18,9 personnels soignants pour 1.000 habitants en moyenne en Europe contre seulement 2,3 pour 1.000 en Afrique ! Dans son rapport sur la santé dans le monde en 2006, l'OMS cite le Maroc parmi les pays confrontés à une pénurie aiguë de prestataires de services de santé (médecins, infirmières, sages-femmes)...

Les travailleurs immigrés âgés qui résident en France bénéficient *globalement* d'une bonne couverture sociale (tout au moins meilleure que celle à laquelle ils pourraient prétendre dans leur pays d'origine). Le système français de protection sociale ainsi que les services de santé sont perçus par les résidents rencontrés comme plus favorables que les dispositifs maghrébins. Dans la mesure où leur état de santé est souvent précaire, cette couverture sociale peut donc motiver leur maintien en France au moment de la retraite, à l'instar de ce retraité tunisien interrogé qui affirme : « Si je n'étais pas malade, je retournerais en Tunisie, où sont ma femme et mes trois enfants ».

***b. L'installation dans une migration alternée***

Si l'espoir d'un retour définitif en terre natale s'est évanoui, les retraités maghrébins immigrés en France gardent cependant un lien avec leur pays d'origine. Ce lien peut-être ténu, quand les relations avec la famille ne sont plus que d'ordre financier, ou tenace, lorsque le nœud affectif a résisté aux épreuves du temps et des écarts culturels.

65% des résidents interrogés sont toujours liés par le cœur à des personnes restées au pays. Ils retournent là-bas une à deux fois par an, pour des périodes variant de quelques semaines à plusieurs mois. Les trois quarts d'entre eux (de la totalité des résidents rencontrés)

passent en tout trois à six mois par an au pays.

*i. L'envoi d'argent au pays comme devoir moral*

La migration des Maghrébins dans les années d'après-guerre était une migration à caractère économique. Les familles envoyaient un de leurs garçons en France pour qu'il y gagne l'argent nécessaire à leur subsistance. Les transferts monétaires ont constitué et constituent toujours l'un des signes dominants des relations que maintiennent les immigrés avec leurs familles, et à travers elles avec leur pays. Des données marocaines rétrospectives qui ont abordé les transferts des travailleurs migrants depuis 1920 font apparaître d'une manière claire cet attachement des émigrés à leur milieu d'origine, qu'ils manifestent par des transferts d'argent réguliers. 7 milliards d'euros, selon la Banque Européenne d'Investissement (BEI), traversent annuellement la Méditerranée vers les pays du Maghreb. 85 à 90% des transferts vers l'Algérie, le Maroc et la Tunisie sont en provenance d'Europe. Les transferts des migrants marocains en Europe représentent d'ailleurs la seconde source de revenus du pays !

Par leur importance, les revenus monétaires des migrants constituent l'une des bases essentielles du fonctionnement concret des économies algérienne, marocaine et tunisienne. Au niveau macro-économique, les émigrés couvrent une partie du déficit de la balance des paiements. Les transferts ne sont pas toujours destinés à l'épargne. Au contraire, l'essentiel des envois est consacré aux dépenses de subsistance. Les contributions financières des migrants constituent une part essentielle des ressources des ménages et leur rôle dans la survie des familles est d'autant plus important que le nombre de personnes à charge par émigré est souvent très élevé. Tous les résidents rencontrés au cours de l'enquête consacrent une part considérable de leurs revenus aux mandats. L'envoi d'argent à la communauté d'origine, qui était la raison de leur émigration, est devenu leur raison de vivre ; ou plutôt la justification de leur existence d'immigré. « Même si les relations affectives se distendent ou se rompent, ils continuent à envoyer une part importante de leurs revenus au pays car ils savent que là-bas, ils en ont besoin », souligne Jacques BAROU lors d'un entretien réalisé pour l'étude.

Les transferts d'argent des immigrés vers leur communauté d'origine semblent s'être ritualisés au cours de la période de travail en France. Puisque c'était le sens de leur émigration, l'envoi de mandats a duré aussi longtemps que durait leur exil. Et une fois la carrière professionnelle terminée, le rituel n'est pas remis en question. L'exilé ne touche plus de salaire mais il continue d'envoyer de l'argent au pays. Même si les pensions de retraite sont maigres, même si le vieil homme aurait besoin de dépenser un peu plus d'argent pour lui (notamment pour sa santé...), le budget destiné à traverser la Méditerranée -qui représente en moyenne un

quart des revenus de l'immigré- n'est pas compressible. On se sent face à une obligation morale. Abandonner, c'est trahir. Or mettre un terme aux transferts d'argent vers la famille, ce serait la trahir. L'absence du père au foyer se justifiait par l'aide financière qu'il était tenu d'envoyer à sa famille restée au pays, ou par les sommes qu'il consacrait à l'entretien ou à la construction de la maison où il était censé revenir après avoir rempli son contrat. Certains résidents paraissent pris comme en tenailles dans ce contrat qui est parfois le seul fil qui les relie encore à leurs racines. Le devoir moral est si fort qu'il ne fait l'objet d'aucun débat, il n'est plus discuté (l'a-t-il d'ailleurs jamais été ?!) : « J'ai un frère en Algérie, je suis obligé de lui envoyer de l'argent », explique un résident du foyer Francis Jammes. Il s'agit bien pour ces personnes d'une obligation plus que d'une volonté pérenne. Un autre résident expose sa situation : « J'ai une femme au pays mais ça ne va plus avec elle ; je n'y vais plus. Mais je continue à lui envoyer de l'argent ; pour elle et pour mes fils, et pour les familles de mes fils aussi. »

ii. *“La valise dans la tête”*

Durant quarante ans de travail, la valise est toujours restée prête à partir, bouclée au bout du couloir, en attendant le prochain avion. Achevée la vie laborieuse, le travailleur immigré, devenu retraité, n'a toujours ni famille, ni projet de vie en France. Il croyait pouvoir rentrer, enfin ; reprendre sa place et son statut dans sa famille et son pays, et profiter de son pouvoir d'achat accru. Mais comme nous l'avons vu, s'il s'envole pour le Maghreb convaincu de clore là son exil, il revient en France quelques mois plus tard. Peu d'explications à ce premier retour : le retraité semble avoir quelque chose d'important à régler (une affaire administrative, un achat, parfois un souci de santé...). Les travailleurs sociaux qui accompagnent ces personnes savent cependant que rien de tout cela ne justifie de rester en France plusieurs mois (certaines des formalités pouvant être traitées par un tiers ou à distance). Un jour l'homme repart ; puis revient. Et le cycle des voyages s'installe, à fréquences variables : des séjours plus ou moins longs au pays, et toujours des raisons de revenir en France. C'est finalement dans les allers et retours que s'ancre le rythme de vie de ceux que d'aucuns appellent les “transmigrants”. Claudine ATTIAS-DONFUT écrit dans *L'Enracinement*<sup>33</sup> que « les immigrés manifestent un profond attachement à la France [et que cet attachement] se traduit par une aspiration générale à vieillir sur le sol français, quitte à faire pour certains des va-et-vient entre la France et leur pays d'origine » : l'affirmation est très optimiste par rapport aux discours que nous avons entendus

---

<sup>33</sup> ATTIAS-DONFUT Claudine, *L'Enracinement*, coll. Sociétales, Armand Colin, octobre 2006.

pendant l'enquête. L'explication de Yamina BENGUIGUI traduit avec beaucoup plus de justesse les comportements observés pendant l'étude : au bout d'un certain temps en France, le migrant se trouve de plus en plus "décalé" quand il rentre au pays, ce d'autant plus que sa fonction de porte-monnaie finit parfois par induire une relation pervertie avec sa famille ou sa communauté d'origine. « Peu à peu, résume la réalisatrice "spécialisée" dans la question de l'immigration maghrébine, le fossé se creuse et l'Etranger en France finit aussi par devenir l'Etranger au pays, le poussant ainsi à rester en France, souvent dans une plus grande précarité que pendant sa vie professionnelle. » Cette peine de double étranger se résume très bien dans la phrase d'un migrant : « Je ne me sens bien que dans l'avion, entre la France et l'Algérie ».

On retrouve dans les actes et discours de ces transmigrants une véritable dualité : la conservation de contacts très étroits avec le pays d'origine et un attachement profond à la France. Si Claudine ATTIAS-DONFUT affirme que « ce double ancrage [à la France et au pays d'origine] en fait des agents potentiels de communication entre les générations et les peuples » et conclut même que « là où la migration introduit une rupture avec la famille et les proches restés au pays, la transmigration renoue le fil, rétablissant la continuité en instaurant une "bi-localisation" », nous parlerons préférentiellement d'un statut de "double étranger" caractérisé par l'instabilité (géographique et affective) et la discontinuité (puisqu'il s'agit d'une vie hachurée par les allers-retours entre la terre d'origine et la terre d'accueil). Le Haut Conseil à l'Intégration (HCI) insiste sur cette ambivalence de la situation des vieux travailleurs immigrés, partagés entre deux cultures et deux pays reliés par allers-retours : « Le retour, lorsqu'il se fait, est rarement définitif. La crainte de ne pouvoir revenir est un obstacle fort. Car la mémoire est ici en France. C'est là que l'on a ses habitudes, là que l'on peut se faire soigner. Mais lorsque l'on est ici, on voudrait être là-bas, au bled ».

L'étude ici restituée n'aboutit absolument pas au même constat que celui que l'on peut lire dans *L'Enracinement*, à savoir que « la nostalgie du pays d'origine reste le fait d'une minorité ». Au contraire, des expressions récurrentes prononcées par les résidents de foyers témoignent d'un mal-être assez vaste. "La valise dans la tête", "les pieds ici, le cœur là-bas", "le corps ici, la tête ailleurs" : ces images sont légion dans la bouche des transmigrants évoquant leur situation. « La "navette", le "va et vient" entre les deux pays, tendent à combler l'itinérance symbolique, affective, intérieure qui les habite. Ils ont choisi de n'être "ni d'ici, ni de là-bas", et de vivre ici et maintenant avec les moyens psychiques et physiques qui leur restent. Car si l'on reconnaît communément que les Maghrébins aujourd'hui âgés ont beaucoup travaillé physiquement pour la France, on oublie qu'ils ont mobilisé d'importantes énergies psychiques

pour survivre dans un environnement plus ou moins apprivoisé »<sup>34</sup>.

Le travailleur immigré continue le plus souvent, quand il a été amené à cesser toute activité, à se revendiquer comme étranger dans le pays où il s'est établi, voire comme un "exilé temporaire". Du fait d'une vie souvent en foyer qui, contrairement à ce que l'on peut croire, n'est pas un lieu de sociabilité et surtout pas d'intégration (la vie en foyer est garante d'une certaine identité mais a tendance à isoler le migrant car comme le soulignait Yamina BENGUIGUI, les foyers sont "invisibles" de l'extérieur avec souvent comme seule lucarne de l'intérieur sur la société française, le poste de télévision), l'immigré reste en France l'"étranger", voire "l'étrange étranger". Une étude réalisée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) auprès d'immigrés âgés de 45 à 70 ans<sup>35</sup> montre que les "transmigrants" (ceux donc qui effectuent des allers-retours entre la France et leur pays d'origine) se disent plus souvent maghrébins qu'européens, alors que sur la totalité des immigrés interrogés (voyageurs et non voyageurs) 85% déclarent (en première ou deuxième position) se sentir Français, bien que seulement un tiers ait la nationalité française.

### *iii. La solitude en France comme moindre mal*

La plupart des anciens travailleurs immigrés ressentent l'inactivité de la retraite non comme la récompense d'une vie de travail et de souffrance, mais comme une sorte de mise à l'écart de la société dans laquelle ils ont vécu. L'immigré qui a perdu son travail s'éloigne par là même de ses compatriotes. Ses racines affectives plongent toujours dans son pays, où, pourtant, il ne retournera pas. Il se sent en quelque sorte doublement marginalisé (ici et là-bas). S'agit-il là d'un fait nouveau, applicable aux seuls travailleurs immigrés de ces dernières décennies ? Certainement pas. Il y a près de cinquante ans, dans un ouvrage qui s'appliquait pour l'essentiel aux travailleurs italiens, espagnols ou polonais entrés en France dans la première partie du XX<sup>e</sup> siècle, GIRARD et STOETZEL (1953) faisaient déjà ce constat : « La vie (du travailleur immigré) est fondée sur une rupture physique. Il essaie de rétablir sa continuité par les liens qu'il conserve avec son pays et sa culture originelle. Celle-ci se modifie au contact du milieu nouveau. [...] Au soir de sa vie, l'immigrant peut éprouver un sentiment de satisfaction s'il a réussi à s'élever, [...] et à procurer à ses enfants un avenir meilleur que son passé. Mais il a appris très tôt à ne pas compter sur l'appui du dehors, et, à son contentement, se mêle une nuance de résignation. Il a dû, dès l'origine, accepter sa vie. Son aventure a pu tourner au mieux, elle ne fut pas moins douloureuse. Il n'a pas pu tout à fait, comme ceux qui n'ont pas

---

<sup>34</sup> LEMSEFFER Jalil, *Vieillir entre ici et là-bas*, Informations Gérontologiques Départementales. Janvier 2007.

<sup>35</sup> Citée par ATTIAS-DONFUT Claudine, *L'Enracinement*, coll. Sociétales, Armand Colin, octobre 2006.

été transplantés, participer entièrement à la vie collective. Il meurt comme il a vécu, en marge... ». (L'inquiétude liée à l'approche de la mort en immigration sera traitée plus avant dans le mémoire).

Souvent, le désarroi est tel qu'il se traduit par un véritable état pathologique, une tristesse permanente, une "sinistrose" insurmontable, une véritable maladie de l'âme, qui est ressentie douloureusement par l'intéressé, et qui peut amener jusqu'à l'aliénation mentale. Cet état de choses se traduit parfois par des déviances. L'enquête sur les foyers Adoma (Sonacotra à l'époque) menée par BERNARDOT<sup>36</sup> ainsi que les témoignages recueillis auprès des personnes interrogées lors de l'étude du terrain grenoblois, laissent entrevoir une fréquente association entre l'alcoolisme et la vieillesse. Sans aller jusqu'à ces cas extrêmes, l'isolement conduit à la quête incessante d'une compagnie la plupart du temps illusoire, que l'on va chercher parfois dans les lieux de prières, parfois dans les cafés où l'on ne vient pas nécessairement pour consommer, mais pour sortir de son isolement, parfois, tout simplement, dans la rue, où l'on peut rester des heures, dans l'attente d'un "on ne sait trop quoi"... Que faire en effet du "temps libre" pour des individus qui ont été totalement conditionnés par et pour le travail ? Il n'y a plus de présent. Il n'y a pas d'avenir : « Ca fait 24 ans que j'ai la douleur ! C'est fini maintenant... Ca fait 42 ans que je suis en France... C'est comme ça. On attend maintenant », récapitule un résident du foyer Francis Jammes de Grenoble. De fait, les journées des migrants vieillissants en foyer se suivent et se ressemblent. Leur vie s'articule autour d'activités répétitives. Les jours sont rythmés par des heures de prière pour les croyants pratiquants (tous les Maghrébins âgés rencontrés sont des musulmans pratiquants), par des démarches administratives autour des soins, des "sorties" au marché ou en grande surface, des rencontres avec les amis ou les anciens camarades de travail... « Merci à Dieu, j'ai encore la santé de sortir dehors, d'aller jusqu'au centre ville avec le bus mais je suis vite fatigué et quand je reviens au foyer, je retrouve les collègues mais je connais leur histoire par cœur... Il n'y a rien à faire ici, j'attends que ça passe et surtout j'attends la lettre du pays... Je regarde la télévision, même si ça me fatigue ces choses que je vois... »

L'isolement social et psychologique, l'éloignement de la cellule familiale et l'inactivité créent les conditions d'apparition de formes nosologiques spécifiques, dites troubles somatoformes douloureux persistants (sinistrose), lesquels sont largement méconnus par les services de soins. « Beaucoup de médecins ont longtemps cru que les patients qui souffraient de

---

<sup>36</sup> BERNARDOT Marc, *Le vieillissement des migrants dans les foyers*. Hommes et Migrations, n°1219, mai 1999.

ce qu'on appelle "la sinistrose" étaient des resquilleurs, rappelle Jacques BAROU<sup>37</sup>. La sinistrose se caractérise par des angoisses, une inhibition, liées aux accidents du travail, vécus ou craints. Si les médecins croient que les patients feignent ces angoisses, c'est parce qu'ils ignorent les conditions sociales pathogènes de ces personnes. Etre un homme vieillissant loin de chez soi crée des pathologies. »

Hantés par le mythe chancelant du retour au pays, souvent inscrits dans un mouvement pendulaire entre la France et leur pays d'origine, mais en définitive installés dans le pays d'accueil sans y être intégrés, avec la perspective de vieillir voire de mourir ici sans pour autant rompre les liens forts avec le pays d'origine, ces immigrés âgés peuvent-ils ressentir comme digne et légitime leur vieillesse en France ?

## **B. Une santé sans spécificités innées mais fragilisée par le mode de vie**

La comparaison de l'état de santé des résidents de foyer avec les études menées au niveau national ne permet pas de conclure à une situation particulière dans les FTM en matière de santé publique. Comme à l'échelle de la société dans son ensemble, les deux domaines pathologiques les plus fréquemment cités par les résidents interrogés sont les problèmes bucco-dentaires et les troubles de la vue. Par contre, ont été constatés d'une part, une concentration des pathologies en rapport avec le vieillissement, et d'autre part, des lacunes inquiétantes en ce qui concerne la prévention et le suivi des traitements dans le cadre d'affections chroniques.

Les résidents manifestent, de manière générale, un intérêt peu marqué pour l'information à caractère médical. Pour eux, face à la maladie, l'action ne peut être que curative. Ils n'ont pas conscience d'être dans une situation médicale fragile et d'avoir des comportements susceptibles de les exposer au risque sanitaire. Ainsi, la maladie n'est réellement prise en compte que quand ses effets deviennent visibles et sont ressentis.

### **1) Pas de pathologies spécifiques chez les hommes âgés d'origine maghrébine, mais une santé dégradée par la précarité et un faible investissement dans la santé**

Une enquête réalisée à l'été 1982 par deux équipes médico-sociales exerçant respectivement dans les centres de santé mutualistes de Michel BORIO à Port-de-Bouc et de Paul PARET à Marseille sur un peu plus d'une centaine de patients originaires d'Algérie, de

---

<sup>37</sup> Entretien du 21 février 2007.

Tunisie et du Maroc<sup>38</sup>, dément l'idée généralement répandue selon laquelle les patients maghrébins viendraient consulter sans rendez-vous. Cette étude souligne en outre que le motif de consultation de ces personnes immigrées n'a rien de spécifique : il coïncide sensiblement avec celui des consultants d'autres origines. BASAGNA et MAGRO, les directeurs de cette recherche, concluent « qu'il n'y a pas de pathologie propre à l'immigré maghrébin et que, érigée en système, cette notion peut même devenir source d'erreur à la fois sur les plans diagnostique et thérapeutique. » Le fait d'être maghrébin ne constitue pas un état prédisposant à l'apparition d'une pathologie particulière.

Les mêmes remarques ont été formulées par les professionnels de santé rencontrés au cours de l'enquête sur le terrain grenoblois, et d'éminents spécialistes de la question de la santé des migrants abondent également dans ce sens. Expliquons donc plus en détails le caractère absolument non génétique des pathologies développées par les immigrés maghrébins en France et le risque que l'on courrait à n'envisager la santé des migrants que par rapport à leur statut d'immigré.

#### ***a. Le syndrome de la koulchite<sup>39</sup>, ou la santé dégradée***

Arrivé au grand âge, c'est un réflexe peut-être universel, on fait le compte du passé, et le regard en arrière n'est pas toujours extrêmement agréable. « Maintenant que c'est la fin de notre vie ici, en France, parce qu'on approche de la mort, il est grand temps de se rendre compte que c'est la faillite totale. Ce n'est pas gai... » (SAYAD, 1986).

Beaucoup d'immigrés maghrébins âgés se plaignent d'avoir mal partout : on parle du syndrome de la *koulchite*. C'est une douleur mal localisée, et pour cause : la souffrance relève de l'état psychologique plus que de la santé physique. Si le corps est abîmé, l'âme est plus fragile encore. Après avoir accusé le coup du déracinement, les transmigrants doivent s'accoutumer à une vie sans repères solides, marquée par les allers-retours entre la France et le pays d'origine. La *koulchite* traduit ce mal-être global, lié à la fois à la dégradation du corps et à la fragilisation psychologique.

---

<sup>38</sup> BASAGNA et MAGRO, *Le médecin et son patient immigré*, in revue PREVENIR, *Les immigrés dans leur champ social et de santé*, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, Marseille, 1983, 159 p.

<sup>39</sup> *Koulchite* = néologisme venant de *koulch* en arabe, qui signifie "tout" : mal diffus, difficile à exprimer, ou syndrome du "j'ai mal partout".

*b. Des pathologies nées des conditions d'existence...  
pathogènes.*

Si les travailleurs immigrés âgés sont affectés de pathologies particulières, celles-ci ne sont certainement pas liées au pays où ils sont nés, ni bien sûr à leur religion, pas plus qu'à quelque autre origine géographique ou culturelle que ce soit. Ces maladies qui les affectent proportionnellement plus qu'elles ne touchent le reste de la population française sont liées pour la plupart à leurs conditions de travail. Ils souffrent souvent d'un vieillissement physiologique précoce, dû aux conditions de travail qu'ils ont subies pendant leur période d'activité salariée : emplois peu ou non qualifiés, postes de travail très exposés aux conditions climatiques et aux risques professionnels. La part des étrangers victimes des accidents de travail était de 13,1% en 1991 alors que leur part dans la population active salariée totale n'était que de 6,8%. Dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (où près d'un salarié sur cinq est étranger !), 30,2% des salariés victimes d'accidents entraînant une incapacité permanente sont des étrangers<sup>40</sup>.

Les études portant sur l'état de santé des immigrés soulignent aussi, chez les anciens travailleurs immigrés, la prévalence de pathologies liées aux mauvaises conditions de logement, aux carences alimentaires, aux affections respiratoires et aux problèmes bucco-dentaires. Une enquête de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) menée en 1999-2000 auprès des centres de soins gratuits indique que les étrangers fréquentant ces centres ont davantage de troubles digestifs que le reste des patients (11,8% contre 6,9%). Par ailleurs, certaines maladies métaboliques, le diabète par exemple, sont beaucoup plus fréquentes dans la population immigrée maghrébine que dans la population générale. Cela explique en partie que l'on rencontre chez les migrants âgés de 55 à 60 ans des pathologies habituellement observées en France chez des personnes de 70 à 75 ans.

Cette usure physique précoce entraîne enfin un état de dépendance à des âges relativement jeunes. Selon une enquête menée par l'INSEE entre 1998 et 2001, l'âge moyen des personnes dépendantes est inférieur de 2,5 ans pour les personnes nées à l'étranger par rapport à celles nées en France : il est de 79,5 ans pour les personnes de 60 ans et plus nées à l'étranger, contre 82 ans pour celles nées en France. Les personnes nées au Maghreb sont dépendantes nettement plus jeunes que les autres, avec un âge moyen des dépendants de 75,3 ans. Ainsi, alors que pour les personnes nées en France, la proportion de personnes dépendantes chez les 60-69 ans est de 1,3%, elle atteint 4,5% pour celles nées au Maghreb. Souffrant du cumul des inégalités et d'un environnement social qui souvent les exacerbe, les populations immigrées

---

<sup>40</sup> Haut Conseil à l'Intégration, *La condition sociale des travailleurs immigrés âgés*, mars 2005.

dont, rappelons-le, le corps est le principal outil, sont en effet en proie à des phénomènes d'usure précoce. Par conséquent, leur espérance de vie est d'environ dix ans inférieure à celle de l'ensemble de la population française. Si dans le domaine des statistiques, l'âge de 65 ans (âge légal de la retraite jusqu'en 1982) est aujourd'hui encore retenu comme le seuil d'entrée dans la vieillesse, les travailleurs immigrés entrent quant à eux dans l'inemployabilité dès l'âge de 55 ans. C'est la raison pour laquelle l'étude a ciblé des hommes de plus de 55 ans, puisqu'ils sont d'anciens travailleurs immigrés et que les anciens travailleurs immigrés en France sont en proie à un vieillissement précoce.

### *c. Prise de conscience de l'importance de la santé à l'arrivée au grand âge*

La faiblesse relative de l'intérêt manifesté par les résidents pour l'information à caractère médical ne doit pas conduire à conclure trop rapidement à un désintérêt pour la santé. Il existe en effet chez les résidents une sensibilité diffuse, mais permanente, à tout ce qui a trait à la santé, celle-ci mettant en jeu la vigueur et, partant, la capacité à assurer la sécurité matérielle des siens. Cette sensibilité se retrouve aussi dans l'importance accordée par les résidents aux droits sociaux et, en particulier, à ceux qui concernent la protection sociale. L'analyse des demandes émises par les résidents interrogés fait ressortir deux grands domaines d'intérêt : l'assurance maladie, *lato sensu*, et les droits en matière de retraite. Le souci des résidents pour le domaine sanitaire est donc bien réel, mais il ne s'exprime pas dans des termes médicaux. Cette préoccupation apparaît dans l'intérêt accordé aux actions et dispositifs susceptibles de leur assurer un accès aux soins le plus large possible, au moindre coût.

Si les anciens travailleurs immigrés ne consultaient pas le médecin quand ils tombaient malades pendant leur vie active, c'est que leur priorité était ailleurs. On a déjà mesuré l'importance qu'ils accordaient (et qu'ils accordent toujours !) à l'aide financière à leur famille restée au pays. Les soucis de santé étaient donc logiquement relégués à l'arrière plan. « Pourquoi aller voir le médecin quand on n'a qu'un peu mal ? Nous, au pays, on avait des *achoubs*<sup>41</sup> qui nous faisaient du bien. Et puis je ne voulais pas que le patron voie que je suis malade et pas travailleur. Tu sais, c'est la porte, ça ne blaguait pas ! Ou tu as une bonne santé, ou tu dégages ; c'est pas comme maintenant. Quand j'avais mal à une dent, j'attendais les vacances pour aller au bled me la faire arracher. Quand j'avais froid, je prenais des herbes que j'avais rapportées du bled. Pour le reste, j'étais solide... ». La relation au corps est riche en

---

<sup>41</sup> Herbes médicinales.

enseignement sur la question de la santé ressentie et des comportements face à une douleur. Ce qui prédomine chez les anciens travailleurs immigrés, c'est une conception fonctionnelle du corps. Avant d'être un potentiel objet d'attention, le corps est avant tout un outil, qui plus est d'usage quotidien. D'après BOLTANSKI, « si on refuse de s'écouter, si on attend la dernière extrémité pour aller voir le médecin, se faire opérer ou rentrer à l'hôpital, c'est que les contraintes de la vie quotidienne, les contraintes économiques notamment, interdisent ou rendent pour le moins extrêmement difficile l'abandon des tâches quotidiennes, du travail physique que l'on exige continuellement du corps »<sup>42</sup>. Ce sont effectivement les douleurs aux membres qui recueillent le plus d'attention, avec les douleurs dorsales, lombaires et les membres supérieurs. Plus que par l'intensité ou la durée de la douleur, c'est davantage le fait de se sentir handicapé ou de pouvoir le devenir qui motive les individus à prendre en considération et en charge leurs troubles.

La vieillesse et l'inactivité économique laissent davantage de temps aux individus pour s'informer, discuter, apprendre qu'on a le droit de se soigner, et avant tout ressentir les douleurs jusqu'alors niées. Jacques BAROU, chercheur en anthropologie spécialiste des questions d'immigration, rapporte d'une de ses enquêtes : « J'ai rencontré un homme qui se plaignait d'avoir froid au bout des mains. Lorsqu'il travaillait étant plus jeune, il devait tous les jours prendre sa mobylette à 5h du matin, et il roulait pendant une heure pour se rendre sur son lieu de travail. A l'époque, il ne ressentait pas la douleur causée par le froid. C'est maintenant qu'il est à la retraite que la douleur se réveille. »<sup>43</sup> A l'avènement de la vieillesse, correspond donc, pour ces anciens travailleurs immigrés, l'émergence à la conscience de l'utilité de se soigner. « La santé c'est le plus important ! s'exclame un résident du foyer Francis Jammes. L'argent ce n'est rien. A quoi ça sert d'avoir des sous si on ne peut pas marcher ?! » Le déni des maux n'est donc pas général ; il l'a été, pendant la vie de travail. Mais avec le passage à la retraite, les opinions divergent entre résidents. Bien qu'une part des immigrés maghrébins arrivant au grand âge ne prête pas davantage attention à leur état de santé, d'autres au contraire saisissent le rôle du système de soins et y font appel sitôt qu'ils l'estiment nécessaire.

Certains donc entreprennent des démarches pour ouvrir leurs droits et accéder aux services sanitaires et sociaux. Mais ce n'est d'une part pas le fait de la majorité, et la structure de leur consommation de soins reste d'autre part différente de celle de l'ensemble de la population.

---

<sup>42</sup> BOLTANSKI Luc (sociologue français), *Les usages sociaux du corps*. Les Annales. 1971.

<sup>43</sup> Entretien du 21 février 2007.

## 2) Faible recours aux soins et préférence pour les structures médicales et paramédicales publiques

La consommation de soins des populations immigrées est relativement plus faible que celle de la population dans son ensemble. Si les isolés vieillissants consultent autant les médecins généralistes que le reste de la population, ils sous-consomment en revanche les soins spécialisés<sup>44</sup>. Les traumatismes et les affections sont par conséquent dépistés plus tardivement et ce recours tardif se traduit fréquemment par des hospitalisations. C'est ce qu'a montré l'enquête menée sur le terrain grenoblois.

L'IRDES<sup>45</sup> confirme que la personne âgée maghrébine consulte environ trois fois moins que la personne âgée d'origine française, et qu'elle fait davantage appel aux services d'urgence ou au médecin généraliste qu'aux autres services de santé. Ces indicateurs se combinent, comme nous l'avons vu, avec des spécificités en raison des formes de maladies professionnelles et de poly-expositions aux accidents du travail.

### *a. Cabinets médicaux et paramédicaux libéraux de ville*

Les disparités de consommation médicale entre nationalités tiennent en premier lieu à l'accès aux soins médicaux de ville. « Les Maghrébins sont proportionnellement moins nombreux que les Français à utiliser le système médical de ville », note Renée SERANGE-FONTERME du laboratoire d'économie et de sociologie médicales de la faculté de médecine Alexis CARREL de Lyon<sup>46</sup>. Quand 21% des Français n'ont jamais fait appel à la médecine de ville, le pourcentage s'élève à 29% pour les Maghrébins. D'autres enquêtes montrent également une consommation médicale nettement plus faible que pour le reste de la population, aussi bien pour les soins généraux que pour les soins particuliers, notamment dentaires<sup>47</sup>.

Les dépenses prescrites révèlent également des différenciations constantes entre nationalités : les Maghrébins ont, pour chaque catégorie de soins médicaux considérée (dépenses de pharmacie, dépenses d'actes d'auxiliaires médicaux et d'actes techniques), un niveau de consommation inférieur à celui des Français. Les écarts vont du simple au double pour chaque type de biens et services médicaux. Ces résultats tendent à rejoindre les observations réalisées par l'Institut de Recherche Economique de Planification (IREP) lors

---

<sup>44</sup> Revue PREVENIR, *Les immigrés dans leur champ social et de santé*, article de SERANGE-FONTERME Renée, "La consommation médicale des immigrés", 1983.

<sup>45</sup> Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, enquête de 1999-2000.

<sup>46</sup> Revue PREVENIR, *Les immigrés dans leur champ social et de santé*, article de SERANGE-FONTERME Renée, "La consommation médicale des immigrés", 1983.

<sup>47</sup> FOLLEA Laurence, *Le Monde*, 23 Février 1998, "Les progrès en matière de santé inégalement répartis".

d'une étude sur les prestations versées par la Caisse d'assurance maladie de Grenoble en 1971.

Un faible recours aux cabinets médicaux de ville a également été constaté lors de l'enquête menée à Grenoble. Bien que tous les résidents interrogés soient affiliés au régime général de la Sécurité sociale, la santé, sans couverture complémentaire, reste très chère pour eux, voire inaccessible. Aucun d'entre eux n'est couvert par la CMU (Couverture Maladie Universelle) car leurs revenus sont trop élevés pour donner droit à cette protection sociale. Les soins auxquels ils renoncent principalement concernent, conformément aux tendances générales observées dans les populations défavorisées, les consultations de spécialistes, les soins et prothèses dentaires et les lunettes. Le constat effectué pendant l'enquête rejoint le bilan des études menées par Médecins Du Monde<sup>48</sup>.

*i. Succès de la réforme instaurant la nomination d'un médecin traitant*

« La relation du médecin avec le patient maghrébin démarre souvent par une période difficile où se joue une négociation bilatérale avec concessions réciproques », notent BASAGNA et MAGRO au terme de leur enquête sur le public maghrébin des centres de santé de Porc-de-Bouc et de Marseille<sup>49</sup>. La difficulté linguistique fait qu'à ce stade, la part émotionnelle l'emporte. Ce cap franchi, il existe une grande fidélité au médecin.

Le taux de résidents âgés du foyer Francis Jammes à Grenoble ayant un médecin traitant témoigne de cette fidélité au soignant principal. Les gestionnaires de foyer ont en effet observé que quasiment tous les résidents ont un médecin traitant. Une assistante sociale confirme, en précisant les critères de choix du soignant de référence : « Ils choisissent leur médecin par le bouche à oreille, car ils sont pour la plupart analphabètes, donc ce n'est pas dans le bottin qu'ils trouvent une adresse ! »

La fidélité à un médecin permet d'approfondir la connaissance réciproque entre le patient et le soignant. Le médecin peut non seulement suivre l'évolution de l'état de santé du patient, mais surtout, il s'adapte à la personne qu'il a en face de lui. Cet atout est considérable dans la relation avec un immigré souvent illettré et maîtrisant mal le français, car le médecin réussit, avec l'expérience, à s'adresser au patient de sorte qu'il le comprenne. Un mode de communication se met en place, permettant un échange plus précis. Les deux interlocuteurs apprennent à connaître leurs codes respectifs.

---

<sup>48</sup> MDM, *L'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins Du Monde, Rapport 2003*. Humanitaire, hors série n°1, été 2004.

<sup>49</sup> BASAGNA et MAGRO, *Le médecin et son patient immigré*, in revue PREVENIR, *Les immigrés dans leur champ social et de santé*, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, Marseille, 1983, 159 p.

## *b. Hôpitaux*

Si les personnes sans couverture complémentaire (c'est-à-dire la grande majorité des immigrés maghrébins âgés) vont moins chez le médecin que le reste de la population (leur taux de consommation de soins de médecins et de médicaments étant inférieur de 40% à celui de la population totale), en revanche le recours à l'hospitalisation est nettement plus fréquent, l'admission se faisant le plus souvent en urgence et dans le secteur public<sup>50</sup>. Les diagnostics tardifs, les difficultés dans le suivi des traitements, les pathologies associées, expliquent ce nécessaire recours à l'hospitalisation.

### *i. L'évolution des valeurs de l'hôpital*

« L'hôpital n'a pas toujours été ce qu'il prétend être, le lieu d'excellence des soins et de l'investigation », souligne le docteur Xavier EMMANUELLI<sup>51</sup>. Il a été pendant longtemps, au moins jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, un "hôpital hospice", établissement religieux, lieu d'accueil pour les plus pauvres. A ce propos, on peut lire sous le mot "hôpital", dans le dictionnaire universel d'Antoine Furetière, publié en 1695, « lieu pieu et charitable où l'on reçoit les pauvres pour les soulager en leurs nécessités ». Certains de ces établissements, qui sont aujourd'hui établissements hospitaliers universitaires reconnus, ont été aussi pendant longtemps des établissements répressifs où l'on enfermait les indigents pour protéger la société. « Ils étaient d'ailleurs sous l'autorité de ce qui faisait office à l'époque de Ministère de l'Intérieur », précise le directeur adjoint de la Fédération Hospitalière de France.

Or, aujourd'hui, par un curieux renversement historique, l'hôpital, longtemps réservé aux seuls déshérités, est soupçonné de sélectionner ses patients et d'écarter les insolubles. L'universalité du droit à l'hospitalisation constitue pourtant un des principes rappelés par chaque réforme hospitalière depuis 1958. La loi de décembre 1970<sup>52</sup> portant sur la réforme hospitalière définit la mission de service public de l'hôpital. Elle pose en particulier l'obligation d'accueil des malades qui se présentent en urgence. Le Code de la Santé Publique, quant à lui, rappelle que les hôpitaux « sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un établissement. [...] Ils dispensent aux patients les soins

---

<sup>50</sup> BASAGNA et MAGRO, *Le médecin et son patient immigré*, in revue PREVENIR, *Les immigrés dans leur champ social et de santé*, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, Marseille, 1983, 159 p.

<sup>51</sup> EMMANUELLI Xavier, *Dernier avis avant la fin du monde*, Albin Michel, Paris, 1994.

<sup>52</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970.

préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité des soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. »<sup>53</sup> Dans le même esprit, il est rappelé dans le Code de déontologie médicale que chaque médecin « doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »<sup>54</sup> Enfin, la charte du patient hospitalisé rappelle que « l'accès au service public hospitalier est garanti à tous, et en particulier aux personnes les plus démunies, quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale. »<sup>55</sup> Toute personne résidant en France qui a fait valoir ses droits doit donc pouvoir accéder à tous les soins hospitaliers sans que sa situation sociale ou financière constitue un barrage. « Le système sanitaire et la couverture sociale de notre pays sont ainsi faits que tout un chacun a droit aux soins, et s'ils sont refusés c'est que l'hôpital est hors la loi », conclut Xavier EMMANUELLI<sup>56</sup>.

*ii. Un accès à l'hôpital par la porte des urgences.*

Assurer l'accueil des urgences est une des spécificités de l'hôpital qui est rappelée constamment dans les textes législatifs. Par conséquent, les couches défavorisées de la population se présentent plus fréquemment aux urgences hospitalières qu'en cabinets de médecine privés. Ils viennent pour des problèmes médicaux mais aussi surtout sociaux. Ils se présentent à l'hôpital le plus souvent après 18h, à la fermeture des caisses. Ce sont principalement les personnes sans couverture sociale, les personnes appartenant à des communautés mal intégrées, des personnes âgées pour qui le problème médical est minime par rapport à l'aspect social<sup>57</sup>. Cette population et principalement celle qui est la plus défavorisée, utilise peu les autres composantes du système de soins. Le rapport du Professeur STEG sur

---

<sup>53</sup> Article L. 711-4 du Code de la Santé Publique.

<sup>54</sup> Article 7 du Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

<sup>55</sup> Charte annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995, énonçant les droits essentiels des patients hospitalisés.

<sup>56</sup> EMMANUELLI Xavier, *Dernier avis avant la fin du monde*, Albin Michel, Paris, 1994.

<sup>57</sup> MENORET-CALLES Brigitte, *L'accès aux soins des populations démunies*, coll. L'éthique en mouvement, éd. L'Harmattan, Paris, 1997.

l'urgence à l'hôpital<sup>58</sup> constate que « 25% des urgences médicales sont d'origine psychiatrique ou sociale. » Une étude faite dans le service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'Arles en 1995 relevait 12,5% des de problèmes sociaux sur environ 600 dossiers étudiés<sup>59</sup>. Ces problèmes sociaux sont, dans 92% des cas, accompagnés de problèmes médicaux. La plupart viennent pour raison traumatologique ou médicale (81%). 10% des problèmes sociaux sont associés à une pathologie psychiatrique, laquelle est souvent due, selon l'anthropologue Jacques BAROU, à l'isolement et au déracinement : « Etre un homme vieillissant loin de chez soi crée des pathologies », explique-t-il. Les conditions sociales d'existence des immigrés âgés résidant en foyer, ainsi que leurs dizaines d'années de travail dans les rudes conditions qui ont été décrites précédemment, favorisent le développement de pathologies organiques, de maladies professionnelles, mais aussi d'une grande souffrance psychologique. Ce n'est qu'à la fin de la vie de travail que se manifestent ces souffrances : avant, les travailleurs, « courant après l'argent », ne ressentaient pas leurs douleurs. C'est en arrivant à la retraite, à l'âge où l'on dresse le bilan de sa vie, que se réveillent les maux niés jusqu'alors. C'est dire si les troubles médicaux sont étroitement liés aux problèmes sociaux.

Une large part des résidents de foyer d'origine maghrébine retournent régulièrement dans leur village natal. Les systèmes de santé algérien, marocain et tunisien restent, qualitativement et quantitativement parlant, moins performants que le système français (les études et statistiques dans le domaine confirmant les opinions des usagers). Les immigrés ont donc tout intérêt à revenir en France pour se faire soigner. Leur tendance à retarder les soins aboutit souvent à des retours en urgence. L'état de santé n'étant pas régulièrement suivi, et les traitements médicamenteux souvent interrompus pendant les séjours au Maghreb<sup>60</sup>, de brusques détériorations de l'état de santé surprennent fréquemment les résidents alors qu'ils sont dans leur famille au pays. Une responsable de foyer rencontré pendant l'enquête témoigne : « Lorsque survient un accident de santé au cours du séjour au pays, les résidents reviennent (ou sont renvoyés) en France dans l'urgence. Un vieil homme paralysé suite à un accident vasculaire cérébral est ainsi revenu au foyer qui l'a transféré à l'hôpital. » Même lorsqu'ils restent en France, les résidents entrent davantage à l'hôpital dans l'urgence que par voie « normale ». « Neuf fois sur dix, observe un gestionnaire de foyer Adoma grenoblois, c'est suite à un malaise, une urgence, que les résidents sont transférés à l'hôpital. Ils ne prennent pas les

---

<sup>58</sup> STEG A., *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Rapport de la commission de restructuration des urgences, 1993.

<sup>59</sup> ORSSAUD C., DUBUISSON R., CABAZAN M., *Les urgences sociales dans un service d'accueil d'urgences*, La Revue du Praticien, 1995, p.30-35.

<sup>60</sup> Cf. « Les causes du non recours – Causes liées aux parcours et mode de vie des résidents – L'aller-retour comme frein au recours – La difficulté de poursuivre un traitement médical lors des longs séjours à l'étranger ».

précautions avant pour éviter de se retrouver dans une situation sanitaire alarmante qui exige l'hospitalisation. »

Les raisons isolées par le Professeur STEG qui conduisent ces populations à faire davantage appel à ce service plutôt qu'à un cabinet de ville, confirment le poids des conditions de vie économiques et sociales dans le recours aux services hospitaliers plutôt qu'aux cabinets de villes. Il identifie ainsi comme causes à cette surreprésentation des populations défavorisées aux accueils d'urgences des hôpitaux les difficultés financières ou l'absence de protection sociale, une situation administrative incertaine, une appréhension du monde médical, une attente du dernier moment pour se faire soigner et un manque d'information sur les autres structures sanitaires. Les facteurs qui déterminent le recours privilégié à l'hôpital sont les mêmes que ceux qui entravent le recours aux soins ; l'accueil des urgences hospitalières reste donc le dernier recours possible pour les populations totalement ou partiellement exclues du système de soins global.

### *c. Centres de santé associatifs (AGECSA pour Grenoble) et centres sociaux*

Les étrangers et immigrés représentent 62% des consultants des centres de soins gratuits, dont 77% n'ont aucune protection maladie. Les centres de santé sont installés dans les quartiers défavorisés de préférence, là où il n'y a pas ou peu de médecins libéraux. Il faut savoir que les centres de santé associatifs de l'agglomération grenobloise (regroupés dans l'AGECSA -Association de Gestion des Centres de Santé de Grenoble-) n'accueillent que des patients ayant ouvert leurs droits de santé. Ceux qui n'ont pas ouvert ces droits vont consulter chez Médecins du Monde. Ceux qui sont moins couverts tardent plus à venir que ceux qui ont une mutuelle. Et plus les personnes sont anxieuses, plus elles viennent rapidement. Ce constat s'applique d'ailleurs à tous les patients, immigrés ou non, âgés ou non. « Ceux qui viennent consulter le font rapidement, remarque un médecin de l'AGECSA ; par contre, après, même si on leur dit de revenir, parfois ils ne reviennent pas. Certains patients nous échappent de cette manière ».

Le recours aux services de santé étant étroitement lié au niveau de protection sociale de l'individu, l'accès aux centres sociaux est à considérer aussi. C'est le plus souvent le bouche-à-oreille qui amène les résidents au centre social le plus proche de leur foyer. Ils viennent donc spontanément (sans qu'aucun professionnel ne les ait envoyés). « Ils discutent entre eux, l'un explique qu'il a tel problème, l'autre lui conseille de venir au centre social. » Sur le terrain d'enquête, une MOUS (Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale) a été lancée récemment, si bien que la chargée de mission qui auditionne tous les résidents du foyer Francis Jammes remarque

ceux qui n'ont pas ouvert leurs droits : elle les adresse à l'assistante sociale du centre des Géants afin qu'ils bénéficient de la protection sociale à laquelle ils ont droit.

#### *d. Maisons de retraite et services d'aide à domicile*

« Peu de maisons de retraite accueillent des *chibanis*<sup>61</sup> », déplore un gestionnaire de foyer Adoma. « La maison de retraite, ce n'est pas leur truc », affirme le gestionnaire d'un autre foyer isérois. Que le faible nombre de résidents maghrébins dans les établissements pour personnes âgées soit du fait des institutions elles-mêmes ou du fait du public, le constat reste le même : les maisons de retraite ne sont pas peuplées de vieux Nord-Africains...

Faute d'aller couler leurs vieux jours en établissement spécialisé, les personnes âgées qui le désirent peuvent bénéficier d'aides, calculées selon leur degré de dépendance. Ces aides ont vocation à les soutenir face aux difficultés qu'elles rencontrent dans leur vie quotidienne. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), instituée par la loi du 20 juillet 2001, est ainsi destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus, qui rencontrent des difficultés pour accomplir des gestes de la vie courante, à domicile ou dans un établissement d'hébergement. Elle peut être mobilisée pour financer toute une palette de services tels que l'aide ménagère, ou l'adaptation du logement et de l'environnement matériel. C'est à l'usager de choisir d'utiliser la totalité ou une partie seulement du plan d'aide proposé. Il acquitte alors une participation sur la partie du plan d'aide choisie, en fonction de ses ressources. L'APA est destinée aux personnes moyennement ou fortement dépendantes. Dans le cas des personnes peu ou non dépendantes, ce sont les caisses d'assurance vieillesse (de base et complémentaires) qui peuvent prendre en charge une partie des frais occasionnés par une aide à domicile. Il faut néanmoins être informé de cette possibilité pour pouvoir y recourir. Les caisses d'assurance ne vont pas chercher les personnes âgées pour leur proposer leurs services, et les Maghrébins vieillissants ne suivent pas les évolutions législatives en matière de protection sociale.

En effet, le Haut Conseil à l'Intégration (HCI) a constaté suite à une étude menée en 2005 que les immigrés âgés, « notamment en foyer », n'ont pas suffisamment accès aux services d'aide à domicile. Ils essuient parfois des refus de la part du personnel des organismes d'aides et de soins à domicile (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie sociale), qui, quasi exclusivement féminin, hésite à venir travailler dans des foyers de travailleurs migrants. D'autant plus que les organismes d'aide à domicile, confrontés à une pénurie de main d'œuvre, ne sont pas incités à aller au devant d'une population qui ne formule pas de demande d'aide.

---

<sup>61</sup> «Homme aux cheveux blancs» en arabe dialectal.

Or, selon de nombreux interlocuteurs auditionnés (par le HCI, mais le même constat a été fait lors de l'enquête de terrain réalisée pour l'étude ici présentée), les immigrés âgés connaissent peu l'existence de tels services d'aide à domicile et peuvent être réticents à accepter l'intervention de professionnels dans leur vie quotidienne. Au sein de la population immigrée isolée, âgée de 50 ans et plus, enquêtée par le HCI en Languedoc-Roussillon, un tiers ignore l'existence de tels services. Parmi les personnes qui déclarent dans cette enquête connaître leur existence, 30% y font ou y ont fait appel, dont 3% seulement utilisent des services de portage de repas. L'utilisation est davantage le fait des plus âgés (la moyenne d'âge des utilisateurs est de 74 ans).

### **3) Le non recours aux droits et services de santé**

#### *a. Définitions et mesure*

Apparue pour définir le phénomène par lequel des personnes éligibles à une prestation sociale ne la reçoivent pas, la notion de non recours met en évidence le fait que l'existence d'un droit ne s'accompagne pas systématiquement de sa mise en œuvre. On évoque le non recours à propos des personnes qui ne s'adressent pas aux services pour ouvrir leurs droits et qui, de ce fait, ne perçoivent pas les prestations auxquelles elles peuvent prétendre. Les raisons pour lesquelles une personne ne recourt pas à ses droits et services sont variées ; d'où la nécessité de mener une étude approfondie sur les causes de ce phénomène. Qu'il renvoie à la précarité des usagers, aux dysfonctionnements institutionnels, ou qu'il soit la conséquence de choix personnels, le non recours soulève la question générale de l'accès à l'offre publique. La problématique de l'accès aux droits et services de santé par les résidents de foyers maghrébins et âgés ne saurait être comprise sans une analyse du comportement de non recours. Car il s'agit bien de comprendre le processus par lequel une frange de la population recourt ou ne recourt pas aux prestations disponibles pour elle.

Pour appréhender cette notion, il faut avant tout distinguer la population éligible à un droit ou service d'avec la population non éligible, car le non recours ne concerne que les individus éligibles. Le taux de non recours est par conséquent le ratio de cette population *éligible qui ne reçoit pas* un bénéfice, sur le total des individus *éligibles* à ce bénéfice, *qu'ils y accèdent ou non*.

CALCUL DU TAUX DE NON RECOURS :

Soient **NR** le taux de non recours,

**NENR** le nombre d'individus éligibles à un droit ne jouissant pas de ce droit,

**NE** le nombre total de personnes éligibles à ce droit

$$NR = \frac{100 \times NENR}{NE}$$

Malgré sa simplicité, ce taux reste méconnu car ni NE ni NENR ne sont faciles à identifier. Concernant par définition des personnes absentes des répertoires des organismes de prestations médicales et sociales, le non recours est délicat à évaluer tant quantitativement que qualitativement. Puisqu'ils ne se manifestent pas pour ouvrir leurs droits, les individus "non recoureurs" restent invisibles aux yeux des prestataires de droits et services. Il apparaît donc important, à ce stade, de rappeler les limites auxquelles se heurte nécessairement une étude sur le phénomène du non recours. Bien que tous les efforts aient été faits pour identifier les résidents exclus, on ne pourrait pas déceimment affirmer que tous aient été repérés, ni qu'ils aient chacun accepté d'expliquer les raisons de leur renoncement à recourir aux droits et services de santé.

***b. Les déclinaisons du non recours***

*i. Typologie générale*

Le phénomène du non recours se décline en plusieurs volets. Le processus revêt trois formes : primaire, il qualifie une personne éligible qui ne perçoit pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée ; secondaire, il correspond à une personne éligible qui a formulé sa demande de prestation mais qui ne la reçoit pas ; tertiaire, il désigne une personne informée qui se voit offrir une proposition de droit ou de service mais qui la refuse.

Le degré de non recours varie suivant les cas. On parle de non recours partiel quand une personne éligible ne reçoit qu'une partie de la prestation à laquelle elle a droit, de non recours complet lorsqu'elle ne bénéficie d'aucun de ses droits.

Selon la façon dont il s'inscrit dans le temps, le non recours est qualifié de temporaire ou permanent : temporaire lorsqu'il correspond à un délai, plus ou moins long, écoulé entre le moment où une personne devient éligible et le moment où elle demande à bénéficier de son droit ; permanent lorsque la personne, bien que devenue éligible à un droit, ne demande jamais à en bénéficier.

S'il est dû au versement incomplet des prestations alors que les droits sont ouverts, le phénomène est dit frictionnel. S'il concerne une personne qui a droit à plusieurs prestations et

n'en perçoit qu'une seule, il est dit cumulatif.

On parle enfin de quasi non recours lorsqu'une personne remplit toutes les conditions pour bénéficier de ses droits mais qui n'a pas eu connaissance de la prestation ni de la démarche à suivre pour y accéder et qui, si elle avait su, aurait recouru au dispositif.

*ii. Les différentes formes du non recours dans le domaine de la santé*

Concernant le rapport aux droits, services et soins de santé, on repère trois formes de non recours. Le retard aux soins désigne les comportements de consultations trop tardives ou de rupture du traitement prématurée. Le renoncement aux soins définit une absence de démarche pour se voir procurer des soins ou examens médicaux pourtant nécessaires. Le non recours aux droits à l'assurance maladie correspond à la non demande d'ouverture des droits à la couverture maladie de base.

Pour donner un aperçu de la diversité des formes et des causes du non recours aux droits et services de santé par les immigrés maghrébins vieillissants résidant en foyer, on peut citer l'exemple de ce résident de Beauvert qui préfère limiter sa consommation de médicaments par peur des effets secondaires ; ou bien reprendre les paroles de ce médecin d'un centre de santé grenoblois qui remarque que la plupart de ses patients maghrébins âgés « prennent leurs médicaments mais ne font pas facilement les examens complémentaires et tardent à prendre rendez-vous chez les spécialistes. »

## **IV. LES CAUSES DU NON RECOURS AUX DROITS ET SERVICES DE SANTE PAR LES HOMMES ORIGINAIRES DU MAGHREB, AGES DE PLUS DE 55 ANS ET RESIDANT EN FOYERS**

### **A. Causes liées aux parcours et modes de vie des Maghrébins vieillissant en foyer d'hébergement**

*« Où manque le bonheur, tout soin est inutile. »*

#### **1) Facteurs économiques et sociaux**

Même si un lien de causalité n'est pas prouvé, les populations défavorisées souffrent, plus que d'autres, d'états de santé altérés et de mal-être<sup>62</sup>. Les conditions d'existence précaires décrites précédemment, en provoquant le stress et l'angoisse, peuvent fragiliser les individus et faire émerger des sentiments de dévalorisation ou des états dépressifs.

De plus, l'exclusion sociale accroît certains risques pathologiques du fait des restrictions de consommation et de mauvaises conditions de vie. La promiscuité par exemple, avérée en foyer d'hébergement, est un des facteurs favorisant la recrudescence de la tuberculose. Elle aggrave même les inégalités devant la mort : les populations socialement fragilisées ont une espérance de vie réduite et des risques pathologiques plus importants que les autres (cancers, maladies cardio-vasculaires...).

Les études portant sur les itinéraires de vie des personnes en difficulté économique et sociale montrent l'interaction très forte entre les processus de fragilisation sociale et de dégradation de la santé. En effet, le délabrement physique et psychique entraîne des difficultés d'accès au logement, au travail, et retentit sur la vie relationnelle et affective.

#### ***a. Faible niveau d'instruction et métiers non qualifiés***

##### ***i. Critères de recrutement dans les bureaux d'immigration après 1945***

Lors des Trente Glorieuses, c'est principalement le patronat français qui procède au recrutement des travailleurs nord-africains. Des bureaux de recrutement français sont implantés

---

<sup>62</sup> FNARS (Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale), *La santé des plus démunis : constats et pratiques au sein du réseau de la FNARS*. FNARS commission santé, Paris 1993.

au Maghreb pour sélectionner les individus les plus aptes à reconstruire la France endommagée par la guerre. Les termes utilisés à cette époque pour désigner ces travailleurs immigrés étaient soit “indigènes” soit “Nord-africains”. On ne parlait guère de Maghrébins. Ce n’est qu’à partir des années 1970 que le terme de Maghreb a été médiatisé par le nouveau contexte politique, juste après l’accession à l’indépendance des pays du soleil couchant. La présence politique française dans les trois pays du Maghreb remontait à 1830 pour l’Algérie, 1881 pour la Tunisie et 1912 pour le Maroc. La Tunisie et le Maroc sont restés sous protectorat français jusqu’en 1956 ; l’Algérie s’est libérée du joug colonial en 1962.

Les migrants aujourd’hui âgés résidant dans les foyers ont traversé la Méditerranée très jeunes. Ils ont été sélectionnés selon des critères bien définis : des hommes seuls, célibataires, jeunes et sains, vigoureux, doués d’une bonne condition physique et de peu d’instruction, issus de la ruralité profonde. La plupart d’entre eux étaient analphabètes. Le “tri” se faisait le plus souvent dans le pays ou au port de Marseille pour les différentes branches de l’économie telles que la sidérurgie, la métallurgie, l’automobile, le bâtiment, la production alimentaire, les mines de fer de Lorraine, les mines de charbon du Pas-de-Calais, l’agriculture etc.

*ii. Un droit du travail rarement respecté dans les secteurs d’emploi des immigrés*

Les conditions de vie de ces travailleurs étaient parmi les plus difficiles. A la solitude s’ajoutaient le travail à la chaîne à cadence effrénée, des accidents de travail innombrables, des logements misérables dans des baraques de fortune, des chambres sans confort, ou dans les rares foyers construits à l’époque, où ils s’entassaient à plusieurs par chambre. Les travailleurs immigrés, étant analphabètes, ne comptaient pas les heures supplémentaires qu’ils effectuaient. Aussi travaillaient-ils plus que leurs homologues d’origine française, notamment dans le secteur des travaux publics. « Les patrons cachaient à leurs ouvriers la loi sur la complémentaire santé. Un nouveau gars est arrivé, qui venait d’une grosse entreprise où le droit du travail était respecté. Du coup, il ne s’est pas laissé faire quand il est tombé malade : il a bataillé avec l’employeur pour faire valoir son droit à la protection sociale. Il a fini par l’obtenir mais l’employeur lui a dit de se taire, de ne pas en parler aux autres ouvriers », témoigne un retraité du bâtiment hébergé au foyer Francis Jammes à Grenoble.

Cette période est décrite par beaucoup de ces hommes comme un moment très noir de leur existence mais aussi comme un “sacrifice” consenti pour ceux qui étaient restés au pays. « Je travaillais dans le bâtiment, se souvient un autre résident. Et avant vous savez, il n’y avait pas de machine en ce temps-là : on faisait tout à la main ! C’était fatigant madame, on avait mal partout... » Et quand on leur demande s’ils avaient des congés maladie, les travailleurs usés

répondent : « Peu, très peu... Une semaine de temps en temps. » Et un collègue de compléter la réponse : « Les médecins étaient avec les patrons de toute façon ! C'est pour ça qu'on n'avait pas beaucoup d'arrêts maladie. »

### *iii. Méconnaissance des droits et incompréhension du système français*

N'ayant le plus souvent été informés ni de leurs droits ni des démarches à suivre pour les ouvrir, les travailleurs immigrés se sont retrouvés de fait exclus du système de protection français. Cependant, « être exclu n'est pas une identité mais le résultat d'un processus », précise J.-B. FOUCAULT dans le rapport *Exclus et exclusion* de la Documentation Française<sup>63</sup>. Leurs difficultés matérielles inhérentes aux conditions d'existence décrites en première partie de ce mémoire incitent les individus au repli sur soi. En outre, parallèlement à l'affaiblissement du lien social, notre société exige de plus en plus de ses membres pour leur permettre d'accéder à l'existence sociale (élévation du niveau d'instruction générale, du nombre de diplômés...), reléguant ainsi l'illettré au ban de la cité. « Celui qui ne sait pas lire marche les yeux fermés », illustre un résident regrettant de n'avoir pas pu apprendre le français en arrivant en France.

Peu instruites, ces personnes ne comprennent pas toujours les démarches à suivre pour bénéficier des droits sociaux, même quand ceux-ci sont ouverts. « J'ai eu le cas récemment d'une femme qui était venue d'Algérie quelques jours pour rendre visite à son mari, témoigne une assistante sociale. Elle avait souscrit à une assurance en Algérie. Elle a eu une attaque cardiaque la veille de son retour. Arrivée aux urgences du CHU de La Tronche, les médecins se sont occupés d'elle bien sûr, mais sans rappeler au mari qu'il fallait qu'il prévienne l'assurance algérienne dans les 48 heures. La dame est restée trois mois en hospitalisation... Ce n'est qu'à sa sortie qu'elle a voulu faire marcher son assurance mais voilà : il fallait prévenir dans les 48 heures suivant l'accident, sans ça plus rien n'était pris en charge. Le couple s'est donc retrouvé avec la facture des trois mois d'hospitalisation sans que l'assurance ne rembourse rien. »

Selon la gestionnaire d'un foyer de l'agglomération grenobloise, les médecins ne prennent pas assez de temps pour expliquer à leurs patients ce qu'ils ont et ce qu'ils doivent faire, ou alors ils n'utilisent pas les bons mots : « Au lieu d'indiquer à un patient maghrébin âgé peu instruit -voire illettré- qu'il doit "prendre de la Méthadone trois fois par jour pendant dix jours", le médecin devrait plutôt expliquer au malade, pour être parfaitement compris, qu'il doit "prendre un comprimé rose le matin, le midi et le soir, jusqu'au 10 mars" - par exemple. » Un médecin en revanche oppose aux efforts des soignants les faibles capacités intellectuelles de

---

<sup>63</sup> FOUCAULT J.-B., *Exclus et exclusions*, Commissariat Général du Plan - La France, l'Europe- X<sup>ème</sup> plan, La Documentation Française, Paris, 1993.

certain patients : « La barrière de la langue est vite surmontée. Le niveau d'éducation pose davantage problème, et même, ça choque parfois quand je dis ça mais grossièrement, on n'est pas tous égaux devant l'intelligence. Il y a des patients qui n'ont pas fait d'études mais on sent que s'ils en avaient eu l'occasion, ils en auraient fait et ils auraient réussi. A l'inverse, d'autres ne comprennent vraiment pas ce qu'on leur dit, on sent qu'ils n'ont pas les mêmes capacités intellectuelles. » Après le diagnostic et les prescriptions cependant, il semble que les patients maghrébins vieillissants observent correctement leur traitement.

Bien que des gestionnaires aient l'impression qu'ils consultent également les spécialistes sans tarder, les résidents eux-mêmes avouent ne pas hâter la prise de rendez-vous... Cela peut s'expliquer par la crainte des patients de ne pas savoir mener à bien leur démarche de soins. En règle générale, note Brigitte MENOIRET-CALLET dans son étude sur l'accès aux soins des populations démunies<sup>64</sup>, les populations fragilisées pour des raisons économiques, sociales ou culturelles, éprouvent parallèlement des difficultés psychologiques à se rendre chez le médecin. Elles ne perçoivent pas la santé comme un élément prioritaire, par rapport aux préoccupations du travail et du logement qui, nous l'avons vu, apparaissent premières aux immigrés maghrébins (notamment la préoccupation du travail ; celle du logement étant secondaire). En plus de ne pas la considérer comme prioritaire, les usagers démunis ont une appréhension du monde médical. Ils repoussent toujours plus loin l'échéance de la consultation, attendent le dernier moment pour se faire soigner. L'hôpital reste pour beaucoup un monde impressionnant, parfois inabordable. Ils peuvent avoir des difficultés à se faire comprendre à l'accueil et ont peur d'être rejetés. Ils ont parfois des difficultés à avouer au médecin ou à l'assistante sociale leur impossibilité d'avancer l'argent. Ces craintes éloignent les personnes qui en auraient le plus besoin des circuits classiques de distribution des soins.

#### *iv. Les différents types de couverture maladie : entre rejet et confusion*

Depuis 1999, les plus démunis ont droit à la CMU. Les personnes qui ne bénéficient d'aucun régime d'assurance maladie et qui résident en France régulièrement (c'est-à-dire de façon ininterrompue) depuis plus de trois mois peuvent demander la CMU de base : cette couverture maladie ouvre droit aux remboursements des soins et médicaments aux taux habituels appliqués aux autres assurés sociaux. Aucun des résidents rencontrés n'était couvert par la CMU, leur niveau de ressources dépassant le seuil limite pour y avoir droit.

Pour ceux qui disposent de faibles ressources (moins de 600€ par mois pour une

---

<sup>64</sup> MENOIRET-CALLES Brigitte, *L'accès aux soins des populations démunies*, coll. L'éthique en mouvement, éd. L'Harmattan, Paris, 1997, 175 p.

personne vivant seule) et qui n'ont pas forcément droit à la CMU de base parce qu'ils sont déjà affiliés à une assurance maladie générale, la CMU complémentaire (CMU-C) permet d'être couvert à 100%, sans avance de frais, pour la plus grande partie des dépenses de santé. « Elle succède à l'ancienne aide médicale gérée par les départements et l'Etat dont les disparités pouvaient engendrer des situations d'iniquité »<sup>65</sup>. Pourtant, l'aide médicale tenait compte de l'écart entre le coût du soin et le niveau de revenus du patient pour déterminer la part qui serait remboursée. De cette façon, des personnes à niveau de ressources supérieur au seuil plafond d'accès au droit à la CMU-C, pouvaient, en cas de soins particulièrement onéreux, recevoir l'aide médicale. Avec la CMU-C, les Smicards par exemple sont totalement exclus du système d'assurance maladie complémentaire gratuit (alors que leurs revenus ne suffisent pas à payer les soins chers). De même, les anciens travailleurs maghrébins retraités ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de la CMU-C.

Les personnes ne répondant pas aux critères de la CMU peuvent bénéficier de l'aide légale à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé si leurs ressources sont supérieures, dans la limite de 20%, au plafond d'attribution de la CMU complémentaire. Cette aide consiste en un versement forfaitaire mensuel dont le montant dépend de l'âge de la personne : en 2006, il était de 200 € pour les 25-59 ans et 400 € pour les 60 ans et plus. Cette somme doit théoriquement permettre aux bénéficiaires de cotiser à une couverture santé complémentaire. Entrée en vigueur le 1er janvier 2005, cette aide s'adresse aux personnes justifiant d'une résidence stable et régulière en France et dont les revenus vont jusqu'à 15% au dessus du seuil d'accès à la CMU-C. La mutuelle auprès de laquelle l'assuré souscrit un contrat d'assurance complémentaire déduit le montant de l'aide des cotisations annuelles dues. Pour en faire la demande, il faut s'adresser à sa caisse d'assurance maladie et demander le formulaire de "protection complémentaire santé CMU et déduction sur les cotisations ou les primes de protection complémentaire santé". Le contrat d'adhésion doit être individuel (les contrats collectifs ne sont pas concernés) et responsable (il ne doit pas prendre en charge des sommes normalement dues par l'assuré). L'aide consiste en une réduction de la cotisation due à l'organisme complémentaire. Pour en bénéficier, encore faut-il cotiser à un organisme de couverture complémentaire. Or moins d'un résident interviewé sur cinq était affilié à une mutuelle... Aucun d'entre eux ne touche l'aide légale à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé, soit parce que leurs revenus sont trop importants (90% des retraités perçoivent le complément de retraite), soit qu'ils ne sont pas au courant de l'existence de cette

---

<sup>65</sup> Programme Protection Maladie Complémentaire : [http://www.finances.gouv.fr/lolf/downloads/700\\_protection\\_maladie\\_complementaire.pdf](http://www.finances.gouv.fr/lolf/downloads/700_protection_maladie_complementaire.pdf)

aide qui pourrait les décider à prendre une mutuelle.

Il existe aussi l'ALD (Affection Longue Durée) pour les patients affectés par une maladie de longue durée. Une trentaine de pathologies ainsi que les suites d'accidents du travail ont été reconnues comme relevant de l'ALD. Le coût des soins liés à ces maladies est intégralement pris en charge par la Sécurité Sociale ; les patients sont remboursés à 100%. Cependant, seuls les soins relatifs à la maladie reconnue ALD sont pris en charge. Or les patients croient souvent que, dans la mesure où ils sont touchés par une maladie de longue durée entrant dans le cadre de la mesure ALD, tous leurs soins seront remboursés à 100% : c'est une erreur ! Quasiment tous les hommes dont nous parlons ont une de ces trente maladies, ou bien souffrent des séquelles d'un accident du travail. Ils se disent alors qu'ils vont garder l'acquis de l'ALD, et sombrent dans le leurre quant au remboursement de leurs autres soins de santé. Ils croient que l'ALD les dispense de cotiser à une mutuelle. D'autant que ceux qui ont cotisé à une caisse maladie complémentaire pendant leur vie active ne sont pour la plupart jamais tombés malades (pour les raisons que nous avons précédemment évoquées). Arrivés à la retraite, ils concluent logiquement à l'inutilité d'une mutuelle et se contentent donc du régime général de la Sécurité sociale. « Cette méprise est due à un manque d'informations par rapport au fonctionnement de la Sécurité Sociale et des mutuelles, explique l'infirmière d'une résidence sociale qui a repéré la même confusion chez ses patients. En règle générale, les résidents de foyers d'hébergement sont mal ou peu informés des mécanismes de protection sanitaire. On en voit beaucoup s'affilier à une mutuelle de soins dans l'urgence, le jour où ils ont besoin d'être hospitalisés et qu'ils s'aperçoivent qu'ils ne peuvent pas payer. Ils n'ont pas compris la logique de prévention. »

Si les immigrés maghrébins âgés renoncent à cotiser à une complémentaire santé, c'est donc -outre le fait qu'ils soient parfois persuadés de l'inutilité d'une telle couverture- qu'ils estiment la mutuelle trop onéreuse et/ou qu'ils croient que l'ALD les en dispense. Ne connaissant pas l'aide légale à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé, ces hommes ne voient pas d'issue à l'impasse financière qui leur ferme l'accès à une couverture maladie complémentaire. Confondant mutuelle et ALD, ils ne cherchent pas non plus à accéder à cette complémentaire santé.

#### ***b. Petits revenus et conditions de logement précaires***

La consommation de soins varie fortement avec les variables socio-économiques. L'extension de la couverture complémentaire dans les années 1985-1995, qui visait à atténuer les inégalités de santé dues aux disparités économiques, a finalement peu concerné les couches

les plus pauvres de la population, c'est-à-dire les personnes qui en principe éprouvent des difficultés à avancer l'argent nécessaire aux soins. Les personnes les moins protégées restent les ouvriers et les chômeurs non qualifiés.

Or la présentation du public en première partie a fait apparaître que les résidents de plus de 55 ans hébergés en foyers grenoblois étaient quasiment tous ouvriers du bâtiment. La grande majorité d'entre eux, aujourd'hui retraités, a des revenus supérieurs à ceux exigés pour avoir accès à la Couverture Maladie Universelle (CMU), mais insuffisants pour supporter les frais afférant à une couverture santé complémentaire. Sachant que les personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire consomment moins de soins de spécialistes, de kinésithérapie, de soins infirmiers, d'exams de biologie, et moins de produits pharmaceutiques<sup>66</sup>, il n'est alors pas étonnant de constater que les anciens travailleurs immigrés sont amenés, dans les trois quarts des cas, à renoncer à certains soins dont le remboursement est trop limité.

Cela souligne les incohérences et désorganisations du système de prise en charge sanitaire et sociale en France. L'hôpital est l'illustration par excellence de cette contradiction : il doit répondre à tous les besoins sanitaires sans discrimination, mais en même temps équilibrer le budget en cherchant le recouvrement systématique de toutes les créances. De fait, le système de soins français est fondé, non pas sur la gratuité des soins à la source comme c'est le cas dans d'autres pays, mais sur leur remboursement. Or le remboursement des prestations médicales s'amenuise<sup>67</sup> et, ce faisant, relègue au ban du système sanitaire une part croissante de la population : « Je devrais passer des examens tous les six mois, témoigne un résident de foyer Adoma grenoblois, mais faute de moyens, je n'ai pas fait une seule analyse depuis deux ans. Je ne consulte plus du tout. Quand je suis malade, j'attends que ça passe ou je demande des médicaments aux copains. Si vraiment j'ai trop mal, j'en achète, mais je prends les moins chers. »

#### *i. L'isolement géographique et social des résidents*

Si la faiblesse des ressources financières limite le recours des résidents de foyer aux services de santé, l'isolement géographique et social les en éloigne encore plus. Les difficultés en effet sont aggravées par la situation des FTM dans les quartiers et les villes d'implantation. L'absence d'intégration urbaine des foyers renforce les problèmes d'insertion sociale des résidents. Et, par effet de retour, ce phénomène contribue à la mise entre parenthèse des foyers

---

<sup>66</sup> CREDES, *Santé, soins et protection sociale en 1995*, Enquête du CREDES, 1996.

<sup>67</sup> Cf. chapitre suivant : « Causes liées aux services médicosociaux et à leur fonctionnement – Des barrières dans l'accès à certaines structures et prestations médicales – Le faible taux de remboursement de certains soins et médicaments ».

qui se trouvent ainsi isolés par rapport aux réseaux de circulation de l'information et des personnes. Le foyer Francis Jammes n'échappe pas à cette caractéristique commune des FTM qu'est l'isolement : le centre de santé le plus proche, celui des Géants, est à une vingtaine de minutes de marche. Et les médecins, submergés par la demande des habitants du quartier, sont peu enclins à se déplacer au foyer pour prodiguer les soins nécessaires aux résidents.

Non seulement le déplacement induit un temps supplémentaire par rapport à la consultation au cabinet du médecin, mais ce temps supplémentaire redouble lorsqu'il s'agit d'intervenir en foyer, ainsi que l'explique une infirmière : « Les soins à domicile sont compliqués pour les résidents de foyers car on n'a pas de clé pour entrer dans les bâtiments, il n'y a pas d'interphone non plus pour sonner chez le patient pour qu'il nous ouvre... L'accès au domicile n'est pas facile, on peut perdre un quart d'heure comme de rien juste pour arriver à entrer dans le bâtiment ! Puis il faut trouver la bonne porte. Bien sûr on demande au patient où se trouve sa chambre, mais souvent, ses explications vont pour quelqu'un qui connaît déjà le foyer : il va nous dire par exemple : "je suis en haut du bâtiment qui fait l'angle !" ». Alors avec ça... Il n'y a pas de nom sur les boîtes aux lettres, ni sur les portes... Sur les boîtes, il y a bien un numéro, mais comme les numéros ne figurent pas sur les portes, on ne peut pas trouver ! ». Les gestionnaires de foyer soulèvent le même problème : il est difficile de trouver des soignants qui acceptent de venir s'occuper des résidents sur place. Et pour cause : il n'est pas forcément facile de soigner quelqu'un dans une chambre aussi étroite que celles des structures Adoma (qui ont une superficie de 5 à 8m<sup>2</sup>).

## *ii. Carence de solidarité*

Si l'on n'était pas encore convaincu de la corrélation entre état de santé et conditions de logement, le cas des résidents de foyer apporte la preuve de l'importance d'un logement décent pour permettre l'accès de personnel aidant au domicile. Dans un foyer de l'agglomération grenobloise, un résident âgé de 90 ans a besoin de piqûres d'insuline et de séances de kinésithérapie. Mais les infirmiers et kinésithérapeutes libéraux refusent de venir lui prodiguer les soins dans sa chambre. Ils disent qu'ils n'ont pas le temps. Alors les voisins de couloir de ce vieil homme lui rendent service, l'aident autant qu'ils peuvent, « mais ce n'est pas à eux de faire ça », s'indigne la gestionnaire. « Nous jouons beaucoup sur la solidarité entre voisins lorsqu'un de nos patients rentre au foyer après une hospitalisation, reconnaît une infirmière ; Nous leur demandons de veiller sur lui, de l'aider à faire ses courses, éventuellement de lui préparer ses repas et de les lui apporter... ». Puisque les services de santé ne sont pas toujours mobiles en direction des foyers Adoma, l'accompagnement des résidents les plus fragiles

s'organise au cœur même du foyer, mobilisant les ressources disponibles... c'est-à-dire les résidents eux-mêmes ! Les voisins, vieux mais encore valides, aident leurs compatriotes handicapés, puisque le service public renonce parfois à franchir le seuil de l'immeuble, certes gris, certes petit, certes vétuste (jusqu'à la réhabilitation), mais non moins peuplé d'hommes - gris aussi- qui ont besoin de soins.

Dans la société d'origine, les dictons, les proverbes, la sagesse populaire, les recommandations religieuses, tout indique qu'il faut respecter, aider et assumer les vieux et la vieillesse. Les vocables concernant les personnes âgées sont empreints de déférence et d'estime. Lorsqu'on parle d'*Al Kabir*, cela signifie "grand et respectueux", *Al Jad*, c'est "l'ancêtre ou l'aïeul vénéré". Le droit et les devoirs ordonnent à chaque musulman la prise en charge de ses parents. Un profond égard est dû aux ancêtres. Mais la descendance des vieillards nord-africains hébergés en foyers Adoma en France est restée au Maghreb<sup>68</sup> : personne n'est là pour honorer cette vieillesse, perçue comme noble au pays mais problématique en France. Reste le secours des associations de bénévoles (pour la plupart associations religieuses), qui apportent une aide à la vie quotidienne des résidents. C'est d'ailleurs (entre autres ?) par l'intermédiaire du centre de santé des Géants que s'organise cette aide bénévole à domicile. Il s'agit autant d'un soutien sur le plan matériel (commissions, portage des repas...), que sur le plan social. Les bénévoles tendent à rompre la solitude de ces vieux hommes en leur rendant visite régulièrement.

### ***c. Transfert d'argent au pays***

#### *i. Des revenus amputés par les mandats envoyés à la famille restée au pays*

Si les revenus des résidents âgés des foyers ne semblent pas suffire à justifier le renoncement aux soins (la pension de retraite et son complément -qu'ils touchent quasiment tous- portent le montant total de leurs revenus mensuels à environ 1.150 euros), le transfert d'une somme conséquente (environ un quart des revenus), chaque mois, à la famille restée au pays, permet néanmoins de comprendre la contrainte budgétaire qui pèse sur ces anciens travailleurs célibatairisés. Il faut en effet rappeler le caractère central de la question des ressources pour la population immigrée isolée dont une partie de la famille continue de résider au pays : il est nécessaire non seulement de pouvoir se nourrir, se loger ici, mais aussi d'envoyer de l'argent au pays pour faire vivre la famille. Plus symboliquement, on peut considérer l'argent envoyé au pays comme une forme de "rançon" de l'exil, la raison de l'immigration et sa

---

<sup>68</sup> Cf. « Causes liées aux parcours et mode de vie des résidents – Une population fragilisée sur le plan psychologique – Absence de soutien familial ».

justification.

Cette question trouve son acuité au moment de la hiérarchisation des dépenses de l'immigré, classées par ordre de priorité. « La plupart des résidents âgés des foyers n'ont pas de mutuelle car ils n'ont pas l'argent pour payer les cotisations, sauf à renoncer à l'envoi de mandats au pays... », constate Jacques BAROU. Et tous les professionnels de santé interviewés d'abonder dans ce sens. Or les mandats sont leur raison d'existence, nous l'avons vu tout à l'heure. Les migrants ne se sentent utiles qu'à travers l'aide financière qu'ils envoient à leur famille.

En fait, comme le note Hamid BROHMI<sup>69</sup>, « les migrants acceptent tous les sacrifices, toutes les souffrances pour deux raisons essentielles : l'aide à ceux restés à leur charge et les soins médicaux. » La priorité se porte cependant se porte sur les “proches” qui sont restés sur la terre natale, d'autant qu'il est bien rare que dans la famille élargie destinataire des mandats, il n'y ait pas une personne malade. “L'aide à ceux restés à la charge [des immigrés]” devient alors indispensable non seulement à la subsistance de la famille, mais plus particulièrement aussi à la survie de la sœur ou du neveu souffrant. Car si les immigrés restent en France pour les soins médicaux, ils se préoccupent davantage de la santé des membres de leur famille que de la leur.

#### *ii. La santé des siens avant la sienne*

« Beaucoup [de résidents vieillissants] se perçoivent comme des vieillards qui vont bientôt mourir. La priorité pour eux, c'est de faire vivre la famille restée au pays. D'autant que parmi les membres de la famille, il n'est pas rare qu'il y en est un qui soit souffrant (maladie grave ou handicap) : les maux de hanches ou de dos du travailleur immigré retraité passent après », relate une assistante sociale interviewée au cours de l'étude.

On peut distinguer, à partir de l'observation de cette assistante sociale augmentée de l'expérience d'un médecin, deux types de patients parmi les Maghrébins de plus de 55 ans : ceux qui considèrent que leur santé est primordiale car sans la santé, ils ne peuvent pas aider leur famille au pays ; et ceux qui font passer leur santé après les mandats parce qu'ils estiment qu'il est plus important d'envoyer de l'argent plutôt que de l'utiliser à se soigner. « Je pense que ces derniers n'ont pas conscience de l'importance de suivre un traitement pour guérir vraiment », conclut la doctoresse.

Il est important de noter que le dilemme ne se pose en ces termes qu'à partir du passage à la retraite des travailleurs. Tant qu'ils étaient en activité, la Sécurité Sociale française les

---

<sup>69</sup> BROHMI Hamid, *Pour une approche interculturelle des populations migrantes vieillissantes originaires du Maghreb*, 2006.

couvrait, eux et leur famille restée au pays. Ce n'est qu'en arrivant à la retraite qu'ils perdent ce "privilège". Au moment même où ils commencent à avoir du temps pour "s'écouter" et prendre conscience de l'importance de se soigner, les anciens travailleurs immigrés sont mis face à une double contrainte, plus forte encore que celle qui pesait sur eux pendant leur vie active : d'une part, leurs revenus s'amenuisent -puisqu'ils passent d'un revenu salarié à une pension de retraite souvent incomplète du fait de la difficulté qu'ils peuvent avoir à fournir les justificatifs de tous leurs emplois-, et d'autre part la couverture sociale dont il bénéficiait, à la fois pour eux et pour leur famille, se rétrécit. C'est ainsi qu'avec moins de moyens, ils doivent subvenir à plus de besoins (car eux-mêmes vieillissent bien sûr, avec tous les nouveaux soucis de santé que l'avancée en âge apporte).

## **2) L'aller-retour comme frein au recours**

### ***a. La difficulté de poursuivre un traitement médical lors de longs séjours à l'étranger***

Les personnes dont nous parlons étant en grande majorité "à cheval" entre la France et le Maghreb, la qualité de leur suivi médical ne saurait être appréciée indépendamment des impacts du voyage sur l'observance des traitements. Les acteurs rencontrés ont -à l'unanimité- soulevé le problème de l'interruption des traitements médicaux pendant les séjours des résidents dans leur pays d'origine. La difficulté de poursuivre un traitement lors de longs séjours à l'étranger vient de deux facteurs : d'une part, la législation française empêche la délivrance de grandes quantités de médicaments ; d'autre part, les migrants, éloignés des soignants qui les suivent habituellement, ont tendance à négliger leur traitement quand ils arrivent au "bled".

#### *i. Délivrance de médicaments contrôlée*

Un obstacle à l'observance des traitements de longue durée pendant les séjours au Maghreb a été soulevé par tous les acteurs rencontrés (médecins, résidents et gestionnaires de foyer). Les pharmaciens ont le droit de délivrer au maximum un mois de traitement à un patient, pas plus. Après un mois, le malade doit revenir pour le renouvellement de ses médicaments. « Nous avons demandé d'allonger la durée légale à six mois mais ça a été refusé », explique un médecin de centre de santé. Pour les personnes qui s'absentent de France plus de quatre semaines, le problème de l'approvisionnement se pose. Face à cette impasse, certains migrants prévoient le manque à venir et "économisent" leurs médicaments dès le début de leur séjour : au lieu de prendre deux comprimés par jour par exemple, ils n'en prennent

qu'un, de sorte à en avoir jusqu'à la fin. D'autres migrants suivent leur traitement avec rigueur, jusqu'à ce que, ayant épuisé leur stock, ils cessent brutalement. Pendant le ou les dernier(s) mois, leur traitement s'interrompt alors.

Une autre possibilité consiste à racheter sur place les médicaments épuisés. Mais d'une part, les médicaments coûtent cher là-bas, si bien que, pour les mêmes raisons que celles qui les font renoncer aux soins onéreux en France, les migrants n'en rachètent pas : ils suspendent tout simplement leur traitement dès que leur stock est épuisé. D'autre part, la législation française contient quelques aberrations. Un assuré social maghrébin par exemple a été accusé de fraude pour avoir acheté en Algérie des médicaments qu'il avait déjà achetés en France. Il était en voyage là-bas et n'avait pas emporté toutes ses boîtes de médicaments car il ne devait en prendre que s'il tombait malade. Etant tombé malade en Algérie, il a acheté les médicaments sur place. Or un accord bilatéral a été passé entre les caisses d'assurance maladie française et algérienne, pour que les migrants puissent se faire rembourser les soins, quel que soit le pays dans lequel ils font la dépense de santé. Comme il avait déjà acheté son traitement en France et que la Sécurité sociale le lui avait remboursé, il a été accusé de fraude lorsqu'il a demandé le remboursement des médicaments rachetés en Algérie. La Sécurité sociale ne voulait pas payer deux fois pour un même traitement. Pour clarifier la situation, on peut reprendre la comparaison faite par cette assistante sociale qui relatait l'histoire : « C'est comme si l'on vous accusait de fraude quand vous achetiez des médicaments sur votre lieu de vacances alors que vous en avez chez vous. »

#### ***b. Quelques "combines" pour contourner la loi***

En dépit des obstacles qui viennent d'être décrits, « les résidents s'arrangent généralement pour emporter suffisamment de médicaments lorsqu'ils retournent au pays », entend-t-on dire de la bouche d'une directrice de foyer. Alors comment font-ils ? Sans faire appel à quelque service que ce soit, lorsqu'ils arrivent à la fin de leur stock, certains reviennent en France "refaire un plein". D'autres demandent à un compatriote qui s'apprête à venir au pays de leur en apporter.

Pour permettre à leurs patients migrants de suivre leur traitement tout au long du séjour, les médecins peuvent de leur côté donner des médicaments en plus d'en prescrire : chaque médecin dispose d'un petit stock de médicaments gratuits ; il peut en faire usage de cette façon.

Parallèlement à ça, des pharmaciens enfreignent la règle qui limite la délivrance de traitement à quatre semaines pour permettre aux malades de s'absenter plus longtemps sans manquer de médicaments. Un résident asthmatique témoigne ainsi de gratitude à l'égard de son pharmacien qui lui délivre une quantité suffisante de Ventoline pour trois mois lorsqu'il part

trois mois en Algérie. Le pharmacien dans ce cas garde la carte Vitale du patient et la repasse une fois par mois, comme si le patient revenait à la pharmacie pour renouveler son traitement. Des médecins concluent que « la quantité de médicaments que les voyageurs peuvent emporter lorsqu'ils retournent au pays dépend du bon vouloir des pharmaciens » ; cela dit, il faut savoir que si le patient décède pendant son séjour à l'étranger, la responsabilité revient au pharmacien qui a délivré plus d'un mois de médicaments... Le "bon vouloir" est donc lourd de responsabilités. Certains pharmaciens néanmoins prennent le risque, et c'est en outrepassant la loi qu'ils permettent à des transmigrants de se soigner convenablement malgré leur mode de vie écartelé entre deux terres.

### *c. Négligence des patients pendant les séjours au pays*

Ainsi que le fait remarquer une doctoresse d'un centre de santé grenoblois, « même s'ils ont suffisamment de médicaments pour toute la durée de leur séjour, reste que le traitement n'est pas contrôlé là-bas. Pour un diabète par exemple, le contrôle régulier du taux de glycémie dans le sang est important. Quand la personne part au pays, elle n'est plus suivie du tout. » A distance de leur environnement quotidien, les résidents n'ont plus la préoccupation de leur santé à l'esprit -si tant est qu'il l'ait eue en France-, ou alors elle est reléguée en arrière plan. Les médecins qui les suivent habituellement sont loin, les infirmier(e)s et les assistant(e)s social(e)s aussi : la rigueur du suivi médical, déjà difficilement atteinte, s'évanouit avec l'arrivée au pays.

Si certains résidents rachètent des médicaments sur place (car il y en a), ce n'est pas la majorité. La plupart d'entre eux ne veulent pas faire cette dépense, soit ils n'ont pas conscience de l'importance de suivre régulièrement leur traitement, soit parce qu'ils préfèrent utiliser leur argent à d'autres fins. Pourtant, pour les patients en maladie de longue durée (ALD), il y a possibilité de se faire rembourser dès le retour en France, en échange des factures de médicaments. Le non recours aux soins de santé reste donc davantage corrélé à la représentation qu'on se fait de la santé et de l'importance qu'il y a à se soigner, qu'à la situation économique et financière dans laquelle on se trouve.

Toute la difficulté de l'étude réside justement dans la compréhension de cette représentation de la santé et de l'importance qu'on lui accorde. Car même s'ils rachètent peu de médicaments lorsqu'ils en manquent, les transmigrants comparent les systèmes de santé français et maghrébin et sont attentifs à remettre leur santé aux mains de ceux qu'ils estiment les plus compétents. « Ils n'ont pas confiance dans le système de santé de leurs pays, observe une infirmière. Ils cherchent à se faire soigner en France. Les soins y sont de bien meilleure qualité qu'au Maghreb, selon eux. » On ne saurait donc conclure à un désintérêt des immigrés

pour leur santé. Beaucoup d'entre eux d'ailleurs affirment que s'ils restaient là-bas, ils mourraient parce qu'ils ne pourraient pas se procurer leurs médicaments habituels ; les diabétiques par exemple ne pourraient pas avoir leurs piqûres d'insuline. Le non recours aux droits et services de santé par les immigrés maghrébins n'est donc pas le fait d'une inconscience : les patients ont des avis souvent bien fondés sur la santé ("bien fondés" dans le sens où leurs remarques rejoignent la réalité observée -les dispositifs de santé sont en effet moins développés en Afrique du Nord qu'en France. Les résidents veillent à la qualité de leur sommeil, ils sont informés sur la composition d'une alimentation équilibrée, savent qu'il est bon de bouger un peu chaque jour pour entretenir leur condition physique...-).

Mais les allers-retours au pays empêchent la continuité du suivi médical. « Les retraités font souvent des allers-retours au pays. Or il y a parfois plusieurs mois d'attente avant d'obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste. Entre le moment où ils veulent consulter et le moment où le spécialiste est disponible, ils ont déjà prévu un voyage au Maghreb. Du coup, ils renoncent au rendez-vous, parce que deux mois plus tard, ils ne seront plus là. Ou alors, ils prennent le rendez-vous mais ne l'honorent pas, puisqu'ils sont déjà partis », explique un médecin. Les transmigrants préfèrent renoncer aux soins de santé qu'à leurs voyages ; c'est une question de priorités. « Inutile de dire que dans ces conditions-là, certaines personnes reviennent très malades du pays ! » commente une gériatre.

Pour mieux comprendre le rapport des Maghrébins à la santé, le détour par la représentation du corps et de la maladie dans l'islam s'impose. Les immigrés nord-africains qui vieillissent aujourd'hui dans les foyers Adoma sont certes arrivés en France jeunes ; mais à 20 ans, on a déjà intériorisé de larges pans de la culture où l'on baigne, et l'exil ne gomme pas entièrement l'identité acquise dans le pays d'origine.

### **3) Aspects culturels et cultuels**

*« Il n'y a rien de barbare et de sauvage en cette nation, sinon que chacun appelle barbarie ce qui n'est pas de son usage. »*

(Michel DE MONTAIGNE, *Essais*. Livre premier, chapitre XXXI, 1587)

Cultures et traditions sont au carrefour de la vie spirituelle régissant la vie sociale des fidèles par des règles et des interdits auxquels ils se plient, pour des raisons qui sortiraient de l'objet de cette étude. Signes extérieurs de la croyance religieuse, les rites sont l'expression de leur intime conviction. Or si la pratique d'une religion peut être fondamentale au bien-être d'une personne en pleine santé, elle l'est plus encore pour la personne souffrante. Les soignants peuvent se sentir en difficulté dans la prise en charge de patients profondément marqués par la

foi, surtout quand ils sont eux-mêmes détachés de toute obéissance. Même si les religions ne sont pas comprises par ceux qui y sont étrangers, elles ne peuvent pas pour autant être rejetées.

*a. La représentation du corps dans la culture maghrébine  
et dans la religion musulmane*

Soigner son corps, c'est se respecter tout en honorant le divin. Le musulman a pour mission d'en prendre soin par une hygiène stricte et de le respecter par ses parures. Quotidiennement, il se doit d'observer différentes règles religieuses (ablutions, prières, interdictions alimentaires, pudeur...) pour atteindre sa quête de pureté spirituelle. Son enveloppe charnelle (émission d'excréments, sang, crachat...), ses désirs et ses faiblesses, peuvent rompre sa spiritualité. Or en état d'impureté, nul ne peut effectuer une prière, pénétrer dans un lieu de culte, observer un jeûne, entrer dans un cimetière... La purification par l'eau s'avère nécessaire avant de procéder à tout acte cultuel.

Les soins d'hygiène font d'ailleurs partie, indépendamment de toute appartenance culturelle ou cultuelle, des quatorze besoins fondamentaux rédigés par Virginia HENDERSON en 1947 : ils sont reconnus comme « une nécessité vitale commune à tout être humain sain ou malade ». Toutes les âmes ont pour mission terrestre de conserver la parfaite intégrité de leur enveloppe charnelle. L'islam affirme qu'en cas de mauvais traitements, les corps se plaindront à leur Créateur lors du jugement de leurs âmes après le trépas.

Si la Bible ne préconise pas de règles strictes à l'encontre de la décence (les hommes se sont chargés de les établir), il n'en est pas de même pour le Coran : « chaque religion a sa propre morale et la morale de l'islam, c'est la pudeur » dit le prophète Mahomet. La Charte du culte musulman en France le confirme en ces termes : « l'islam condamne tout ce qui peut dégrader la personne, en affirmant la valeur de la pudeur, de la maîtrise de soi et du respect d'autrui. » Le Coran impose naturellement la pudeur à ses fidèles et leur dicte précisément les parties du corps à soustraire au regard d'autrui, en distinguant quatre catégories : ce qu'un homme peut voir d'une femme ; ce qu'une femme peut voir d'un homme ; ce qu'un homme peut voir d'un homme ; ce qu'une femme peut voir d'une femme. Si la femme a un devoir de pudeur devant l'homme, l'homme a la même obligation face à la femme, sans discrimination. Ainsi devra-t-il garder couverte la partie de son corps comprise entre le nombril et les genoux. « La nudité n'est pas vécue comme une violation de l'identité si elle est exigée par un soin ou un examen, alors que dans un contexte différent, elle impliquerait un sentiment de honte,

observe David LE BRETON<sup>70</sup>, anthropologue du corps. Mais lorsque le patient ne supporte pas telle ou telle situation et se sent nié dans son identité propre, bafoué dans ses droits de malade, cela engendre des malentendus et des tensions avec les professionnels hospitaliers. »

*i. Le vécu du corps (les différentes parties et leur charge symbolique)*

Le rapport au corps varie selon les cultures et les religions comme l'illustrent les codes du toucher, des regards, des soins apportés aux ongles et aux cheveux ; la conception de la beauté ; les significations du vêtement<sup>71</sup>... En arabe, la chevelure par exemple est l'apanage de la vitalité. Le crâne et le front sont les lieux du respect : c'est là qu'on embrasse les personnes âgées ou les invités très respectés. Le nez est le symbole de l'honneur. "Ne pas avoir de nez", ce n'est pas comme en français, manquer de goût ou ne pas flairer les bonnes affaires, être naïf ; cela signifie accepter de vivre dans la honte, n'être qu'un misérable, même si l'on est riche. Les yeux sont le signe de l'humanité ; on ne regarde pas qui l'on respecte. On détourne son regard des femmes pour ne pas les importuner lorsqu'on est homme, et l'on détourne son regard des hommes pour ne pas les humilier en les troublant, lorsqu'on est femme. La main élevée, ouverte, est le symbole de la protection. Les épaules sont le signe de la protection et, par extension et conséquence, de la classe sociale. "Avoir des épaules", c'est avoir des gens qui vous garantissent, vous protègent, couvrent vos sottises ou infractions.

Le pied n'assume pas du tout en Orient la charge de mépris que l'Occident lui octroie. C'est la chaussure ou la saleté qui sont répugnantes, pas le membre. C'est pourquoi la chaussure est un instrument qui sert à traverser la souillure d'un lieu propre à un autre lieu propre où l'on s'empresse de l'enlever. Porteuses de tous les miasmes du lieu public, les chaussures souillent le lieu domestique ou sacré. Un tombeau, même mal tenu, ne s'aborde pas chaussé. Pour les chrétiens coptes et les musulmans, le lieu de prière ne souffre pas de souliers. Si les circonstances font qu'on doive se déplacer pieds nus, il faut alors se les laver avant de franchir le seuil. Un pied nu et propre est très respectable ; toutefois, à l'heure de la sieste, on ne le présentera pas à proximité du visage du dormeur voisin. Assis, on le dissimulera. Comment cacher ses pieds lorsqu'on vit sur des chaises ? Comment les sortir des chaussures lorsque rien n'est prévu pour les laver ? Comment vivre les pieds propres sans tapis ? Comment régler le fait que l'irrespect occidental, c'est d'ôter ses souliers, et que l'irrespect arabe, c'est de les garder ?

La mise en évidence des contradictions existantes entre la culture d'origine des immigrés maghrébins et la culture du pays d'immigration tend à démontrer non seulement la

---

<sup>70</sup> LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*. PUF. 2000.

<sup>71</sup> DJABALI Hawa, *La relation au corps chez les Maghrébins*. Centre culturel arabe Wallonie Bruxelles. 2004.

difficulté d'adaptation dont doivent faire preuve les migrants, mais aussi les incompréhensions réciproques entre autochtones et immigrés, au quotidien et dans les rapports soignants/soignés. Tant dans les paroles que dans les comportements, les codes sont différents. A partir de ce constat, interpréter un acte ou un mot selon une grille de lecture autre que celle à laquelle le locuteur (ou l'acteur) se réfère, c'est risquer de mal l'interpréter. Cela crée des malentendus dans les relations sociales ou amicales que Français et Maghrébins entretiennent entre eux. Or l'incompréhension peut nuire à la qualité du diagnostic puis des soins dans le cadre d'une relation d'aide ou d'un suivi médical.

Evoquons un dernier exemple. Contrairement à la société occidentale où l'on évoque les "rites d'évitement", le toucher n'est pas une intrusion dans la conception maghrébine. Au contraire, langage naturel du cœur, il guérit, rassure, soulage, détend ; il exprime à l'autre qu'il ne nous est pas indifférent. Les patients qui en sont privés éprouvent un vif sentiment d'isolement. « Il ne faut cependant pas toucher un malade contre sa volonté, met en garde Isabelle LEVY dans son *Guide pratique des cultures et des religions*<sup>72</sup> : le sang, le cuir, une personne de sexe opposée... peut mettre en état d'impureté spirituelle le patient religieux ! » Le refus d'être touché physiquement ne signifie aucunement la dénégation de toute communication. Il convient juste de respecter les règles et codes du patient. « Par exemple, illustre une infirmière, pendant le Ramadan, une personne diabétique d'obédience musulmane ne peut pas accepter les piqûres d'insuline après le lever du soleil. Il faut adapter les horaires de piqûres au rythme du jeûne. »

#### *ii. La hantise de mourir seul et d'être "mal enterré"*

Plus les migrants maghrébins vieillissent, plus la religion tient une place importante dans leur vie quotidienne. La pratique du culte musulman induit, outre le respect des cinq piliers de l'islam, tout un rituel de prescriptions coraniques qui règlent les rites de la naissance, du mariage, de la vie familiale et sociale, de la mort et de la sépulture jusqu'à la succession testamentaire. Elle influence donc tous les actes de la vie et ce d'autant plus pour les immigrés qui, éloignés de leur communauté d'origine depuis vingt, trente ou quarante ans, approchent de la mort et s'inquiètent de savoir s'ils pourront vieillir, mourir et être enterrés en France dans le respect des règles coraniques.

Selon l'enquête de la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) réalisée sur les immigrés de 45 à 70 ans, plus de 40% des personnes interrogées disent vouloir être inhumées

---

<sup>72</sup> LEVY Isabelle, *Croyances et laïcité : guide pratique des cultures et des religions, leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières*, Estem, Paris, 2002.

en France. Près de 35% préféreraient l'être dans leur pays et près de 25% hésitent encore. La CNAV souligne que « ce sont en majorité les immigrés originaires du Maghreb et de la Turquie qui souhaitent être enterrés "au pays". [...] Si l'on considère cette question sous l'angle de la religion, on s'aperçoit que ce sont très majoritairement les musulmans qui souhaitent une inhumation dans leur pays d'origine ». Et pour cause, la hantise de mourir seul et d'être "mal enterré" est une préoccupation majeure des Maghrébins vieillissant qui vivent en France. Car l'approche musulmane du rituel de la mort diffère de l'approche chrétienne occidentale. La mort est perçue, dans la religion musulmane, comme une échéance ultime avec un accompagnement strictement codifié. La présence du groupe d'appartenance est extrêmement importante en ce moment de séparation. Ce n'est pas l'idée de la mort en tant que telle qui fait peur, mais mourir seul, sans rites, dans l'exil, préoccupe beaucoup les résidents maghrébins âgés. Mourir dans l'exil serait comme une seconde trahison : à une immigration ratée s'ajouterait un enterrement sans aucune cérémonie. La tradition musulmane veut que le mort soit enterré rapidement, de préférence avant le coucher du soleil, le jour du décès. Le corps est lavé par des personnes du même sexe. Le rituel de l'ablution est extrêmement rigoureux, tous les orifices du corps sont obturés par du coton. Le corps est enveloppé dans un linceul. La prière funèbre est récitée sur le corps puis à la mosquée. Ces prières sont strictement codifiées, avec des positions et des récitations précises. Le corps est enseveli et étendu sur le côté droit, la face tournée vers la Mecque.

Or les musulmans résidant en France n'ont pas la garantie de pouvoir être enterrés selon ces rites s'ils restent en France. Le Haut Conseil à l'Intégration avait déjà, dans un rapport de novembre 2000 (*L'Islam et la République*), analysé les difficultés que rencontrent les musulmans pour se faire enterrer dans un cimetière en France conformément aux préceptes de leur religion. Parler de vieillir en France, c'est évidemment aussi parler du risque d'y mourir. Or ne pas pouvoir être enterré selon les rites musulmans constitue un frein important à l'acceptation d'une vieillesse et d'un décès dans le pays d'accueil. L'inhumation décente (selon les règles de l'islam) n'est possible que dans les rares cimetières où un carré musulman a été aménagé. En l'absence de cette possibilité, pourtant rendue obligatoire par deux circulaires ministérielles demandant aux maires de prévoir des carrés confessionnels, c'est le retour au pays soit à temps, soit *in extremis*, soit *post-mortem*... Dans ce dernier cas, à l'époque encore récente où, pour prendre cet exemple, seule la compagnie aérienne nationale desservait l'Algérie, le paradoxe était de voir jusqu'à cent cinquante cercueils en attente à l'aéroport, le nombre de cercueils étant limité à deux par vol... La société française, comme l'a souligné Yamina BENGUIGUI, n'est pas encore prête à "faire de la place" dans ses cimetières aux personnes

issues de cultures différentes...

Des observateurs ont par ailleurs rapporté certaines pratiques condamnables de la part d'entreprises de pompes funèbres, vis-à-vis de familles musulmanes. Il semble donc qu'il soit encore trop souvent « impossible d'enterrer les morts conformément aux diverses traditions religieuses et dans le respect des lois de la République », et que le nombre de carrés musulmans en France soit toujours insuffisant pour répondre aux demandes des immigrés de confession musulmane, malgré l'existence de deux circulaires du ministre de l'intérieur encourageant la création de tels carrés. La question de l'inhumation dépasse le champ du respect des préceptes religieux. Elle comporte aussi un enjeu financier, avec toutes les dérives que l'argent appelle. Le coût très élevé du rapatriement du corps conduit certaines familles à y renoncer, même lorsque le défunt avait fait part de son souhait d'être enterré dans son pays d'origine. Les trois pays du Maghreb prévoient des assurances décès qui permettent le rapatriement du corps mais les assurés peinent à payer leurs cotisations.

### *iii. Des comportements différents face à la prévention sanitaire*

Avant d'envisager l'inhumation, c'est la vieillesse et les maux qui l'accompagnent qu'il faut appréhender. De culture rurale, les migrants vieillissants ont une perception traditionnelle de la maladie où s'alternent différentes visions : le bienfaisant et le malfaisant, l'équilibre et le déséquilibre, l'ordre et le désordre, le naturel et le surnaturel, le rationnel et l'irrationnel. L'individu n'est nullement responsable de ce qui lui arrive. Il vit sa maladie comme une fatalité subie car le dépassant, elle relève du registre de la prédestination. Hamid BROHMI<sup>73</sup> rapporte ainsi le témoignage d'un résident de foyer Adoma : « ... c'est écrit, ce qui m'arrive, je n'y peux rien ! La maladie que j'ai, c'est le mauvais œil, ou des choses qu'on m'a données à manger pour être tout le temps malade dans le corps et dans l'esprit. Je ne peux pas guérir, il faut que j'aille voir un *fqih*<sup>74</sup>, les médicaments ne me servent à rien ». A côté de ces maladies dites de la malédiction, il y a les maladies dites de la honte. Le mal est caché, occulté ; d'où un discours moralisant, religieux, qui oscille entre le pur et l'impur, le licite et l'illicite, le propre et le sale, le légitime et l'illégitime. La maladie déborde le champ individuel pour toucher le collectif. Ainsi, les maladies qui relèvent de l'intime et touchent au sang, au sexe, aux excréments, sont "honteuses" et leur origine est perçue comme une transgression, une punition maléfique ou divine. Pour les personnes imprégnées de ces croyances, le concept de prévention est trop abstrait : comment se protéger de maladies quand on croit qu'elles sont envoyées par Dieu ?!

---

<sup>73</sup> BROHMI Hamid, *Pour une approche interculturelle des populations vieillissantes originaires du Maghreb*.

<sup>74</sup> Un connaisseur de la religion.

Le terreau religieux organise les attitudes. Pourtant, la pratique de l'islam n'est pas contradictoire avec le recours aux soins, ni avec la prévention sanitaire<sup>75</sup>. Mais la distance culturelle qui sépare le vieux patient maghrébin du médecin occidental fait obstacle à la communication. « Ce n'est pas facile de mener une campagne de prévention sanitaire efficace auprès de ce public, car les résidents ont tendance à nier leurs maladies », reconnaît Jacques BAROU. Les gestionnaires de foyers autant que les professionnels de santé soulignent la difficulté pour les résidents à comprendre leurs pathologies et l'utilité de la prévention. Le rôle des soignants prend ici toute son importance. « Je joue un rôle important dans l'éducation à la santé des résidents, affirme justement une infirmière qui assure des permanences dans une résidence sociale de Grenoble. J'essaie de faire comprendre à mes patients leur situation sanitaire, de leur apprendre à anticiper les rendez-vous chez le médecin, notamment quand ils sont dans le va-et-vient entre la France et le pays d'origine. Il faut prévoir la quantité de médicaments à emporter, trouver un temps pour passer les examens médicaux prescrits par le médecin... Pour cela, il faut avoir compris l'ordonnance du docteur et comprendre l'utilité de ses prescriptions. Ils viennent me voir pour que je leur explique tout ça, parce que chez le médecin, ils disent "oui" mais parfois ils n'ont pas tout compris, à cause de la langue, à cause des mots employés par le médecin... Certains font attention à ne pas utiliser leur jargon médical face aux patients mais d'autres ne savent pas parler autrement. Et même quand ils emploient des mots qui leur semblent simples, le patient maghrébin ne comprend pas forcément, parce qu'il maîtrise mal le français et il n'a pas la même représentation du temps, il ne se projette pas dans le futur comme nous, il vit un rapport au temps différent. »

Hélas, la présence d'une infirmière ou d'un service de santé quel qu'il soit reste exceptionnel dans les foyers d'hébergement pour migrants. Sur le terrain grenoblois, aucune structure Adoma n'est dotée de service sanitaire. L'accompagnement aux soins est donc aléatoire et incomplet, parce que personne n'est vraiment chargé de ce travail. C'est le gestionnaire, ou éventuellement les employés quand il y en a, qui téléphonent au docteur quand un résident a besoin d'aller consulter. Ils prennent rendez-vous pour lui mais ne l'accompagnent pas, ne le revoient pas après pour s'assurer qu'il ait bien compris ce que le médecin lui a dit. Du coup les ordonnances sont souvent mal comprises, et les traitements mal suivis.

---

<sup>75</sup> Cf. paragraphe suivant : « La conception musulmane des maladies ».

## ***b. La conception musulmane des maladies et des soins***

### *i. Deux types de maladies imbriqués l'un à l'autre, ou la nécessité de considérer le patient dans sa globalité*

Le Coran évoque la maladie, et autres états en découlant, dans vingt-cinq versets. Il ressort de l'analyse de ces versets qu'il y a deux catégories de maladies : celles de la foi, dues à l'éloignement de Dieu ou l'égarement, et celles du corps, physiques : deux types de maladies à première vue distincts mais en pratique bel et bien intriqués puisque le psyché agit sur le corps et vice versa. Le soin ne peut donc se faire qu'en prenant le malade dans sa globalité, c'est-à-dire en considérant le patient avec son corps, sa raison, son esprit et également avec son environnement familial et culturel. Cet aspect est d'autant plus important que la prise en charge est lourde ou longue et située dans un cadre non familial.

### *ii. La maladie comme épreuve divine*

IBN QAYYIM, savant de l'Islam du XIII<sup>ème</sup> siècle, parle de l'intérêt des soins spirituels pour les perversités de la foi, et de la nécessité de soins médicaux pour les maladies du corps. Dans la conception islamique, la maladie est considérée comme une épreuve divine. C'est Dieu qui veut la maladie, pour punir, avertir, ordonner une épreuve. Toute la vie est d'ailleurs considérée comme une épreuve par le musulman.

Dans les milieux populaires, on cherche toujours une raison événementielle au début de la maladie. Le "courant d'air" -entendez le milieu hostile ou la malveillance de quelqu'un qui vous met en mauvaise situation de recevoir ce "courant d'air"-, est privilégié. Le choc émotionnel ou la "mauvaise nourriture" sont des prétextes fréquents. Longtemps d'ailleurs, les gens du pays qui rendaient visite aux immigrés en Occident, apportaient de la nourriture à des gens qui n'en manquaient pas. Ils les chargeaient encore de nourriture avant le départ lorsque la visite avait lieu dans l'autre sens. On récitait la prière des morts sur les premiers émigrés nord-africains, avant qu'ils ne s'en aillent. Maintenant encore, l'émigration s'apparente, dans les soins apportés, à une maladie.

La souffrance est reçue comme une épreuve positive qui permet de passer à un stade supérieur, par l'adoption d'une attitude de "patience active". Active par définition, la maladie va donc pousser le patient à rechercher une solution à son problème. Cette recherche ne peut cependant pas se faire de manière démesurée car le musulman sait que la guérison vient de Dieu.

### *iii. L'éloge de la patience*

Il en découle que le musulman doit être patient. Il s'agit de s'accommoder à la douleur, de la relativiser, en attendant plus ou moins passivement qu'elle disparaisse d'elle-même. L'attitude de patience renvoie de ce fait à une conception positive du corps humain, réparateur de ses propres dysfonctionnements sans qu'aucune action ne soit nécessaire. La patience est fortement récompensée puisqu'elle représente la moitié de la foi (dixit le prophète). Selon un hadith rapporté par IBN ABBAS (un compagnon du Prophète -savant de l'islam-), « la patience est à la foi ce que la tête est au corps ». Dieu dit dans le Coran : « prenez aide dans la patience et la prière ». Pour favoriser la patience, BOKHARI (autre savant de l'islam, VIII<sup>ème</sup> siècle, dont l'œuvre est reconnue comme la plus authentique de toutes les autres œuvres dans le domaine de la littérature du Hadith) rapporte également cette parole du prophète Mahomet : « Tout ce qui atteint le croyant : épuisement, maladie, chagrin, douleur, souffrance, angoisse et même une simple piqûre d'épine, lui vaut, de la part de Dieu, l'effacement d'une partie de ses péchés ». Cette faculté de patienter afin d'obtenir la récompense divine renforce le moral du patient et lui permet d'évoluer plus confortablement.

Si les médecins et la frange avertie de la population se désolent de l'attitude passive des peuples africains en cas de maladies contagieuses graves, il faut donc entendre que dans une mentalité générale où Dieu est responsable des épidémies comme des tremblements de terre, il n'y a pas à résister. L'image qui règne encore souvent au sud de la Méditerranée, est celle d'un dieu qui peut haïr, détruire, anéantir à sa guise... La responsabilité par rapport à sa propre santé est une notion assez nouvelle en Afrique : elle a été inculquée aux immigrants, dont les schémas de pensée n'incluaient pas cette dimension avant l'émigration.

On peut à partir de là aisément comprendre que certains soient tentés d'accepter la maladie comme une fatalité voulue par Dieu sans chercher de remède. Pourtant cette patience ou compassion pour autrui prônées par Mahomet, ne devraient pas faire oublier ou négliger la nécessité de chercher le soin adéquat, attitude également préconisée par la loi islamique.

### *iv. La nécessité des soins*

La nécessité des soins est indiquée dans plusieurs hadiths. Le prophète a répondu à des bédouins qui venaient lui demander : « Envoyé de Dieu, devons-nous nous soigner ? », « Oui, sujets d'Allah, soignez-vous car Allah [...] n'a créé de maladie sans lui avoir associé un remède, à l'exception [de la vieillesse]. » Un autre hadith rapporte que « pour chaque maladie, il y a un remède. Quand le remède est compatible avec la maladie, il va la guérir, avec la permission de Dieu [...] ». Ainsi la foi en Dieu ne s'oppose pas à la nécessité d'utiliser tous les

moyens de soins adéquats lorsqu'on est atteint d'une maladie. Au contraire, le sens véritable de la confiance en Dieu, c'est de se remettre à lui tout en prenant les dispositions nécessaires pour atteindre ce qu'on cherche.

Deux autres hadiths exposent la même idée : « A toute maladie, un remède. Le traitement vaincra la maladie, et le souffrant se rétablira avec la permission de Dieu » et « Dieu n'a fait descendre une maladie sans avoir, en même temps, fait descendre son remède dont certains ont eu connaissance alors qu'il est demeuré inconnu pour d'autres ». Ces hadiths encore incitent le croyant à chercher un remède. Le malade qui, dans sa quête de soins, s'attache à un traitement potentiellement capable de le guérir, arrivera déjà à vaincre le désespoir et trouvera par là même la force requise pour lutter contre la maladie. Le médecin quant à lui doit être confiant, puisqu'à chaque maladie correspond forcément une anti-dote, le remède. Lui aussi doit déployer tous ses efforts à la recherche du soin nécessaire.

Cette notion de remède qui existe forcément va être un stimulant positif pour le malade dans sa patience et pousser les soignants à chercher la solution au problème. De plus, ce traitement doit être adéquat à la maladie, c'est à dire qu'il doit être suffisamment efficace et bien adapté à la situation. Cela implique le refus à la fois de l'acharnement dans le soin et d'une prise en charge minimale qui livrerait le patient à lui même. Notons ici que si le soin revient à l'équipe médicale, la guérison quant à elle vient de Dieu.

Que l'homme arrive à connaître ou non ce remède, le remède existe. Mais il ne suffit pas de trouver le remède et que celui-ci soit compatible avec la maladie. Il existe d'autres conditions pour aboutir à la guérison, notamment l'état du malade qui va recevoir ce remède et le dosage de ce dernier.

#### *v. Mieux vaut prévenir que guérir*

Le musulman ne considère pas que son corps lui appartienne. Il le possède en dépôt (*amana*<sup>76</sup>). Pour ne pas trahir la confiance de Dieu, le musulman se voit donc dans l'obligation de protéger ce dépôt. IBN QAYYIM rapporte quelques règles pour préserver une bonne santé : une alimentation saine, diversifiée, équilibrée, pas trop abondante et respectant les règles d'hygiène. En elle-même, c'est un traitement préventif. La prévention évite la maladie ; et la pratique du sport permet de dégager les surplus entassés dans le corps.

Les résidents interrogés avaient intégré ces règles d'hygiène de vie, le sommeil et l'alimentation étant régulièrement cités comme points de préoccupation majeurs pour la santé.

---

<sup>76</sup> "Don en dépôt".

#### *vi. Dérogations dans les prescriptions religieuses pour les malades*

Si les règles semblent strictes, le Coran accorde toutefois des dérogations pour aider le malade dans ses pratiques religieuses. Le principe de la médecine des corps se base sur trois fondements : la préservation de la bonne santé, la restriction pour ne pas aggraver la maladie, l'évacuation des substances nuisibles.

Il faut retenir également de ces versets que la religion musulmane considère que la préservation de la bonne santé et la nécessité de soins justifient une souplesse dans les prescriptions religieuses sans utiliser les substances interdites et illicites dans le traitement. Le prophète a dit dans un hadith rapporté par BOKHARI : « Dieu n'a pas mis votre guérison dans ce qu'il vous a interdit ».

#### *c. Sentiment d'étrangeté face aux services de santé français*

L'emprunte culturelle pose sa marque dans le rapport entre soignants et soignés, mais aussi dans le rapport des patients avec le système de santé pris au sens global, institutionnel, impersonnel. Ainsi, rapporte un médecin du centre de santé Vieux Temple, « certains prennent une mutuelle mais d'autres pas car ils estiment qu'étant âgés, ils devraient être intégralement pris en charge par le régime général. Cette idée renvoie à la place que l'on donne aux anciens dans des sociétés traditionnelles. »

#### *i. Incompréhension de la démarche de soins*

La démarche de soins en elle-même est rarement bien comprise. Pourquoi aller chez le médecin ou se soumettre à un acte médical quand on n'a mal nulle part ? « C'est moi qui sens si je suis malade », proteste un résident quand on évoque les campagnes de prévention sanitaire qui ont eu lieu dans son foyer et auxquelles il n'a pas assisté. La démarche de prévention sanitaire reste dénuée de sens pour beaucoup d'immigrés âgés qui n'ont jamais pris l'habitude de prendre soin d'eux : la course aux revenus les poussait à travailler toujours plus, quelles que soient les douleurs de leur corps. De plus, beaucoup sont convaincus qu'en respectant une saine hygiène de vie, ils se protègent des maladies. « Je mange équilibré, je dors bien, je marche tous les jours : pourquoi tomberais-je malade ?! ».

« Les patients ne comprennent tout simplement pas leur pathologie, explique une infirmière. C'est vrai notamment dans le cas des pathologies invisibles telles que le diabète, l'hypertension... Quand on a des boutons, ça se voit, et tant que les boutons restent, on continue

de les voir. Le diabète ou l'hypertension ne sont pas visibles de l'extérieur. On peut avoir mal à la tête, faire des malaises, mais on ne ressent pas les symptômes tout le temps, ça va et ça vient. Or, quand ils ne ressentent pas les effets de leur maladie, les patients croient que c'est fini. Ils ne comprennent pas qu'ils peuvent être malades sans que ça se voie, et sans souffrir tout le temps. » C'est pour cette raison que les traitements médicaux sont souvent interrompus prématurément par les patients : sitôt que le symptôme disparaît, le malade arrête de prendre ses médicaments. Il se croit guéri. « Le problème, reprend l'infirmière, c'est qu'à partir du moment où ils arrêtent de prendre les médicaments, il y a rechute. Je leur explique que ce sont des médicaments qu'il faudra prendre toute leur vie. Et, s'ils n'entendent pas, je leur présente les risques auxquels ils s'exposent s'ils ne suivent pas rigoureusement leur traitement. Ils comprennent, ils reprennent leurs médicaments... jusqu'à ce que, se croyant à nouveau guéris, ils l'interrompent encore. Et il faut tout recommencer... ».

Le non recours aux médecins spécialistes s'explique en partie aussi de cette façon d'après une gériatre de Grenoble : « Ces patients ont du mal à prendre rendez-vous chez les spécialistes quand on leur dit que c'est nécessaire. Je crois qu'ils ne comprennent pas la gravité de leur maladie. C'est encore plus difficile si ce sont des examens de dépistage qu'on leur prescrit, parce qu'ils ne voient pas l'utilité de faire des actes médicaux alors qu'ils n'ont mal nulle part. Et puis il y a toujours selon eux une part de volonté divine dans l'évolution de leur état de santé », rappelle-t-elle.

Si certains centres de santé ou d'action sociale mettent en place des services destinés à aider les personnes isolées, reste que les hommes âgés originaires du Maghreb ne comprennent pas forcément la logique de ces dispositifs. Le concept du numéro vert par exemple (Sida Info Service, Hépatites Info Service, SOS alcoolisme et autres) peut rester énigmatique pour des personnes souvent analphabètes, peu sûres de leur capacité à s'exprimer et à se faire comprendre oralement<sup>77</sup>, et mal à l'aise avec les outils de communication modernes et impersonnels (auxquels ils préfèrent la parole directe et naturelle). « Le portage des repas ne fonctionne pas du tout, témoigne une gestionnaire de foyer, car les résidents ont toujours peur que la viande ne soit pas hallal, même si le prestataire assure que si. »

---

<sup>77</sup> « Un patient pakistanais a exprimé, via un traducteur professionnel contacté par téléphone "en direct", son profond sentiment d'angoisse généré par la crainte qu'il avait de ne pouvoir arriver à expliquer aux médecins son problème de santé », "Mieux communiquer pour mieux soigner", Compte-rendu de la journée thématique organisée par le Groupe de réflexion sur la prise en charge des migrants à l'hôpital Avicenne (Pr. Olivier BOUCHAUD et Nathalie LELE) - avril 2005, hôpital Avicenne (Bobigny, Seine St Denis) -

## *ii. Problèmes de communication entre patients et soignants*

Les écarts culturels peuvent créer des blocages ou des malentendus du fait de la forme même du déroulement des entretiens. Engager la conversation avec un patient nord-africain debout ou près d'une porte risque d'être interprété comme un propos prononcé sans intérêt réel. Le vrai dialogue ne peut s'ouvrir qu'assis face à face à même hauteur. Il est d'usage au Maghreb de prendre des nouvelles de son interlocuteur et de ses proches, même si on ne les connaît pas, avant de débiter l'échange sollicité. Une personne étrangère n'aime pas toujours répondre à des questions comme sait le faire un patient occidental. De plus, une phrase en arabe n'est perçue comme une question que si un mot ou une particule interrogative, signant le respect, a été ajouté. En français, il suffit de hausser le ton sur la dernière syllabe pour transformer une affirmation en interrogation. Lorsqu'un patient ne répond pas à une question, c'est souvent simplement parce qu'il ne comprend pas qu'on lui a posé une question. Les Maghrébins n'ont pas moins besoin d'écoute et de patience que les autres, même s'ils ont plus de mal parfois à trouver les mots français pour s'exprimer. « Une consultation, c'est dix minutes de médecine environ, et vingt minutes d'explications ! », résume une doctoresse de centre de santé. Les Maghrébins âgés seraient plus "chronophages" que d'autres patients.

La question du transfert d'informations de soignants à soignés, et de soignés à soignants, doit être abordée. Des infirmières de nuit font part de ces difficultés particulières rencontrées dans ce moment bien spécifique où les angoisses montent plus facilement vis à vis de la maladie, de la mort parfois, ou tout simplement d'un examen prévu le lendemain et qui inquiète. Ces angoisses naturelles, souvent conséquence d'un défaut de parole et d'un déficit d'explications, ne sont certes pas spécifiques aux patients migrants mais sont considérablement renforcées par l'isolement culturel et linguistique voire affectif. Cela se constate dans certaines maladies "impures" et stigmatisantes (dites maladies "de la honte" ou "de la malédiction") qui peuvent parfois conduire le patient soit à un comportement agressif soit à une "fugue" ; cette fuite étant souvent interprétée comme une trahison ou un comportement irresponsable de la part du patient alors qu'il correspond le plus souvent à un élan de panique<sup>78</sup>. « Le dialogue est difficile, reconnaît une doctoresse : soit ils ne comprennent pas les mots ("kiné respiratoire" par exemple), soit ils ne comprennent pas le sens de ce qu'on leur dit (l'utilité de recourir à tel ou tel spécialiste, de faire tel ou tel examen...). Le jour et l'heure du rendez-vous doivent être bien expliqués, notés ; et il faut indiquer l'itinéraire pour se rendre chez le médecin, sinon il y a de

---

<sup>78</sup> "Mieux communiquer pour mieux soigner", Compte-rendu de la journée thématique organisée par le Groupe de réflexion sur la prise en charge des migrants à l'hôpital Avicenne (Pr. Olivier BOUCHAUD et Nathalie LELE) - avril 2005, hôpital Avicenne (Bobigny, Seine St Denis) -

gros risques que la personne n'y aille pas. Ensuite ce qui est difficile, c'est d'obtenir de ces patients qu'ils apportent bien toutes les pièces dont le médecin va avoir besoin : leurs radios, la lettre que le généraliste a adressée au spécialiste... On ne donne qu'un seul rendez-vous à la fois : c'est primordial pour ne pas embrouiller le patient. Il faut donner les consignes une par une, bien les expliquer les unes après les autres, sans risquer de semer le trouble chez le patient. Il ne faudrait pas qu'il intervertisse deux ordonnances ! ».

La compréhension réciproque varie entre soignants et malades : la parole suffit avec certains, le recours à des traducteurs ou aux gestes ne suffit pas pour d'autres. Des outils peuvent être mis en place pour faciliter l'échange : « On utilise des semainiers avec des couleurs ou des dessins pour reconnaître les jours et les moments de la journée », explique l'infirmière de la résidence sociale de l'ODTI<sup>79</sup>. Cette résidence a mis en place un accompagnement social et sanitaire des résidents immigrés âgés. « On choisit ensemble le code qui permettra au patient de comprendre son traitement. Un jour par exemple, un malade m'a demandé de tracer un bâton sur son semainier pour le matin, deux pour le midi, trois pour le soir et quatre pour le coucher. Si c'est ça qui lui parle, il faut faire ça ! » Des dépliants sont utilisés aussi, avec des dessins qui expriment ce que le patient peut ressentir ; ainsi, il peut montrer le dessin qui correspond à son état : un pictogramme représente un personnage qui vomit ; un deuxième, un homme qui se tient le ventre ; puis un qui a la gorge en feu... Plusieurs soignants ont recours aux schémas quand ils veulent faire comprendre la posologie du traitement à leur patient. Pour expliquer qu'il ne faut prendre qu'un quart de comprimé le matin et un demi le soir par exemple, il peut être utile de dessiner le comprimé et de colorier la partie à avaler à chaque fois. Avec l'expérience, les soignants finissent par savoir comment surmonter la barrière de la langue avec leurs patients non francophones. L'échange d'expériences entre collègues demeure à cet égard enrichissant.

Des interprètes sont parfois sollicités pour permettre la communication entre le soignant et le patient maghrébin. Les médecins qui ont l'habitude de recevoir un public nord-africain mal à l'aise avec la langue française connaissent en général quelques mots d'arabe. Mais leur maîtrise de la langue est insuffisante pour expliquer tout ce qu'ils voudraient au patient, et surtout ils ne peuvent pas comprendre ce que leur dit le malade. Or l'interprétariat est souvent assuré par des non professionnels : il ne garantit donc pas un échange précis. Un médecin témoigne : « Le problème avec les interprètes non professionnels, c'est qu'ils ne traduisent pas vraiment : ils comprennent, expliquent un peu au patient, mais répondent à sa place. C'est

---

<sup>79</sup> Observatoire des Discriminations sur les Territoires Interculturels.

encore plus vrai lorsque ce sont des proches qui jouent le rôle de l'interprète. »

### *iii. La parole du médecin, parole d'évangile*

En plus de considérations sur le contenu du discours médical, la relation peut être déséquilibrée du fait des statuts respectifs confrontés dans la relation : d'un côté, le médecin, symbole du savoir, au statut social valorisé légitimé par l'école ; de l'autre, un patient immigré âgé, au statut social dévalorisé (sans instruction, maîtrisant mal la langue française...), et portant sur lui un regard souvent négatif, avec peu de confiance en soi. Un phénomène de dévalorisation de soi peut alors intervenir par effet de dissuasion symbolique. Le sentiment d'infériorité du malade s'accroît à mesure que le médecin met son savoir en œuvre. C'est que le médecin est « le seul détenteur de l'autorité de la science et de la légitimité médicale », note BOLTANSKI<sup>80</sup>.

Or, l'information qui s'échange au cours de la consultation dépend de la relation entre médecin et malade. Une relation asymétrique, causée par l'écart de légitimité entre les statuts respectifs du patient et du soignant, peut nuire à la qualité de la consultation car le patient aurait honte d'avouer qu'il ne comprend pas quelque chose. Pour la plupart des patients migrants en effet, la parole du médecin est "parole d'évangile" (ou "parole de Prophète"...). Ainsi, le migrant n'osera pas poser des questions, même s'il n'a pas compris l'échange avec celui-ci<sup>81</sup>. « Chez le médecin, c'est facile : il suffit de dire "J'ai mal là" en montrant l'endroit où on a mal ! Après ce sont les radios qui disent ; pas besoin de bien parler français ! », « c'est le médecin qui dit ce qu'il faut faire », « c'est la radiologie qui parle », entend-t-on dire de la bouche des résidents du foyer Jammes. Le médecin est supposé savoir mieux que le patient lui-même ce qui est bon pour lui. On attend tout du médecin : qu'il diagnostique la maladie, prescrive les médicaments pour guérir, ordonne l'hospitalisation si besoin est, etc. « Parfois, note Hawa DJABALI dans son article sur *La relation au corps chez les Maghrébins*<sup>82</sup>, dans les milieux populaires, payer le médecin et avoir une ordonnance semble plus important que prendre le traitement. Le médicament est plus ancien que les religions dans le Monde Arabe, le médecin occupe une place respectée. »

---

<sup>80</sup> Cité par RODE Antoine, doctorant à l'Observatoire Des Non Recours aux droits et services, *Le non recours aux soins de santé chez les populations précaires*, 2005.

<sup>81</sup> "Mieux communiquer pour mieux soigner", Compte-rendu de la journée thématique organisée par le Groupe de réflexion sur la prise en charge des migrants à l'hôpital Avicenne (Pr. Olivier BOUCHAUD et Nathalie LELE) - avril 2005, hôpital Avicenne (Bobigny, Seine St Denis) -

<sup>82</sup> DJABALI Hawa, *La relation au corps chez les Maghrébins*. Centre culturel arabe Wallonie Bruxelles. 2004.

#### *iv. Le “syndrome méditerranéen”*

L’hospitalisation est une épreuve redoutée pour la plupart des résidents interrogés, tant dans l’enquête menée à Grenoble que dans les études parues sur le sujet. Beaucoup ignorent cet univers codifié avec ses usages, son vocabulaire, ses rituels quotidiens. Pour des personnes culturellement éloignées de cet espace médicalisé, affronter la souffrance sans soutien, tandis qu’on est seul, coupé de tout contact familial, et qu’on ne parle pas correctement la langue, c’est angoissant. Une fois franchie la frontière entre le monde extérieur et le monde hospitalier, les repères spatiotemporels prennent d’autres dimensions : la chambre peut être partagée avec un inconnu, les repas sont imposés à heures fixes, le corps est exhibé, les troubles librement évoqués. Dans ce contexte, tout patient hospitalisé est obligé de se soumettre aux exigences des services hospitaliers. C’est le constat de cette évidence probablement qui fait dire à un gestionnaire de foyer de la couronne grenobloise que « l’hôpital n’est pas plus angoissant pour eux que pour n’importe quel autre patient : personne n’aime aller à l’hôpital ! » Certes, nul ne se sent chez soi à l’hôpital. Le migrant vieillissant cependant est doublement étranger dans ce monde blanc. L’environnement est complexe, tout devient difficile : la nudité est ressentie comme une atteinte à l’intégrité physique (la pudeur étant au fondement des “bonnes” attitudes musulmanes), le toucher du corps pose la question du permis et de l’interdit, surtout lorsque le soignant n’est pas du même sexe que le patient. Les questions anodines du personnel médical peuvent provoquer gêne et embarras : « le moment de la toilette était terrible pour moi, témoigne un résident de foyer en Bourgogne, le voisin de chambre écoute tout et cela me gêne beaucoup. Un jour, un groupe d’étudiants est venu avec le médecin pour me voir, je ne savais pas où me mettre tellement j’avais honte de répondre... »

Le “syndrome méditerranéen” serait une sorte de fourre-tout regroupant les éléments qui font apparaître les autres comme différents. Cette notion, selon Anne VEGA et Catherine LE GRAND SEBILLE<sup>83</sup>, est construite à partir d’une série de signes extérieurs “exotiques”, folkloriques ou choquants, dont on ne saisit ni la signification profonde ni la cohérence. En fonction de l’attitude des patients vis à vis des soignants, ces derniers ont tendance à définir les patients comme “bons” ou “mauvais” malades, en fonction de leurs propres représentations et d’une différence culturelle mal prise en compte. Le “bon malade” ainsi défini ne correspond donc qu’à “notre” façon d’appréhender et d’exprimer la douleur, de se protéger de la maladie,

---

<sup>83</sup> Anne VEGA est docteur en anthropologie sociale et ethnologie (EHESS, Paris) et chercheur associé au Centre d’ethnologie française (Paris) et au Laboratoire d’écologie humaine et d’anthropologie (Aix-Marseille) ; Catherine LE GRAND SEBILLE anthropologue, maître de conférences à l’université Lille 2, et membre du Conseil national d’éthique du funéraire (CNEF).

mais aussi de manger, de se laver, sans parler des codes de savoir vivre et de politesse. Le “mauvais”, quant à lui, souvent d'origine étrangère, est vu en milieu hospitalier comme le patient excessif dans ses plaintes, forte tête, désobéissant, arrêtant ses traitements dès que les symptômes disparaissent.

Mais d'une part, le patient a le droit de se plaindre de ce qu'il ressent dans la conception musulmane de la maladie. Cela n'est pas blâmable tant qu'il n'y a pas de signe de révolte contre Dieu. De même, il est recommandé à la famille du malade et à ses “serviteurs”, au sens divin du terme, (les soignants en l'occurrence !), de le traiter avec bonté, de bien le supporter et d'accepter avec une patience active toutes les fatigues qu'il occasionne. Sur un plan pratique, il ne faut pas non plus s'étonner d'entendre réciter du Coran ou des invocations par ou autour du malade. Dans la mesure où -nous l'avons détaillé plus tôt-, la guérison vient de Dieu, interdire à un patient musulman de prononcer des prières serait comme lui interdire sa guérison. Dans le cas de l'accompagnement final, il est en outre logique que la formule « il n'y a de Dieu que Dieu » soit répétée en boucle par le patient maghrébin lui-même ou par des personnes proches, car si cette parole est la dernière du mourant, il entrera au paradis. Notons enfin que, dans la conception islamique (et européenne aussi d'ailleurs...), la thérapie par la parole existe.

D'autre part, le phénomène d'interruption prématurée des traitements n'est pas rare ; il peut même être considéré comme universel. Dans nos sociétés européennes, les malades cessent tout autant leur traitement dès que les symptômes disparaissent, l'exemple classique étant la pharyngite, traitée par antibiothérapie, que le patient mène rarement à son terme... Dans toutes les cultures, la maladie est essentiellement représentée par l'expression d'une symptomatologie clinique. La disparition des symptômes est donc vécue comme la guérison. Une infirmière travaillant dans une résidence sociale grenobloise remarque que ce phénomène d'interruption prématurée du traitement est plus fréquent dans les cas de “pathologies invisibles”, telles que le diabète, l'hypertension... Contrairement à une maladie qui provoquerait des rougeurs ou des boutons sur la peau, les symptômes du diabète et de l'hypertension s'estompent parfois, si bien que les patients peuvent croire qu'ils sont guéris. Si les patients ont du mal à admettre qu'ils doivent suivre un traitement sur une longue période (parfois à vie), c'est avant tout parce qu'ils ne comprennent pas leur pathologie.

Le fait d'être étranger à un système de soins crée effectivement pour un migrant des incompréhensions : ce “syndrome méditerranéen” n'est donc que l'expression d'une incompréhension culturelle, qu'il faut d'ailleurs relativiser. « Les cultures française et maghrébine ne sont pas les mêmes, c'est sûr ! admet une assistante sociale de Grenoble. Mais les immigrés maghrébins s'adaptent lorsqu'ils sont à l'hôpital, en centre de soins de suite ou en

maison de retraite. S'ils sont un peu ronchons avec les femmes infirmières, ce n'est pas plus notable que des patients d'origine française qui rechignent aussi face à certains soignants. » Pour toutes ces raisons, la dichotomie “bon” patient / “mauvais” patient est au moins à repenser, au mieux à bannir.

#### **4) Une population fragilisée sur le plan psychologique**

La foi n'épargne pas aux croyants (musulmans en l'occurrence) la détresse psychologique inhérente à leurs conditions d'existence. Ces hommes contraints au célibat par l'exil, sont liés à une solitude enracinée dans la misère. Le migrant ne cesse d'être menacé : la maladie, l'accident de travail, le chômage, le rejet quotidien, empêchent de construire l'équilibre nécessaire à une existence stable et intégrée. Ces facteurs contribuent à rendre les personnes concernées plus fragiles devant le risque sanitaire, suscitant des comportements d'auto dévalorisation et le développement de sentiments d'inutilité sociale et d'insécurité. Des conditions de vie anormales pour les populations, l'exil, expliquent mieux la mauvaise santé physique, mentale, les symptômes caractériels dans lesquels se débattent les populations maghrébines immigrées.

Le “prétexte” des visites au centre social ou au centre de santé, c'est souvent une lettre, un papier, qu'ils ont reçu et qu'ils ne comprennent pas. Mais il s'agit souvent d'une demande administrative qui en cache une autre, relative à leur vie sociale. Les travailleurs sociaux qui les reçoivent expliquent : « Non que la question avec laquelle ils viennent soit une fausse question, mais quand on est un peu attentif, on s'aperçoit qu'une fois la question posée, beaucoup de personnes se mettent à parler de leur situation plus globale : un ras-le-bol général, une souffrance liée à l'éloignement de la famille... ». Prendre le temps de faire une évaluation globale de la personne, même si le motif de sa venue est apparemment clair et sans ambiguïtés, permet de s'apercevoir que la personne vient souvent pour d'autres raisons : des problèmes de couple, de famille, de relations extérieures ou au sein du foyer se cachent souvent derrière le prétexte de la visite.

Les anciens travailleurs nord-africains immigrés en France vivent seuls depuis trente ou quarante ans, en foyer. Or ce dernier n'est pas propice à la socialisation et à l'intégration dans la société d'accueil. Ce sont des bâtiments à part de la cité, pour des gens à part de la population. Des décennies de solitude font soit plonger dans la déprime, soit adopter une philosophie fataliste face aux épreuves de l'existence. Sinistrose et fatalisme se rejoignent d'ailleurs souvent. Aucune famille n'est là pour soutenir l'exilé moralement. Lui assure la subsistance matérielle de sa femme et de ses enfants, eux ne lui garantissent rien, finalement. Et les foyers

au sein desquels ont été mis en place des dispositifs d'accompagnement à la vie quotidienne ou au moins aux soins sont rares.

Qu'il s'agisse d'exclusion ou de précarisation, ces conditions de vie ont des répercussions sur la santé physique et surtout psychique des Maghrébins vieillissants en foyer d'hébergement. Le vide ambiant autour crée des pathologies, ou au moins des fragilités psychologiques, que l'on commence à identifier : sentiments de peur, d'indignité, de culpabilité, de frustration, de négation de soi, qui donnent lieu à des souffrances psychologiques et parfois à des troubles mentaux.

#### *a. Fatalisme et déni des maladies par les résidents âgés*

Le refus du soin peut venir d'un déni de la maladie, d'une peur d'affronter la réalité de la pathologie. Un syndicat de médecins généralistes avait d'ailleurs soulevé la question des consultations avec des patients d'origine étrangère. Ils soulignaient notamment les difficultés à faire comprendre la nécessité d'un suivi rigoureux des traitements. « Un homme souffrant de diabète de type 2 avait deux comprimés par jour à prendre, avec éventuellement une injection d'insuline en plus de temps en temps, raconte une infirmière. Son taux de glycémie a augmenté tant et si bien qu'une hospitalisation était nécessaire. Il a refusé cette hospitalisation. J'ai discuté avec lui, pour essayer de lui faire comprendre que c'était important pour lui qu'il aille à l'hôpital, il a refusé. Il est parti au pays, en disant "On verra au retour..." ». Les patients maghrébins vieillissants ont tendance à fuir le diagnostic et les soins qui devraient s'ensuivre. Ce n'est pas qu'ils ne croient pas le médecin, bien au contraire, puisque les mots de la blouse blanche sont paroles sacrées ! Simplement, soit qu'ils ne sentent pas la douleur, soit qu'ils la refoulent, ces patients nient souvent leurs maladies. Les professionnels de santé rencontrés pendant l'enquête se rejoignent sur cette interprétation du non recours aux soins par les immigrants âgés résidant en foyer. « Face à un diagnostic, il y a des gens qui acceptent et d'autres pas. Le suivi est proportionnel à l'acceptation de la maladie repérée, analyse une doctoresse du centre de santé Vieux Temple. C'est une question de personnalité plus que de culture. » Le niveau d'acceptation de la maladie varie en fonction du type de pathologie.

Ainsi que nous l'avons vu plus tôt dans l'étude, certaines maladies sont associées à la malédiction, d'autres font honte<sup>84</sup>. Les troubles psychiques par exemple, dont on observe de plus en plus de cas chez les résidents de foyer, font partie de ces maladies incompréhensibles. L'anthropologue Jacques BAROU éclaire ce constat : « Il existe une démence sénile qu'il ne

---

<sup>84</sup> Cf. paragraphe précédent : « Aspects culturels et culturels – Des comportements différents face à la prévention sanitaire ».

faut pas nier, des gens qui parlent tout seuls par exemple. Ca arrive fréquemment. Mais il est difficile de reconnaître et d'exprimer une souffrance psychique. On n'a pas envie de passer pour un fou ! Or, admettre que l'on a une souffrance psychique, c'est reconnaître une affection de sa santé mentale. Les maladies organiques non soignées par le passé dégénèrent aujourd'hui en pathologies mentales. » Ce type de problèmes s'accroît avec l'âge. Il existe notamment le syndrome de Diogène, qui consiste à tout accumuler dans son logement. La gestionnaire d'un foyer de l'agglomération grenobloise insiste sur la progression de ces pathologies d'ordre psychiatrique parmi les résidents âgés. C'est selon elle le souci de santé premier de cette population.

Il paraît ici évident que la question du non recours ne s'inscrit plus simplement dans la problématique des inégalités sociales traitée précédemment, ni dans celle du mode de vie nomade des résidents, ni encore dans les propriétés culturelles des Maghrébins. Le non recours est ici lié à la solitude des immigrés hébergés en foyer depuis trente ou quarante ans. Rappelons le rôle de l'entourage dans le rapport d'un individu à sa santé : en lui apportant un cadre affectif et un soutien moral, les proches d'une personne montrent qu'ils se soucient d'elle, et partant, veillent à sa santé. Seule, la personne ne perçoit plus forcément l'importance de se soigner<sup>85</sup>. Or les résidents dont il est ici question vivent loin des leurs depuis plusieurs décennies. Ce long exil leur a inculqué le sens du devoir mais pas le sens de leurs droits. Leurs employeurs ne se préoccupaient pas de leur santé (ce n'était pas leur rôle), et la famille n'était pas là pour s'en soucier non plus. Par conséquent probablement, ces hommes aujourd'hui nient eux-mêmes leurs maladies, comme s'ils avaient assimilé l'obligation de rester aptes au travail 365 jours sur 365. Ils n'ont plus d'employeurs qui les pressent au travail, mais ils ont intériorisé la pression si bien que même quand la préoccupation première du travail a disparu, ils ne savent pas se soucier d'eux. Personne n'est là pour s'enquérir de leur santé, et peu de professionnels leur apprennent qu'ils ont aussi le droit de prendre soin d'eux.

### ***b. Absence de soutien familial***

« Je ne veux pas parler parce que je n'ai rien à dire là-dessus [sur la santé]. On en a marre ! », lance un résident algérien arrivé en France vers l'âge de 20 ans. Et quand on lui demande s'il se sent mieux lorsqu'il retourne dans sa famille, au pays, il répond : « C'est pareil au pays ! On en a marre madame ! ». Quand on n'est plus convaincu de la légitimité de sa propre existence, d'où l'idée même de prendre soin de soi pourrait-elle émerger ? Les besoins

---

<sup>85</sup> L'ODENORE (Observatoire Des Non Recours aux droits et aux services) arrive au même constat dans ses études.

fondamentaux sont la nourriture, l'habillement et le logement. Soit ! Cependant, le sentiment de se sentir ou non capable d'apprendre encore des choses, le sentiment ou non de compter encore pour quelqu'un, (besoins d'appartenance et d'estime selon la pyramide de MASLOW<sup>86</sup>), sont indispensables à la prise en compte de soi comme personne à part entière, digne de respect, dans l'acception la plus large du mot "respect". Le respect de soi induit la prise en charge de sa santé physique et psychique. Lorsqu'à l'inverse on n'est plus si sûr de compter encore pour quelqu'un, et d'avoir des gens auxquels tenir, le soin de soi devient un besoin moins évident et peut s'effacer, à la longue.

La famille, c'est le référent. Si la structure est fiable, stable, avec des rôles bien définis, on verra souvent la mère se placer en pilier du suivi médical de chacun. C'est elle qui va se soucier du rhume du petit, veiller à ce que les vaccins des jeunes restent bien à jour, rappeler au mari qu'il faut qu'il aille faire sa visite annuelle chez le dentiste... « Lorsque les enfants sont auprès de leur père, ils font attention à sa santé, prennent soin de lui, l'accompagnent chez le médecin, l'informent... Ils incitent leurs parents à se faire soigner », observe Jacques BAROU. La stabilité de l'organisation familiale détermine le recours aux soins. Or, quand la famille n'est pas là, cette organisation, à l'évidence, ne fonctionne pas. D'ordinaire, la tendresse familiale fait que chacun veille sur la santé de ses proches. Dans le cas des hommes âgés immigrés hébergés en foyer, le soutien familial est pour le moins abstrait... Car il faut se souvenir que les Maghrébins qui vivent en foyer sont ceux qui, pour une raison ou pour une autre, n'ont pas bénéficié du regroupement familial. Ceux qui ont fait venir leur famille en France se sont installés dans l'habitat diffus. Ne restent en foyer que les personnes seules, dont l'épouse et les enfants vivent au Maghreb.

La solitude n'est pas absolue. Ces hommes disent trouver dans les foyers la chaleur, le partage, l'amitié, ainsi que le rapporte Hamid BROHMI de son enquête auprès des résidents de foyer en Bourgogne<sup>87</sup> : « Ici au moins, je ne suis pas seul : mes vieux copains sont là, merci à Dieu, j'ai la santé, je mange à ma faim, et quand je vois ce qui se passe à la télévision, je dis merci à Allah. J'ai malgré tout, tout ce dont j'ai besoin... ». Il ressort pourtant des entretiens et des travaux publiés sur cette question que vieillir en exil, c'est vieillir dans une société où, contrairement aux sociétés d'origine, l'expérience sociale et le vécu du "vieux" ne font l'objet d'aucun respect particulier et ne sont pas reconnus ni valorisés socialement. En vieillissant, l'immigré devient un inactif et, partant, un inutile. Or sans le soutien moral de la famille, le

---

<sup>86</sup> Abraham MASLOW (1908-1970), psychologue américain.

<sup>87</sup> BROHMI Hamid, Pour une approche interculturelle des populations migrantes vieillissantes originaires du Maghreb – Etudes et pistes pour l'action sanitaire en foyer, CORES, DRASS et CRAM Bourgogne, 2006.

résident âgé se replie et se conforte dans cette idée que, sa carrière étant finie, c'est la légitimité même de son existence qui est remise en question.

### *c. Aucun suivi psychosocial par le personnel du foyer*

Pas plus que du soutien de leur famille restée au pays, les résidents ne bénéficient d'un suivi psychosocial par le personnel de foyer. Les directeurs de structures rappellent qu'ils sont gestionnaires et que, partant, leur rôle n'est pas de veiller à l'évolution de santé de leurs locataires. Pourtant une plus grande continuité dans la démarche d'accès aux soins paraît possible grâce au "zèle" des personnels de foyer qui acceptent d'être en lien, même ténu, avec les professionnels médico-sociaux de l'extérieur. « Quand ils sont en foyer, on peut appeler l'accueil pour inciter la personne à revenir. », reconnaissait une doctoresse en parlant de la difficulté des médecins à obtenir de leurs patients vieillissants maghrébins qu'ils mènent leur démarche médicale à terme. Le personnel du foyer joue alors un rôle restreint mais non moins profitable au suivi médical des locataires.

« Les foyers ne suivant pas médicalement leurs résidents, on ne peut cependant pas identifier les résidents qui auraient besoin de soins s'ils ne prennent pas l'initiative de venir consulter ; on ne les connaît pas. », achève la doctoresse. Plusieurs de ces homologues soulèvent d'ailleurs le même problème, et c'est également ce qu'il a été dit en introduction de cette étude : dans la mesure où nous traitons du non recours, phénomène par définition "invisible" et silencieux, le repérage des personnes en nécessité de soins constitue une des difficultés essentielles. Le loyer, en foyer, est automatiquement prélevé sur le compte en banque des locataires : la (ou le) gestionnaire n'a donc aucun moyen de voir lesquels de "ses" résidents sont présents et lesquels sont absents, puisqu'à aucune occasion régulière elle/il n'est amené(e) à rencontrer personnellement les locataires. Quelques résidents avertissent spontanément le personnel de foyer quand ils partent au pays, mais pas tous.

Hormis quelques responsables de foyers en poste depuis de nombreuses années dans le même établissement, les gestionnaires ne connaissent donc pas les hommes qui louent les chambres : ils n'ont pas idée du nombre d'allers-retours entre la France et le Maghreb que fait chacun, ils ne peuvent pas évaluer le temps d'absence ou de présence d'un locataire au foyer sur une année... Alors savoir si tel ou tel résident entreprend ou non des démarches effectives pour se soigner lorsqu'il tombe malade, ce n'est pas non plus dans leurs prérogatives !

## **B. Causes liées aux services médico-sociaux et à leur fonctionnement**

Entamer une démarche de soins nécessite de s'adresser à une institution sanitaire parmi la diversité proposée dans l'environnement direct de la personne. Un effet de disparité géographique est observable dans la distribution des structures. Il y a donc non recours aux soins quand les services ne sont pas disponibles aux personnes. Mais des phénomènes de non recours sont aussi présents malgré une offre existante et *a priori* adaptée.

Après avoir abordé la question du non recours aux droits et services de santé par des variables explicatives internes aux usagers, il convient d'analyser la part de responsabilité des institutions françaises dans ce phénomène de non recours. Par son inadaptation à prendre en compte et en charge les groupes précarisés -voire marginalisés- dont font partie les résidents vieillissants des foyers d'hébergement, le système de santé français reste critiquable.

Le Haut Comité de Santé Publique (HCSP), publiant régulièrement des rapports sur le fonctionnement du système de soins en France, met en avant des enjeux sanitaires lourds dont il donne quelques éléments de compréhension : « le problème ne réside, sauf pour une partie de la population en situation de précarité, ni dans la rareté de l'offre, ni dans l'absence de prise en compte administrative, ni dans l'absence de possibilité de recours aux soins. Ce sont plutôt la complexité du système médico-social, l'éclatement des compétences et l'inadaptation du système aux différentes caractéristiques des populations qui constituent autant d'obstacles pour le recours aux soins des populations défavorisées. »<sup>88</sup>

### **1) Inadaptation des procédures de soins françaises à la diversité des publics**

*« Je ne te demande pas quelle est ta race, ta nationalité  
ou ta religion, mais quelle est ta souffrance. »*

(Louis PASTEUR)

Depuis des siècles, sans égard à la race, aux croyances ou à la couleur de peau, le soin de tous les malades est le fondement du code éthique des professions médicales et paramédicales. Aujourd'hui encore, le personnel intègre la dimension spirituelle dans la prise en charge globale du patient afin de favoriser sa guérison en se gardant d'un quelconque endoctrinement.

---

<sup>88</sup> HCSP, cité dans LA ROSA, Santé, précarité et exclusion. PUF, Paris, 1998 ; cité par RODE Antoine, Le non recours aux soins de santé chez les populations précaires : une approche exploratoire et compréhensive de ses déterminants médicaux et sociaux, mémoire réalisé sous la direction de Philippe WARIN, septembre 2005.

Si le principe est grand, la pratique révèle cependant ses limites en ne s'adaptant pas toujours aux besoins (physiques mais aussi psychologiques, sociaux, spirituels) des publics accueillis. Le placement en institution médicale demande aux personnes issues de la culture maghrébine une adaptation proche de l'acculturation et du déracinement. L'effort d'adaptation émane trop peu souvent de l'institution d'accueil. C'est à l'utilisateur de se plier aux exigences de l'hôpital, lieu pourtant défini comme un lieu où l'on va *prendre soin* du patient.

#### *a. Aspects psychosociaux des professionnels et des usagers*

Le phénomène du non recours peut aussi révéler un manque de confiance dans l'offre publique, causé par des déceptions antérieures. Le non recours ne renvoie plus dans ce cas-là à une difficulté d'accès due à une contrainte financière, une méconnaissance des droits ou un mode de vie trop nomade. Le renoncement aux soins évoque ici un rejet direct de ce qui est perçu au final comme un leurre, explique Philippe WARIN<sup>89</sup>. La fragilisation psychologique du public vieillissant et isolé ajoute probablement à cette perte de confiance. Du parcours social décevant des résidents de foyer (décevant à la fois aux yeux des résidents en question et aux yeux des personnes extérieures), découle une méfiance à l'égard des institutions publiques françaises. Le phénomène du non recours revêt alors une gravité non négligeable, puisque la crédibilité de l'action publique est mise en cause, de façon définitive, de la part de personnes qui préfèrent s'en détourner. On parle alors de non recours *volontaire* : le concept est inquiétant lorsqu'il s'applique au domaine de la santé car il impose l'idée que des personnes en *droit* d'être soignées y renoncent, persuadées (le plus souvent suite à des rapports conflictuels ou décevants avec les organismes) que l'offre publique est mensongère, qu'il ne faut rien attendre ni espérer d'elle : ni la reconnaissance des maladies professionnelles, ni les soins qui auraient besoin de s'ensuivre. « Je veux qu'on reconnaisse que ma maladie a été causée par les conditions de travail, répète un résident. J'ai changé vingt-quatre fois de médecin, et je continuerai de changer jusqu'à ce qu'il y en ait un qui reconnaisse que c'est une maladie professionnelle. », revendique un résident du foyer Francis Jammes.

Le non recours volontaire s'apparente ainsi à une défection silencieuse : les individus sortent de la sphère publique parce qu'ils ne s'y sentent plus en confiance. Albert O. HIRSCHMAN distinguait trois comportements individuels possibles face à une situation

---

<sup>89</sup> WARIN Philippe, *L'accès aux droits sociaux*, coll. Politique en +, Presses universitaires de Grenoble, 2006, 166 p.

publique : sortir (“*exit*”), rester et protester (“*voice*”) ou rester en silence (“*loyalty*”)<sup>90</sup>. Pour les personnes rencontrées pendant l’enquête, le retrait prévaut largement sur la contestation. Le silence caractérise la première génération d’immigrés maghrébins, que l’on voit en ce sens fréquemment opposée à la seconde génération, médiatisée comme bruyante voire violente ; revendicatrice peut-être (par des moyens plus ou moins défendables) d’un avenir différent de celui de ses aînés ? Le non recours est effectivement très rarement accompagné de contestations<sup>91</sup>. On reconnaît à travers le non recours volontaire un symptôme de la vulnérabilité ou de la désaffiliation à laquelle justement les dispositifs de protection avaient tenté de remédier. Alors que l’individualisme positif s’était imposé en recomposant l’ensemble de la société sur une base contractuelle organisée sur des mécanismes de contributions individuelles à la solidarité collective, le non recours volontaire illustre la précarisation actuelle qui fait que des personnes (en l’occurrence les immigrés maghrébins parqués en foyers Adoma) ne croient plus à cet ordre contractuel pour les aider à satisfaire leurs besoins essentiels et ainsi mener une vie décente, intégrée à la collectivité.

C’est que l’hôpital fonctionne selon des règles très éloignées des coutumes maghrébines : le système hospitalier français ne tient pas forcément compte des représentations du corps dans les cultures étrangères. Les médecins demandent aux patients de se déshabiller, de mettre des mots sur leurs douleurs et de répondre sans tabou aux questions intimes que les soignants leur posent pour dresser le diagnostic et comprendre l’origine du mal<sup>92</sup>. Or, le corps au Maghreb est un corps de pudeur, chargé de sens symboliques : on ne peut pas s’exhiber corps et âme devant d’autres personnes, fussent-elles en blouses blanches ! L’hôpital est un service public : il doit par définition répondre à la demande de l’ensemble du public. « L’émergence de la notion de service public s’est fondée en grande partie sur l’importance à accorder aux droits des utilisateurs des services publics. La reconnaissance des droits des usagers face aux services publics remonte à l’arrêt Syndicat des propriétaires et contribuables du Conseil d’Etat de 1906. Ce n’est cependant que récemment que la singularité de l’usager a été réintroduite dans la conception du service public. Longtemps la logique dominante fut celle de l’offre, avant la considération des intérêts et besoins de l’usager : “l’usager est tenu de rentrer

---

<sup>90</sup> HIRSCHMAN Albert, *Défection et prise de parole*, 1970. Trad. fr. 1972, rééd. Fayard, coll. « L’espace du politique », 1995.

<sup>91</sup> « “Tous les groupes sociaux n’ont pas une capacité égale de rétorsion” (Merrien, *Etats-providence en devenir. Une relecture critique des recherches récentes*, Revue française de sociologie, vol. 43, 2002), la sociologie des mouvements sociaux ayant montré que les masses anomiques et dépourvues de capital social sont au plus capables de mouvements sporadiques (Obershall, *Social conflicts and social movements*, Englehood cliffs : prentice hall, 1973) » (cité par WARIN Philippe, *L’accès aux droits sociaux*, 2006).

<sup>92</sup> D’après une intervention de Hamid BROHMI, enseignant en interculturalité à l’université de Bourgogne, au colloque sur la santé des populations migrantes vieillissantes.

dans les cadres imposés par les contraintes propres aux services publics” (JEANNOT, 1998). »<sup>93</sup> Etant *usager*, le public n’est pas supposé être *client* : il n’est donc pas roi ; d’où la demande faite aux patients d’origine étrangère de s’adapter aux règles de l’institution.

Mais « on a assisté à un renforcement progressif de la dimension marchande du service public. Auparavant, l’usager était avant tout vu comme devant être servi uniformément (principe d’égalité). Peu à peu, sous l’effet conjugué de la libéralisation, mais aussi d’attentes croissantes vis-à-vis du service rendu, nous sommes passés d’une logique d’usager à une logique (dans une certaine mesure) de client dans les services publics. [...] La qualité de la prestation devient plus importante que la seule présence du service. Le service public doit tenir compte de ses usagers, offrir des prestations différenciées selon les préférences des clients, au risque même de remettre en question le principe d’égalité devant le service public qui veut que tous les usagers soient traités de la même manière. »<sup>94</sup>

Toute la relation patient/soignant est fondée sur la confiance. Le professionnel n’arrive pas toujours à aider le patient autant qu’il le souhaiterait. Au-delà de ses limites d’action, il doit travailler sur la relation avec le patient. L’usager doit être au cœur du travail de soins : c’est pourquoi le travail demande une coordination entre tous les acteurs médico-sociaux auxquels est confronté le malade. L’acteur lui-même doit être au centre du réseau. Un médecin de ville à Grenoble explique, suite à son expérience auprès des publics défavorisés (dont les Maghrébins vieillissants font partie) : « Les professionnels médicaux et sociaux qui travaillent auprès d’un public en situation précaire doivent faire preuve d’une large capacité d’adaptation culturelle. Il faut considérer et comprendre l’usager dans son intégralité, avec ses points forts et ses points faibles, ses idées, ses représentations de la vie et de la santé, sa religion, ses croyances... En parallèle, l’usager doit faire une démarche pour accéder aux droits et aux soins qui lui sont dus. S’il est dans une posture fermée, parce qu’il ne se sent pas légitime dans ses demandes, le processus d’intégration dans le système de santé sera long et difficile. » La rigueur des professionnels dans leur domaine de compétence d’une part, et l’importance de la relation avec l’usager d’autre part, semblent être les deux aspects fondamentaux d’une relation soignant/soigné efficace. Le malade a besoin de se sentir estimé pour pouvoir s’exprimer librement auprès du médecin. Cela prend du temps. Des efforts doivent donc être faits tant du côté du personnel médical que du côté du public consultant.

Il est préférable que le lien entre professionnels soit visible pour l’usager, afin de le rassurer, de lui montrer que les structures autour de lui sont solides, qu’il peut s’appuyer dessus.

---

<sup>93</sup> [http://www.vie-publique.fr/dossier\\_polpublic/regulation\\_sp/regard.shtml](http://www.vie-publique.fr/dossier_polpublic/regulation_sp/regard.shtml)

<sup>94</sup> Idem.

« Par exemple, illustre le médecin, si je reçois un patient et que je m'aperçois qu'il n'a pas ouvert ses droits, je peux soit lui dire : "allez voir l'assistante sociale, elle vous aidera", soit lui expliquer que moi, je ne suis pas compétent pour faire les démarches qui lui ouvriront ses droits, mais prendre le téléphone devant lui, appeler l'assistante sociale, lui exposer le problème -en présence du patient toujours- et faire l'intermédiaire entre elle et lui pour convenir d'un rendez-vous entre eux deux. Selon que j'agisse d'une façon ou d'une autre, les suites ne seront pas les mêmes, c'est évident ! ». La manière dont chaque professionnel aborde son métier, et plus encore l'habileté avec laquelle ils se coordonnent entre eux autour de leurs patients communs, détermine pour une part le suivi des droits et des soins de santé des immigrés âgés. Plus qu'un facteur direct de recours ou de non recours, l'adaptation psychosociale des professionnels à leur public, et réciproquement la capacité des patients à entrer dans la relation de confiance avec les praticiens, peuvent jouer comme facteur aggravant ou amortissant le non recours. L'implication des professionnels dans le suivi de leurs patients (implication en vertu de laquelle un professionnel fait appel à son collègue pour amorcer la suite des soins, plutôt que de laisser le patient poursuivre seul sa démarche) permet donc d'absorber certains facteurs dissuasifs du recours aux soins, tels que les sentiments de méconnaissance face au système de santé et d'illégitimité de la demande. Par la confiance faite au patient et par son accompagnement tout au long du suivi médico-social, l'ampleur du phénomène de non recours semble pouvoir être réduite.

***b. Rendre les services existants capables de traiter les patients immigrés, et non créer des services spécifiques***

Dans la mesure où la santé des immigrés n'existe pas en soi, inscrite en quelque sorte dans les gènes, des microbes ou des processus psychiques, « l'objectif n'est pas de constituer un service spécialisé dans l'accueil des immigrés, mais de rendre tous les services aptes à traiter ces immigrés, c'est-à-dire à recevoir tous les publics, en formant les professionnels » (Didier FASSIN<sup>95</sup>). Ce n'est que dans la relation historiquement construite par des acteurs sociaux que la santé de l'immigré est créée. La construction de la différence en termes de culture dans les institutions médicales et sanitaires est à cet égard significative. Le rapport à l'Autre présume toujours une différence. Chacun construit son identité et sa relation à l'altérité en posant cet écart, a priori irréductible, entre soi et autrui. S'agissant de l'étranger, la différence semble d'autant plus naturelle qu'elle se manifeste souvent dans l'évidence de l'apparence physique, de

---

<sup>95</sup> FASSIN Didier, *Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ?*, "Plein Droit", n° 38, avril 1998.

la tenue vestimentaire, de la pratique langagière, des conduites corporelles. Les anthropologues, tâchant de dépasser l'absolu de la différence pour construire une dialectique de l'altérité et de l'universel, c'est-à-dire pour penser l'Autre comme de différent de soi et pourtant même que soi, n'ont cessé de s'interroger sur cette tension entre l'unité de l'homme et la pluralité des cultures. Les acteurs du secteur socio-sanitaire confrontés à des patients immigrés sont logiquement en proie à ce dilemme anthropo-culturel.

Un programme de formation pour favoriser l'accès à la santé de tous a été mené dans ce sens dans Grenoble et son agglomération en 2005-2006. La communauté de communes (Métro) finance des dispositifs d'accompagnement santé pour améliorer l'accès aux soins pour tous. En juin 2005, l'ensemble de ces dispositifs a donc été sollicité pour participer à un programme de formation. Treize structures ont répondu à l'appel, parmi lesquels les centres de santé de l'AGECSA<sup>96</sup>, l'ODTI<sup>97</sup>, Femmes SDF, les ASV<sup>98</sup>... La formation était menée par Chantal MANNONI, médecin de santé publique. Il y a eu une rencontre par mois pendant quinze mois, le but étant de définir précisément les tâches de chacun et de se mettre d'accord sur une action commune pour favoriser l'accès à la santé. Il s'agissait pour cela identifier les déterminants de l'accès et du renoncement aux soins. Les idées associées à l'accompagnement sanitaire ont été les suivantes : partenariat, processus, compétences professionnelles. La notion de compétences professionnelles renvoie à ce qui a été traité plus haut, à savoir que chaque professionnel a des compétences propres mais limitées : la capacité à établir le lien avec les professionnels appropriés lorsque se pose une problématique qui sort de son champ d'intervention est donc un gage de réussite pour la poursuite de la prise en charge du patient. De ce fait, le suivi médical d'une personne s'inscrit dans un processus long et complexe (puisque la compréhension mutuelle entre patients étrangers et médecins français nécessite du temps, et que le système de santé, tant en ce qui concerne les droits à la protection sociale que l'accès aux services de soins, est régi par des règles de fonctionnement strictes). La communication entre acteurs semble donc essentielle : « C'est en travaillant en partenariat, entre professionnels de santé compétents, que le processus d'accès aux soins pourra aboutir. », conclut un médecin participant de ce programme. La coordination apparaît effectivement comme un élément primordial pour améliorer l'accès à la santé des immigrés maghrébins vieillissant en foyer d'hébergement.

---

<sup>96</sup> AGECSA : Association de Gestion des Centres de Santé de la ville de Grenoble.

<sup>97</sup> ODTI : Observatoire des Discriminations sur les Territoires Interculturels.

<sup>98</sup> ASV : Ateliers Santé Ville.

## **2) Déficit de coordination des acteurs du secteur médico-social**

On constate une absence de travail en réseau : « Chacun travaille avec sa logique, son public, ses crédits », observe Bernard QUARETTA<sup>99</sup>. Quand les services de l'Etat, des Conseils Généraux, des communes font de l'action sociale, quand les associations caritatives se professionnalisent de plus en plus, la situation devient vite ingérable : « On ne sait plus qui est qui, qui fait quoi », poursuit QUARETTA. Les lois de décentralisation ont permis à l'Etat de déléguer ses fonctions aux départements concernant la prise en charge des problèmes sociaux. Or, ces institutions (les Conseils Généraux pour les questions relatives aux personnes âgées et handicapées) subventionnent des associations où n'apparaît pas une réelle obligation de résultats ou d'information sur l'utilisation des fonds remis. La lutte contre l'exclusion, quant à elle, est au niveau de l'administration centrale du ressort de plusieurs ministères ; et dans chaque département, le chevauchement des services déconcentrés complique souvent le manque de coordination et le cloisonnement des responsabilités, des financements et des procédures. On note également une parcellisation du corps social par pathologie : un toxicomane séropositif au VIH a accès à des aides sociales spécifiques mais pas celui qui souffre d'hépatite B ou qui est en très mauvais état de santé.

La promotion de l'accès des résidents à la prévention et aux soins - et plus généralement aux droits sociaux - s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les inégalités et contre les discriminations et, en l'occurrence, la lutte contre les inégalités dans l'accès aux dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun. Le but recherché étant l'insertion sociale des anciens travailleurs migrants résidant en foyer, dont le mode de logement a longtemps été le symbole de refus d'assurer une insertion véritable de personnes dont on supposait, à tort, qu'elles repartiraient au bout de quelques années. La promotion de l'insertion sociale passe par un accès plus efficace au droit commun (car on a vu que le non recours émerge souvent de la conviction que les droits et services, s'ils existent, sont de toute façon d'accès difficile), et par la mise en place de passerelles entre les résidents et leur environnement social. Mais la réalisation d'un tel objectif ne se conçoit que dans un cadre de décroisement des foyers. Ce n'est qu'en inscrivant les FTM et les RS dans le quartier et dans la ville, en développant un partenariat avec l'ensemble des acteurs de la politique d'intégration urbaine et sociale, qu'on assurera l'indispensable fonction de relais des structures d'hébergement. Il s'agit en somme de créer les

---

<sup>99</sup> Colloque sur l'action sociale et la prévention organisé en mars 1993 à Saint Claude (Jura) par l'Union des Centres Communaux d'Action Sociale en collaboration avec l'Observatoire National de l'Action Sociale Centralisée.

conditions propices à l'implication des résidents dans leur parcours social et sanitaire, afin de réduire l'impact de ce qui, dans leurs conditions d'existence, les dissuade de recourir aux droits et services de santé.

#### *a. Aucune veille sanitaire dans les résidences*

##### *i. Ni budget social ni compétences sociales dans les foyers Adoma*

Les gestionnaires n'ont pas de formation sociale. Il n'est pas de leur ressort de constituer des dossiers de demande de retraite ou d'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie). Depuis la transformation des FTM (Foyers de Travailleurs Migrants) en RS (Résidences Sociales), « il y a des confusions, regrette la responsable d'une structure Adoma. On croit que les gestionnaires ont vocation à offrir aux résidents des services sociaux. C'est faux ! Les gestionnaires sont des gestionnaires : Adoma propose des locations de logements, rien de plus ». Adoma d'ailleurs se définit comme un « centre de production », dont le chiffre d'affaire en 2005 atteignait les 253,9 millions d'euros. Détenu à 57% par l'Etat, l'entreprise gère 451 FTM et RS, lesquels comptent en tout 63.774 « clients », dont 26% étaient de nationalité française en 2005, 51% maghrébines. Les recettes proviennent des loyers versés par les locataires, et aucune part du budget n'est prévue pour le financement de services sanitaires ou sociaux.

En cohérence, aucun personnel n'est chargé du suivi sanitaire et social des résidents. On peut pourtant lire sur le site Web de l'entreprise Adoma que « le responsable de résidence [...] assure l'accueil et le suivi des résidents. Il est en contact avec un réseau local de partenaires, décideurs et intervenants sociaux susceptibles d'aider les résidents qui en ont besoin. »<sup>100</sup> Parmi les membres du personnel, aucun n'est supposé devoir jouer un rôle d'accompagnement ou de suivi social ou sanitaire. Un adjoint épaulé parfois le gestionnaire et le reste du personnel est constitué d'un ouvrier de maintenance, chargé de l'entretien et des réparations courantes du site, d'agents de sécurité et de surveillance, qui ont pour mission d'assurer la sécurité des résidents, des salariés et du patrimoine de l'entreprise. (« Ils veillent au respect du règlement intérieur, contrôlent les accès et portent secours. La mission s'exerce sous forme de rondes et patrouilles »<sup>101</sup>), et enfin d'un(e) employé(e) de cafétéries et de services, responsable du bon fonctionnement, en terme d'accueil et d'hygiène, des cafétéries « dont la plupart des résidences sont dotées »<sup>102</sup>.

---

<sup>100</sup> <http://www.adoma.fr/spip.php?article61>

<sup>101</sup> Idem.

<sup>102</sup> Idem. Pourtant de tous les foyers visités au cours de l'enquête (c'est-à-dire six structures sur les huit que compte l'agglomération), un seul était doté d'une cafétéria.

Le changement de nom de l'entreprise ne doit pas être confondu avec un changement de mission. La nouvelle nomination ne tendrait qu'à faire oublier l'ancien sigle puisque, Michel PELISSIER lui-même, président d'Adoma, reconnaît que « la forte notoriété de notre nom n'a d'égal que sa mauvaise image, fruit d'un passé peu glorieux ». Devenue synonyme de ségrégation et de discrimination, l'entreprise a également fait face au racisme et au rejet. « En général, nous rencontrons l'hostilité des riverains, qui associent immigration et délinquance et voient dans notre arrivée la baisse de leur valeur patrimoniale. », explique Marie-Noëlle ROSENWEG, directrice de cabinet de Michel PELISSIER. Sans parler des résidents qui, en indiquant leurs coordonnées, ont de grandes difficultés à ouvrir un compte bancaire... Il s'agira donc *a priori* de résidences sociales de nom, mais pas de fait.

*ii. Quelques attentions quand même de la part de certains responsables*

L'absence de directives nationales portant sur l'accompagnement sanitaire et social des résidents n'interdit pas aux gestionnaires qui le souhaitent d'assurer leur fonction en tenant compte de la réalité sociale qui forge le quotidien de leurs établissements. Certains abordent donc leurs activités sous un angle plus social que leur rôle ne l'exige. Les responsables de foyer sont assez nombreux à rechercher, sinon la coordination, au moins la communication avec les acteurs médico-sociaux extérieurs. Les plaintes relatives à la désorganisation des sorties d'hôpital reviennent à toutes les interviews de gestionnaires<sup>103</sup>.

Cherchant à minimiser les difficultés d'accès aux soins, les responsables de foyers ou de résidences assurent aussi pour la plupart une fonction de relais entre les intervenants extérieurs et les résidents, notamment dans le cas d'interruption du suivi sanitaire et social par le patient. Comme le disait un médecin de centre de santé, lorsqu'un patient n'honore pas un rendez-vous, il est possible de téléphoner à l'accueil du foyer pour rappeler au malade qu'il doit poursuivre sa démarche de soins. Le gestionnaire passe alors le message à la personne concernée. Certains prennent même l'initiative de faire appel aux services extérieurs lorsqu'ils s'aperçoivent qu'un locataire n'a pas ouvert ses droits sociaux. Toutefois, tant que les locataires payent régulièrement leur loyer, personne au sein du foyer ne va chercher à savoir s'ils bénéficient ou non de toutes les aides auxquelles ils peuvent prétendre. Ce n'est que lorsque la non ouverture d'un droit se ressent sur le paiement du loyer que le directeur d'établissement réalise que des problèmes financiers graves touchent leurs résidents. Seuls des loyers impayés éveillent l'attention du gestionnaire, qui peut alors faire appel à des assistantes sociales afin que celles-ci

---

<sup>103</sup> Cf. paragraphe suivant : « Le problème des sorties d'hôpital ».

rétablissent la situation administrative de la personne et que le loyer soit à nouveau versé régulièrement. « Souvent, relate alors une assistante sociale, on s'aperçoit qu'une personne qui ne paye plus son loyer souffre au fond de problèmes psychiatriques. »

Enfin, des liens s'établissent entre gestionnaires et personnels soignant. La gestionnaire d'un foyer de l'agglomération grenobloise explique ainsi qu'elle prévient l'infirmière du SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé) lorsqu'un résident rentre de l'hôpital ou revient de consultation afin que celle-ci le suive de plus près. Il semble d'ailleurs que l'infirmière du SCHS joue un rôle important dans ce suivi médical car, les résidents vont souvent la voir lorsqu'ils n'ont pas compris leurs ordonnances. On remarque en parallèle, dans une autre résidence de Grenoble, que la présence d'une infirmière sur le lieu de vie des immigrés maghrébins favorise le bon déroulement de la démarche de soins. Elle aussi reçoit beaucoup de résidents qui, revenant de consultations médicales, lui demande de leur expliquer les prescriptions qu'ils ont reçues. Malheureusement, rares sont les structures qui intègrent un service social ou paramédical, et cela semble préjudiciable à la prise en mains par les résidents de leur parcours de santé.

*iii. Pas de service médicosocial au sein des foyers Adoma et peu de liens avec les structures extérieures*

Seule une résidence dans l'agglomération grenobloise met à la disposition des locataires des services sociaux et paramédicaux ; il ne s'agit pas d'une structure Adoma. On observe au sein de cet établissement précurseur un meilleur suivi médical des hommes âgés. Et pour cause, ils peuvent consulter une assistante sociale et une infirmière, un psychologue, et même des juristes spécialisés dans les droits des étrangers, pour se renseigner sur leurs droits et être informés des démarches à suivre pour les ouvrir. Ils recourent à l'infirmière quand ils n'ont pas compris une ordonnance, font appel à l'assistante sociale pour qu'elle leur explique le sens des papiers administratifs qu'ils reçoivent... L'infirmière explique son rôle : « Je travaille en réseau avec les médecins du centre de santé Vieux Temple. Ce sont d'anciens collègues en fait, puisque je suis à l'AGECSA. Du coup, la coopération est bonne. Je ne suis pas là pour faire du soin : je fais appel à des infirmiers libéraux pour faire les soins. Mais on collabore ensemble : transmission d'informations sur les patients, partage des tâches... Moi, mon travail, c'est davantage de l'éducation à la santé. Ils viennent me voir avant d'aller chez le médecin, pour savoir si ça vaut le coût d'y aller ou si ça va passer tout seul. Ils viennent pour que je les aide à prendre rendez-vous aussi. Et parfois, ils viennent me demander des ordonnances, mais je ne peux pas leur faire ! Je leur demande de revenir me voir après la consultation, mais parfois ils

ne reviennent pas. Quand ils viennent, c'est pour me demander des explications par rapport à l'ordonnance. » Les résidents sont en somme encadrés et aiguillés dans leur parcours médico-social, grâce à la présence de personnels sociaux et paramédicaux sur leur lieu de vie, mais aussi grâce aux liens établis par ces professionnels avec les services extérieurs, auxquels les résidents ne recourent pas forcément spontanément si quelqu'un ne les y conduit pas.

Des personnels sociaux et paramédicaux assuraient auparavant quelques demi-journées de permanence dans certains foyers Adoma, mais faute de moyens ou suite à la définition de priorités autres, ces permanences ont été supprimées, comme en témoigne cette assistante sociale : « Avant, une personne allait deux fois par semaine dans un foyer. Ces permanences se sont terminées en 2006 pour causes de restriction budgétaire et d'augmentation de la masse de travail à fournir dans d'autres tâches ». C'était souvent des centres sociaux et des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) qui déléguaient un membre ou deux de leur personnel dans le foyer voisin. Or, centres sociaux et SCHS doivent faire face à une demande croissante alors que leur budget ne s'accroît pas en conséquence. Ainsi, rapporte une gestionnaire de foyer, « le service d'hygiène et de santé qui venait tous les ans vacciner contre la grippe les personnes de plus de 60 ans dans le foyer, a refusé cette année de renouveler l'opération parce qu'il manquait de personnel. Le service a dit qu'il préférerait consacrer son budget aux campagnes d'information sur le cancer qu'à ces vaccinations. D'autant que les résidents peuvent, s'ils se rendent au centre de santé, se faire vacciner. Mais certains sont âgés et préféreraient que des infirmiers viennent sur place. »

La proximité des services s'avère en effet un facteur favorisant le recours aux soins. Deux résidents entendus pendant l'enquête font d'emblée le lien entre leur recours aux soins et la situation géographique des services médicaux : « La santé, c'est le plus important. Et en plus, c'est juste là ! [dans la résidence] ». « Je peux aller chez le médecin facilement grâce aux transports. » L'intégration des foyers dans la ville, avec tous les services qu'elle propose, facilite incontestablement l'accès aux soins des populations de FTM.

### ***b. Des efforts de prévention sanitaire***

Le thème de la prévention sanitaire revient régulièrement : l'infirmière affirme l'importance de l'éducation à la santé, le SCHS ne se déplace plus au foyer pour vacciner les hommes âgés parce qu'il estime plus important de faire des campagnes de prévention sur le cancer... Les actions de santé sont menées par différentes personnes selon le domaine sanitaire : les paramédicaux s'occupent des préventions sanitaires relatives à la nutrition, à l'hygiène de vie (activité physique, sommeil...), tandis que les médecins interviennent dans les

campagnes de prévention du cancer avec l'ODLC<sup>104</sup>, du HIV-sida, des conduites addictives... L'information se fait par affiches, par le bouche à oreille... même si « les affiches sont souvent arrachées le soir même ! », dixit une infirmière de l'AGECSA. L'essentiel de la prévention sanitaire finalement se fait lors des consultations. On appelle ça la « prolongation du soin ». Il n'y a que dans les cas de programmes précis, mis en place par les personnels éducatifs et sociaux, que des réunions sont organisées spécifiquement pour la prévention. On se souvient par exemple du programme de prévention relatif aux dangers de la déshydratation, lancé au niveau national suite à la canicule de l'été 2003.

Depuis la charte de 1902 (premier texte politique français en matière de santé), plusieurs lois ont été promulguées. Mais c'est celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui fixe un cadre juridique pour les actions de santé. « Cette loi marque un changement important : la volonté de renforcer la prévention par rapport aux soins. Même si la prévention pèse aujourd'hui 3 milliards d'euros contre 150 milliards pour les soins, la loi responsabilise les gens et engage le pays sur des campagnes et des priorités », explique le docteur Jean-Luc GRANGEON, adjoint à la sous-direction des Politiques de santé et Stratégies à la Direction Générale de la Santé (DGS) du ministère de la Santé et des Solidarités. Cette loi met en place une méthode par objectifs. En se fondant sur l'état de santé de la population, elle détermine des plans et des programmes nationaux qui, pour être efficaces, sont relayés localement afin de tenir compte des spécificités territoriales. En outre, elle renforce l'organisation d'un partenariat entre les acteurs du réseau de la santé, afin de développer les initiatives et de promouvoir la culture de concertation et de résultat. La nécessité de relais locaux et de travail en partenariat est bien soulignée.

Il semble en effet que dans les foyers d'hébergement dont le personnel assure une fonction de relais, la diffusion des informations, et donc la mobilisation des résidents, soient plus importantes que dans les établissements dont les responsables se cantonnent à leur rôle de gestionnaires. « Sans ça [sans la fonction relais], il y a un gros risque de passer à côté des gens qui n'ont ni connaissance ni accès à leurs droits », observe une assistante sociale. La fréquence des actions de santé au sein du foyer dépend essentiellement du responsable de la résidence. Les foyers en général sont en lien avec un réseau de professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux. Certains résidents font appel aux services à domicile (piqûres d'infirmière, vaccins...). Mais on a vu combien la mobilisation des services d'aide à domicile dans les foyers reste problématique... Concernant les campagnes de prévention, des associations locales travaillent à

---

<sup>104</sup> ODLC : Office De Lutte contre le Cancer.

faire passer l'information dans les lieux de vie des publics visés. C'est pourquoi l'implication des gestionnaires de foyers joue énormément dans le succès des actions sanitaires. Sans eux, on ne peut pas joindre les résidents. « L'idéal est que les habitants constituent des petits groupes pour relayer les informations diffusées par les centres de santé, remarque une infirmière de l'AGECSA. Des comités des usagers des centres de santé se sont ainsi formés dans plusieurs quartiers de la ville : c'est par eux que nous passons lorsque nous voulons lancer une campagne de prévention sanitaire. » Djamel CHERIDI, responsable d'hébergement à l'AFTAM (Association pour la Formation des Travailleurs Africains et Malgaches) note également que l'accès à la prévention et aux soins des résidents passe nécessairement par le décloisonnement des foyers : « l'objectif poursuivi, ce faisant, est d'assurer une indispensable fonction de relais afin de permettre aux résidents de se construire comme acteurs dans la démarche d'insertion ou de réinsertion sociale et de se voir reconnaître comme tels. Tant il est vrai, qu'en la matière, on ne pourra mener d'actions véritablement efficaces si l'on ne prend pas conscience, dans le discours et dans les actes, de l'impérieuse nécessité d'associer les résidents en créant les conditions de leur participation active. »<sup>105</sup>

### *c. Le problème des sorties d'hôpital*

Si l'accroissement du phénomène d'exclusion a provoqué pour l'hôpital public une accentuation de son rôle social et si, de manière générale, la réponse aux urgences de l'hôpital existe, reste que les ressources humaines, matérielles et financières demeurent inadaptées à l'ampleur de la demande. Ces dysfonctionnements émanent du système hospitalier lui-même ; et s'ils empêchent ou limitent l'accès aux soins d'une partie de la population, ce n'est pas pour des raisons imputables à la partie de la population en question. Le problème vient du dispositif lui-même, pas de ses usagers.

« Ce qui pose grand problème, ce sont les hospitalisations... », entend-t-on de la bouche des gestionnaires de foyer et des professionnels de santé qui interviennent auprès des résidents. « Il faut améliorer le lien entre l'hôpital et les structures de ville, explique une infirmière chargée de la coordination des centres de santé de l'AGECSA. En tant qu'infirmière, je suis au courant du départ de mes patients pour l'hôpital, mais jamais de leur retour : l'hôpital ne s'occupe pas des sorties, il ne prévient personne. C'est à nous, soignants, de demander si le patient est sorti. On demande à l'hôpital de nous prévenir mais il ne le fait pas. » Les gestionnaires abondent dans ce sens : « C'est souvent en fin de semaine que les hospitaliers

---

<sup>105</sup> CHERIDI Djamel, *Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants*, Ecart d'identité n°94, Hiver 2000-2001, Grenoble.

ramènent les patients chez eux ; or il n’y a personne pour accueillir le résident au foyer le week-end. » Les sorties se font rapidement, parce qu’il faut libérer des lits. Les résidents rentrent au foyer alors qu’ils sont encore largement convalescents, or les foyers ne disposent pas toujours de chambres en rez-de-chaussée, ni d’ascenseur. Après un séjour à l’hôpital, le retour au foyer est donc difficile, voire douloureux, pour les malades.

L’hôpital ne tient pas compte du lieu de vie des patients avant de les laisser sortir. Il estime que la personne va rentrer chez elle, avec la famille à ses côtés pour aménager l’espace afin qu’elle puisse se remettre doucement de son hospitalisation, bénéficie d’un confort de convalescence ; mais le résident de foyer n’a pas ce confort. Les foyers ne sont pas adaptés à la rémission de grands malades. Alors quelques avancées ont été notées, puisque l’hôpital de Grenoble consent maintenant à téléphoner au foyer dans lequel il renvoie un patient pour prévenir le gestionnaire du retour d’un de ses résidents. L’accueil de la personne convalescente peut ainsi être organisé, dans la limite toujours de ce que les infrastructures de l’établissement permettent. Certains patients transitent par des centres de soins de suite avant de retourner dans leur foyer. Cela ne fait que repousser le problème de la sortie de l’institution médicale, car les centres de soins de suite pas plus que l’hôpital ne préviennent les gestionnaires lorsqu’ils s’apprêtent à “libérer” un malade. A moins que le patient ne paye pas : dans ce cas, le gestionnaire est alerté. « Mais s’il n’y a pas de problème dans le paiement des sommes dues, on n’est pas prévenu de l’entrée ou de la sortie des patients à l’hôpital ou en centre de soins de suite », résume une responsable de résidence Adoma proche de Grenoble.

### **3) Complexité juridique et administrative**

La complexité des circuits administratifs, la multiplicité des lois et l’hétérogénéité de leur application selon les départements sont autant de freins à l’accès aux soins. En se complexifiant, l’administration développe ainsi des situations d’exclusion aux conséquences cumulatives : difficulté de dialogue avec les administrations dont le langage est souvent trop technique, difficulté pour les plus âgés de recourir aux techniques modernes (aux moyens de paiement électroniques par exemple).

#### ***a. La complexité du système administratif***

Aux phénomènes de précarisation propres aux étrangers et immigrés, s’ajoutent les questions relatives à leur statut juridique. Selon l’ADRI (Agence pour le Développement des Relations Interculturelles, disparue aujourd’hui), les étrangers maîtrisent souvent mal les systèmes administratifs du pays d’accueil. Ils ont des difficultés à passer des modèles sociaux

fondés sur des régulations familiales ou de proximité au modèle occidental moderne fondé, lui, sur la réglementation, des procédures informatisées et des services faiblement personnalisés. Leurs moyens et réseaux d'information sont faibles. La fragilité de leur situation économique les maintient dans des zones sensibles où l'insertion sociale est difficile. Aussi les agents qui les accueillent doivent-ils adopter un comportement personnalisé, créer des conditions qui les mettent à l'aise, les aider à formuler leurs demandes, apprécier leur degré d'autonomie et la nature des difficultés qu'ils rencontrent. Usagers étrangers et agents des services publics ne se réfèrent pas aux mêmes codes culturels. De cette différence naissent des malentendus, voire des situations conflictuelles. Il n'est pas rare d'entendre les personnels administratifs attribuer aux étrangers d'être susceptibles, agressifs sur des "points d'honneur" ; pas rare non plus de voir les étrangers soupçonner les agents de pratiques discriminatoires<sup>106</sup>. Il ressort des entretiens réalisés sur le terrain grenoblois que les personnes immigrées appréhendent souvent mal la fonction des divers documents administratifs qui leur sont demandés ou délivrés ; les agents administratifs quant à eux se perdent dans les patronymes étrangers, les dates de naissance souvent approximatives qu'on leur indique.

Considérons, à titre d'exemple, les difficultés auxquelles se heurtent les anciens travailleurs immigrés au moment de la constitution de leur dossier de retraite. Ne serait-ce que le compte-rendu de l'état civil des personnes pose problème : les changements de patronymes compliquent la constitution des dossiers, des erreurs se glissent dans la retranscription des noms... La reconstitution de carrières souvent très morcelées sur l'ensemble du territoire s'avère également laborieuse : c'est à la personne de rechercher les employeurs manquants et d'obtenir les justificatifs nécessaires. La validation des périodes d'indemnisation par l'ASSEDIC des périodes de chômage se heurte au problème de la difficile conservation des papiers par les intéressés. La validation des périodes de travail en Algérie avant l'indépendance est difficile, voire impossible, en raison de la difficulté d'obtenir les justificatifs nécessaires. Et la validation des périodes de service militaire se heurte aux mêmes difficultés...

Les Maghrébins immigrés en France ne comprennent pas spontanément la raison d'un refus, la nécessité de conditions à remplir... Et s'ils essayent de convaincre l'agent administratif inflexiblement attaché à la règle, c'est que dans leur pays d'origine, l'obtention d'un droit dépend de la bonne volonté d'un fonctionnaire subalterne : on gagne donc toujours à discuter car aucun refus n'est considéré comme irrévocable. Refuser la négociation leur apparaît alors comme un manque de savoir-vivre, voire un signe de mépris. Dans notre société moderne,

---

<sup>106</sup> LEVY Isabelle, *Croyances et laïcité : guide pratique des cultures et des religions, leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières*, Estem, Paris, 2002.

l'écrit dispose d'un grand pouvoir : il se substitue à l'oral pour marquer la notion d'engagement. "*Les paroles s'envolent, les écrits restent*" ! En Afrique à l'inverse, rien ne vaut l'importance de la parole donnée. D'où parfois la stupeur de l'immigré face à la rigueur de l'agent administratif qui lui réclame un document : « Mais pourquoi me demandez-vous ce papier puisque je vous le dis ?! »<sup>107</sup>.

### ***b. Des obstacles plus hauts encore pour les immigrés***

#### *i. Un système inaccessible aux personnes illettrées*

Il a été vu précédemment que la grande majorité de la population maghrébine immigrée en France après la guerre est illettrée : cela accroît encore les difficultés administratives. Cette population nécessite un suivi régulier pour savoir les droits auxquels elle peut prétendre et pour l'aider à remplir les différentes formalités administratives auxquels sont assujettis ces droits (constitution du dossier de retraite, retour d'imprimés pour la CRAM, les impôts, la CAF, dossier d'aide médicale, etc.). L'absence de retour des imprimés dans les délais impartis entraîne la suppression des droits correspondants. Un nombre important de démarches est alors nécessaire pour rétablir le versement des prestations.

#### *ii. Des pratiques discriminatoires*

La spécificité de la situation des étrangers et des immigrés ne tient toutefois pas seulement à des questions de droit. Elle concerne plus globalement le monde social par l'existence de pratiques discriminatoires. On l'a vu pour l'emploi et le logement, où la préférence nationale se trouve appliquée de fait dans nombre de cas. Mais ces pratiques sont bien plus générales. On les voit à l'œuvre dans les administrations ou dans les écoles, à travers des énoncés d'hommes politiques comme à travers des actes quotidiens de la vie des cités. Sans sous-estimer les phénomènes qui, dans le même temps, traduisent la réalité de l'intégration d'une proportion croissante d'immigrés dans la société française, il s'agit ici de prendre la mesure de faits sociopolitiques qui agissent en sens inverse et ont des conséquences néfastes sur leur état de santé.

En 2005 la Caisse d'Allocations Familiales de Grenoble a décidé de faire un contrôle des temps de présence des résidents au foyer Francis Jammes. La loi ne donne droit à l'allocation logement qu'aux résidents qui sont sur place au moins huit mois par an. La CAF a

---

<sup>107</sup> LEVY Isabelle, *Croyances et laïcité : guide pratique des cultures et des religions, leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières*, Estem, Paris, 2002.

regardé les passeports de chaque résident pour vérifier les temps de présence au cours de l'année, et tous ceux qui avaient été absents pendant plus de deux mois se sont vus, non seulement supprimer l'aide au logement, mais en plus contraints de rembourser la somme des aides versées jusqu'à présent ! Le seul recours possible face à cette pratique aurait été le tribunal administratif : il y a eu discrimination car un seul foyer a été contrôlé sur toute l'agglomération, et, comble de malchance, il s'agissait d'un foyer regroupant 90% d'immigrés maghrébins âgés !

La discrimination est également à l'œuvre chez quelques praticiens, notamment libéraux. Dans la mesure où ils sont payés à l'acte, la "perte de temps" occasionnée par la visite de patients non francophones n'est pas forcément désirée par les médecins. Puisque le temps supplémentaire nécessaire au soin d'un Maghrébin vieillissant n'est pas rémunéré, certains médecins libéraux sont réticents à le donner.

#### **4) Des barrières dans l'accès à certaines structures ou prestations médicales**

L'un des principaux de l'accès aux droits et services de santé par les résidents de foyer réside, nous l'avons vu, dans la méconnaissance des droits et du fonctionnement d'un système de soins dont la réglementation et les procédures sont complexes. Si cette méconnaissance peut être en partie imputable à l'analphabétisme des immigrés âgés, il n'en demeure pas moins que le système sanitaire et social, de par son fonctionnement, exclut, ou tout ou moins dissuade, les populations défavorisées.

D'une part, la prise en charge des soins est régie par des règles plus ou moins obscures. Que l'on en comprenne ou non la logique, le résultat est le même : certaines prestations médicales ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale. Or, nous avons vu que les résidents de foyer retraités n'ont généralement pas de couverture maladie complémentaire, et l'amputation de leurs revenus par les mandats envoyés au pays fait qu'ils n'ont pas les moyens de payer eux-mêmes tous les soins dont ils auraient besoin.

D'autre part, d'autres règles de fonctionnement du système de santé français créent un cloisonnement entre les services administratifs, cloisonnement qui complexifie encore l'ouverture de certains droits sociaux, lesquels sont en outre souvent soumis à condition de résidence... Pour des personnes en perpétuel mouvement entre la France et le Maghreb, l'obligation de résider six ou huit mois par an sur la terre d'accueil -alors que la retraite leur laisserait enfin le temps de retourner plus longuement au pays !- pose problème et représente

une entrave supplémentaire à l'accès aux droits.

*a. Le faible taux de remboursement de certains soins et médicaments*

Les difficultés d'accès aux prestations mal couvertes -comme la dentisterie ou la lunetterie- sont en partie imputables à un faible taux de remboursement par le régime général de la Sécurité Sociale. Car, ainsi qu'exposé plus haut, les catégories les plus défavorisées, parmi lesquelles figurent les résidents des foyers d'hébergement, ne sont qu'exceptionnellement couvertes par une mutuelle, faute de moyens pour cotiser. La France a par exemple des taux de remboursement pour la médecine ambulatoire relativement faibles : en 1990, ils n'étaient que de 60% alors qu'ils s'élevaient à la même date à 92% en Allemagne.

*i. Quel remboursement des médicaments par la Sécurité sociale ?*

La diminution du taux moyen de remboursement des médicaments par la Sécurité sociale accroît ces difficultés. Trois grandes mesures axées sur les principes de "service médical rendu" et d'"amélioration du service médical rendu" des médicaments réduisent le taux moyen de remboursement moyen des médicaments. Depuis octobre 2003, les médicaments dont il existe une version générique moins chère sont moins remboursés. 617 médicaments dont le service médical rendu est jugé modéré ou faible sont passés d'un taux de remboursement de 65% à un taux de 35 %. Enfin il a été décidé le déremboursement total de 507 médicaments dont le service médical rendu a été jugé insuffisant.

*ii. Honoraires libres pour les praticiens du secteur 2*

L'introduction de tarifs libres pour des praticiens du secteur 2 (secteur conventionné à honoraires libres) crée encore des inégalités face à la santé. L'institution d'un ticket modérateur identique quel que soit le niveau de revenu pénalise les plus pauvres qui n'ont pas de couverture complémentaire. Le recours à ces services s'avère par conséquent socialement très différencié : moins d'une consultation sur sept pour les revenus les plus bas, contre plus d'une sur trois pour les plus élevés (données INSEE). Le fait de devoir faire l'avance des frais et la pratique du prépaiement avant la consultation peut aussi, bien évidemment, constituer des obstacles à l'accès aux soins des plus démunis.

## ***b. Cloisonnement des systèmes administratifs***

### *i. Une ouverture des droits non automatique*

Les résidents sont souvent ignorants de l'existence de dispositifs spécifiques et/ou de leur fonctionnement. En outre, si la reconnaissance des droits implique que les personnes concernées en soient informées, elle nécessite aussi une démarche volontaire des intéressés dans la mesure où la mobilisation automatique des dispositifs sanitaires et sociaux destinés aux personnes défavorisées n'intervient que pour les seuls bénéficiaires du RMI. En effet, comme le soulignait déjà le rapport REVOLI<sup>108</sup> en 1987, les salariés bénéficient d'une affiliation automatique à la Sécurité Sociale par leur employeur, tandis que les personnes sorties du monde du travail doivent accomplir elles-mêmes les démarches auprès des organismes d'assurance maladie. Par manque de motivation peut-être, mais surtout par manque d'information et par appréhension de la sphère juridico-administrative, les immigrés maghrébins vieillissants prennent peu d'initiatives pour retrouver leurs droits. Le passage à la retraite ou à la préretraite s'accompagne ainsi souvent pour ces personnes d'une perte de droits de santé, qu'il leur reviendra de demander.

Les difficultés d'accès aux soins proviennent en effet, si l'on porte le regard sur le fonctionnement de l'administration, d'un manque d'information sur les droits connexes liés à une prestation sociale ou un minimum social. En ne garantissant pas une continuité des droits, on crée des zones de non-droit. Le cloisonnement administratif et la segmentation des publics qui en découle, empêchent d'avoir une approche globale des droits sociaux d'une personne. Il existe pourtant des outils pour permettre la circulation des informations entre les différents organismes sociaux. Mais le problème vient du fait que l'accès aux droits ne correspond pas à un objectif commun, donc pas non plus à une pratique partagée. L'implication d'un organisme dans la lutte contre le non recours aux droits et services de santé dépend de volontés particulières des membres de l'organisation. L'action contre le non recours dans les organismes prestataires de droits et services de santé reste donc aléatoire puisqu'elle est davantage fonction de l'investissement personnel des travailleurs au sein de chaque structure que de mesures ou directives qui viendraient de l'extérieur et s'imposeraient à tous comme une priorité de travail.

### *ii. Un projet pour améliorer la coordination : le dossier médical personnel*

Pour décloisonner les services administratifs dans le domaine médical, a été lancée l'idée de mettre en place un Dossier Médical Personnel (DMP) pour chaque patient. Prévu par

---

<sup>108</sup> Rapport issu des travaux du groupe de travail sur l'accès aux soins lancé par Philippe Séguin en 1987.

la loi du 13 août 2004, le DMP a pour vocation d'améliorer la qualité des soins en facilitant la coordination et les échanges d'informations entre les professionnels de santé. Il devrait être progressivement généralisé à partir de septembre 2007, un groupement d'intérêt public du dossier médical personnel (GIP-DMP) ayant en charge de préparer les dispositions juridiques, organisationnelles, financières et logistiques du DMP, et d'en assurer la réalisation. C'est un service public destiné à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie.

Toutefois, les médecins sont réticents à ce nouveau dispositif qui met en jeu les libertés individuelles, quoique la protection des données contenues dans chaque DMP soit garantie par la loi. « Le DMP n'est pour l'instant qu'un projet car, heureusement, des limites techniques empêchent sa mise en œuvre. La CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a interdit l'utilisation du numéro de Sécurité sociale pour l'identification des patients : ça nous laisse du temps ! Il est certain qu'on a besoin de coordination dans le secteur médicosocial ; il faut qu'on travaille en réseau. Pour autant, je ne suis absolument pas favorable au DMP ! » confie un médecin libéral. La Ligue des droits de l'Homme réfléchit aux impacts du DMP sur les libertés individuelles, et il semble pour l'instant qu'elle ne soit pas convaincue de l'inoffensivité du projet...

### *c. Des droits à la protection sociale soumis à condition de résidence*

La situation socioéconomique d'une personne influe sur ses consommations de santé : cela a déjà été montré. Ce qui porte préjudice à la situation économique dégrade donc le rapport à la santé. Or, nombre de dispositifs de protection sociale en France sont soumis à condition de résidence. Les migrants hébergés en foyer étant très majoritairement "à cheval sur deux pays", ils ne satisfont pas au critère de résidence requis pour ouvrir certains droits sociaux.

#### *i. Les couvertures sanitaires*

À partir de l'âge de soixante-cinq ans, les immigrés en France ont droit au minimum vieillesse (environ 600 euros). Si l'allocation de base est versée sans condition, l'Allocation Supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse (ASFSV) de 360 euros est quant à elle soumise, comme les prestations de solidarité (RMI, allocation adulte handicapé, etc) et la CMU, à une condition de résidence d'au moins six mois (183 jours) par an sur le territoire français. De même, l'aide légale à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, est soumise à condition de résidence. Entrée en vigueur le 1er janvier 2005, cette aide s'adresse aux

personnes justifiant d'une résidence stable et régulière en France et dont les revenus vont jusqu'à 15% au dessus du seuil d'accès à la CMU-C (CMU Complémentaire). La mutuelle auprès de laquelle l'assuré souscrit un contrat d'assurance complémentaire déduit le montant de l'aide (de 75 à 250€ par personne du foyer, selon l'âge de la personne) des cotisations annuelles dues. Mais les transmigrants sont de toute façon réticents à s'affilier à une mutuelle car il faudrait cotiser sans interruption toute l'année alors qu'ils s'absentent de France presque six mois sur douze. Quoiqu'il en soit, le ministre délégué à la Sécurité sociale, Philippe BAS, a réaffirmé, lors du débat sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (automne 2005), l'exigence de résidence en France : « Le minimum vieillesse, pas plus que le RMI ou l'allocation adulte handicapé, n'est pas exportable, tout simplement parce que ces minima sont calculés par rapport à un pouvoir d'achat en France, pour y permettre un niveau de subsistance. Ailleurs, le pouvoir d'achat représenterait dix fois plus ! »<sup>109</sup>

En plus de cette question de résidence, la domiciliation même des personnes en France, pour percevoir l'allocation supplémentaire ou l'AAH (Allocation à l'Adulte Handicapé), est soumise à de plus en plus de contrôles par les caisses : les locataires doivent être en mesure de produire un bail de location, des quittances d'électricité ou de gaz... Les résidents "voyageurs", dont le statut de locataire ou de résident est aléatoire, ont du mal à produire les justificatifs demandés. Ces prestations peuvent ainsi être suspendues pendant de longues périodes.

## *ii. Les aides au logement*

Concernant le logement, si des efforts notables sont menés depuis plusieurs années pour améliorer le confort des foyers, la réglementation applicable en matière d'aide au logement ne favorise pas le développement de modes de fonctionnement permettant de prendre en compte la vie nomade de ces immigrés perpétuellement en allers-retours entre la France et leur pays de naissance. En effet, selon la réglementation sur l'aide personnalisée au logement (APL), toute inoccupation pendant plus de quatre mois (consécutifs ou non), sur une période de douze mois déterminée à partir du premier départ, entraîne l'extinction du droit à compter du cinquième mois de non occupation, y compris dans les foyers dont il est ici question. En cas de réintégration des lieux, l'APL est à nouveau versée dans les conditions de droit commun. Cependant, comme le président d'Adoma a pu en faire part au Haut Comité à l'Intégration, la rupture dans le versement de l'APL pose des problèmes de trésorerie aux résidents âgés, en raison du décalage dans le temps entre la réouverture des droits et le versement effectif de la

---

<sup>109</sup> L'Humanité, 5 septembre 2006.

prestation. On astreint donc à une obligation de résidence prolongée et coûteuse les vieux travailleurs migrants qui, pour rejoindre leur famille, sont contraints à des allers et retours incessants.

### *iii. Les paradoxes de la carte de retraité*

Bien sûr, les immigrés retournés au pays peuvent normalement bénéficier de la carte de séjour retraité. La loi du 11 mai 1998 a institué cette carte de retraité pour les personnes de nationalité étrangère ayant durablement résidé et travaillé en France mais n’y résidant plus. Lorsque la personne titulaire de la carte retraité justifie d’une durée d’assurance au titre de la retraite d’au moins quinze ans, elle peut, lors d’un séjour temporaire (moins d’un an) sur le territoire français, et si « son état de santé vient à nécessiter des soins immédiats », bénéficier des prestations maladie (en nature) auxquelles elle avait droit au moment de son départ de France. Mais on peut noter que cette carte ne permet pas à un immigré retraité qui est retourné vivre dans son pays d’origine, de venir se faire soigner en France pour des maladies chroniques, ou de venir pour des soins programmés (opération chirurgicale prévue...) ; ce qui paraît assez paradoxal si l’on considère le surcoût d’hébergement qu’occasionne pour la France l’impossibilité de retour au pays dans laquelle se trouvent ainsi ces travailleurs migrants âgés malades, bénéficiaires de soins.

### *iv. Une amélioration dans l’accès aux droits pour les immigrés ?*

Amorçant peut-être enfin un progrès dans ce domaine, le ministre de la Cohésion Sociale Jean-Louis BORLOO a annoncé, le 17 janvier 2007, qu’un projet de loi prévoit que les vieux immigrés puissent rentrer plus longtemps dans leur pays d’origine en continuant à percevoir certaines aides sociales. Le texte prévoit la signature d’un contrat qui donne droit à une allocation spéciale pour les immigrés qui s’engagent à vivre jusqu’à neuf mois dans leur pays d’origine et le reste en France. Son montant correspondra, en théorie, à celui de l’aide personnalisée au logement que le signataire perdra, de même que le minimum vieillesse (environ 600 euros). Cette mesure, très sélective, ne s’appliquerait qu’aux célibataires, aux bénéficiaires de l’aide au logement et à ceux qui résident en France de façon régulière et ininterrompue depuis 15 ans. Elle exclut ainsi les naturalisés français et ceux qui ont séjourné “trop longtemps” dans leur pays d’origine depuis qu’ils en sont partis.

La faiblesse des droits politiques des étrangers extra-communautaires en France est à la fois préjudiciable en termes de participation sociale et d’intérêt des pouvoirs publics, mais aussi en matière d’image de soi de ces personnes vieillissantes. En effet, l’attachement des citoyens

français âgés ou très âgés à leurs droits et devoirs politiques est un élément déterminant de leur identité, qui fait souvent cruellement défaut aux travailleurs migrants vieillissants. Or, on a vu combien l'image de soi, ainsi que la perception du rôle que chacun croit avoir à jouer dans la société, influent sur le rapport aux droits et services publics, parmi lesquels bien sûr les droits et services de santé.

#### *d. L'accessibilité des maisons de retraite en question*

Les assistants sociaux des personnes âgées des CCAS constatent que les hommes immigrés vieillissants accèdent difficilement aux structures d'hébergement collectif pour personnes âgées : foyer logement, maison de retraite, centre de long séjour, MAPA (Maisons d'Accueil pour Personnes Agées)...

Il existe en effet une réticence forte de la part des migrants à entrer dans des établissements de long séjour ou en maison de retraite car cette solution ne fait pas partie de leur culture d'origine, la vie en institution étant souvent vécue comme un nouvel exil. Cette réticence culturelle est renforcée par une méfiance envers les institutions et la crainte des répercussions financières (le coût de la vie en institution aspirera tout leur revenu, interdisant les retours au pays et les envois d'aide financière). Concrètement, ces réticences se traduisent par une proportion de seulement 2,5 % de migrants âgés qui vont en maison de retraite<sup>110</sup>.

Parmi les différentes variables explicatives de ce faible recours, on peut bien sûr citer des raisons d'ordre financier mais des motifs culturels sont également avancés.

##### *i. Le coût d'un hébergement en maison de retraite*

Les maisons de retraite sont trop chères pour eux qui ont de faibles revenus et en envoient une large part à leur famille au pays. Ces structures sont de fait réservées à ceux qui ont un revenu qui en permet l'accès. Il faut compter en moyenne 1.500 euros par mois (plus ou moins en fonction du degré de la dépendance prise en charge) pour séjourner en maison de retraite. Pour des raisons financières évidentes (d'autant qu'ils continuent d'envoyer un pécule mensuel au pays...), les résidents de foyer ne peuvent qu'exceptionnellement s'offrir le luxe de demander une place en hébergement pour personnes âgées. Pour la plupart des résidents, payer une place en maison de retraite signifie renoncer à envoyer de l'argent au pays... Or les mandats sont la raison de vivre des immigrants maghrébins. S'ils cessent d'envoyer de l'argent à

---

<sup>110</sup> « Vieillir ici quand on est d'ailleurs », Compte-rendu de la journée thématique organisée par le Groupe de réflexion sur la prise en charge des migrants à l'hôpital Avicenne (Pr. Olivier BOUCHAUD et Nathalie LELE) - 18 Mars 2004, hôpital Avicenne (Bobigny, Seine St Denis) -

leur famille, ils sont reniés par celle-ci.

Dans d'autres pays, des aménagements sont entrepris pour permettre à toutes les personnes âgées, quelles que soient leur nationalité et leur culture, de couler décentement leurs vieux jours. Jacques BAROU expose ainsi l'exemple allemand : « A Berlin un foyer d'hébergement a été transformé en maison de retraite. Enfin, c'est moins confortable qu'une maison de retraite ordinaire : les hommes sont deux par chambre, et puis l'institution propose moins de prestations que dans les autres maisons de retraite, il y a moins d'animations. Mais il y a des services médicaux sur place, des lieux de prière, le personnel soignant est masculin... Les revenus des résidents là-bas (principalement des Turcs) sont plus élevés que ceux des résidents maghrébins d'ici, mais le loyer de cette maison est moins élevé que celui des autres maisons de retraite allemandes. »

*ii. Pas de mixité (ni sociale ni sexuelle... (ni ethnique ?)*

Les immigrés âgés ne veulent pas aller en maison de retraite. Ils voient en ces établissements des lieux de regroupement des solitudes vieillissantes. Ils préfèrent rester dans leur foyer, auprès de leurs *co-pains* et de leurs *cama-rades* (littéralement ceux avec qui l'on partage le pain et la chambre), même si les conditions de vie y sont rudes. Les gestionnaires des institutions pour personnes âgées constatent qu'il ne leur est de toute façon pas possible d'accueillir ce public. En effet, les structures qu'ils gèrent accueillent généralement des publics féminins et des personnes dont l'âge, les revenus, les modes de vie et de vieillissement nécessitent des réponses différentes de celles des personnes étrangères. Pour pouvoir faire coexister ces publics, il faudrait élaborer des projets spécifiques que leurs structures ne sont pas à même de réaliser.

« Ces institutions sont culturellement et socialement trop différentes d'eux pour qu'ils puissent s'y sentir bien, explique Jacques BAROU. Les maisons de retraite sont mixtes. Or, ces hommes ont vécu toute leur vie dans des communautés intégralement masculines. On a vu des résidents refuser une infirmière parce que c'était une femme ! Il y a une gêne initiale trop forte pour qu'ils envisagent d'aller vieillir dans ces établissements, d'autant que 70% du public est féminin ! Ces hommes sont prisonniers de l'univers dans lequel ils ont vécu. Ils sont habitués au foyer. » Le témoignage d'un résident de foyer rejoint tout à fait l'analyse de l'anthropologue : « L'assistante sociale m'a dit que je serais mieux dans un centre avec des gens vieux comme moi, avec des médecins, des infirmières, que je n'aie pas besoin de me déplacer... Mais je lui ai dit que ça coûte cher, et même si je peux payer, je ne sais pas comment vivre avec tous ces gens qui ne me comprendront pas. J'ai vu à la télévision qu'on

faisait comme pour les gosses : ils chantent, ils dansent, et ils les font sortir dehors pour s'amuser. Je n'aime pas tout ça ! Chez nous, on est vieux, on se tient tranquille. Il y a des choses que j'ai vues qui ne sont pas toujours bien dans ma culture. »

Les quelques expériences de déménagement des résidents de foyer en maison de retraite se sont révélées infructueuses. D'une part, les délais d'attente sont longs avant d'obtenir une place. La coordinatrice personnes âgées du CCAS de la ville émet les demandes pour les résidents de foyer qui deviennent trop dépendants pour pouvoir rester dans leur chambre, mais les délais d'attente peuvent atteindre plusieurs mois, voire des années. Parfois, un patient sortant de l'hôpital ne rentre pas directement au foyer : il transite par la maison de retraite pour se rétablir dans un cadre adapté. Toutefois, lorsque la santé est gravement affectée, la personne peut ne plus avoir l'autonomie suffisante pour reprendre sa vie en foyer. Le coût de l'hébergement en maison de retraite pose alors problème, pour les raisons évoquées précédemment, et l'absence de mixité dans les établissements (70% du public est féminin) ajoute au fait que les hommes immigrés âgés ne veulent pas y aller.

## **V. CONCLUSION : VERS UN MEILLEUR RECOURS A LA SANTE PAR LES RESIDENTS AGES DE FOYERS ? LA COORDINATION ENTRE ACTEURS POUR FAVORISER L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS**

### **A. La persistance d'inégalités face à la santé malgré l'amélioration générale de l'état sanitaire en France**

Tandis que l'on observe en France une amélioration générale de la santé<sup>111</sup>, les inégalités s'accroissent pour les soins les plus chers ou les plus mal couverts. L'étude sur le terrain grenoblois a révélé un faible recours aux droits et services de santé par les hommes immigrés d'origine maghrébine vieillissants hébergés en foyer. En février 1998 déjà, dans un article du journal *Le Monde*, le HCSP (Haut Conseil de Santé Publique invitait l'administration à développer un « immense travail pédagogique » en direction des professionnels de santé « qui ont dans leur majorité fait preuve d'une faible capacité de diagnostic et d'adaptation aux nouvelles réalités ». Etant donnée l'amélioration régulière de la santé et de l'espérance de vie sans incapacité depuis plus de cinquante ans, on déplore que ces progrès, du fait d'importantes inégalités sociales, n'aient pas été répartis équitablement dans l'ensemble de la population. Car le problème du non recours aux droits et services de santé par les immigrés nord-africains ne vient pas d'un désintérêt de cette population pour la santé. C'est que le nombre et la taille des obstacles qui se posent à eux pour accéder aux soins sont dissuasifs... Et pour commencer, ils ne sont pas forcément au courant des droits auxquels ils pourraient prétendre, car il n'y a pas de réel travail de prévention là-dessus.

Si les causes identifiées sont nombreuses et variées, différentes selon chacun, des obstacles communs à tous ont pu être dégagés. La précarité financière des immigrés maghrébins par exemple, dûe à une carrière peu rémunératrice et à l'envoi d'argent au pays, rend l'accès aux services de santé trop onéreux. Les prestations sociales prévues pour les personnes les plus démunies leur sont souvent fermées car, avant déduction des sommes envoyées au pays, leurs revenus sont supérieurs aux plafonds fixés pour avoir droit aux protections sociales telles que la CMU. Trop riches pour être intégralement couverts par la solidarité nationale, mais trop

---

<sup>111</sup> MENORET-CALLES Brigitte, *L'accès aux soins des populations démunies*, coll. L'éthique en mouvement, éd. L'Harmattan, Paris, 1997.

pauvres pour subvenir seuls à leurs frais de santé, les résidents âgés de foyers d'hébergement font apparaître le paradoxe des politiques sociales françaises. Par souci d'égalité, les critères d'accès aux droits sont les mêmes pour tout le monde (immigré ou non). On revendique le droit commun car l'élaboration de droits spécifiques semble contraire au principe d'égalité. Des politiques sociales visant uniquement le public immigré âgé contrediraient le discours dominant qui prône l'intégration de ces personnes dans la société française. Pourtant, la prise en compte de leur mode de vie dans la définition des politiques de santé permettrait sans doute de rendre l'accès aux soins plus équitable. Des efforts sont faits en matière d'accès à la santé des résidents âgés de foyers d'hébergement, mais le bien-être physique et psychique demeure inaccessible à la grande majorité des résidents rencontrés.

## **B. La lente adaptation des structures d'accueil des immigrés maghrébins vieillissants**

Entre l'accès, sinon impossible, en tout cas difficile dans les maisons de retraite et le vieillissement "sur pieds" dans les foyers, il semble important de mettre en place des structures adaptées à l'accueil de ces populations. La mise en place de telles structures doit faire l'objet d'une concertation avec les résidents concernés des foyers. Ces structures peuvent être situées dans certains foyers au cours de leur réhabilitation, ou mieux, dans de petits ensembles bien situés sur un territoire communal.

L'objectif de ces structures, qui se rapprochent de formes de maintien à domicile mis en place par ailleurs, est d'offrir un mode d'habitat à taille humaine, intégré dans un quartier et au milieu de populations d'origines sociales diverses, adapté pour pouvoir accueillir durablement des personnes pouvant présenter des handicaps physiques. Ces structures doivent offrir des coûts de redevance peu élevés afin d'être accessibles à des personnes de faibles revenus. Cela doit être un élément d'appréciation primordial dans la mise en place de telles structures ; lesquelles doivent permettre de lutter contre l'isolement de ces personnes en restaurant un mode de vie semi communautaire où les activités quotidiennes (ménage, repas, échanges informels) sont le support du maintien d'une vie sociale et conviviale.

Enfin, et c'est un point essentiel, il est nécessaire de prévoir et d'assurer la coordination de l'intervention de services particuliers (soins infirmiers, ménage, préparation de repas). Il ne s'agit pas de recréer une nouvelle fois des structures à part pour des personnes à part, mais de mettre en place un réseau coordonné d'intervention des services de droit commun dans un habitat adapté aux besoins des personnes immigrées vieillissantes.

## 1) Projets d'aménagement des résidences

Comment faire face au défi que constitue le vieillissement dans les foyers d'une immigration d'isolés vieillissants d'origine maghrébine ? Dans les foyers, le vieillissement se passe, si l'on peut dire, sous le regard des gestionnaires et des pouvoirs publics. Ceux-ci ont donc des responsabilités devant un phénomène qu'ils ont construit pour une bonne part. Certes la question peut être évacuée comme le fait le rapport CUQ<sup>112</sup> qui évalue le nombre de personnes "dépendantes" dans les foyers de travailleurs migrants de 529 à 822 personnes en 2000 et de 1.434 à 2.041 personnes en l'an 2010. L'auteur du rapport rapproche ce nombre "dérisoire" de la capacité d'accueil des maisons de retraite qui est de l'ordre de 500.000 lits. Il conclut donc que « la sortie des foyers actuels pour les résidents devenus dépendants n'est pas d'actualité ».

Une telle approche statistique ne s'intéresse qu'à la notion de "dépendance" en calculant son taux par rapport à l'ensemble de la population vivant à domicile. Mais peut-on honnêtement calculer un taux de dépendance pour une population d'immigrés isolés usés par une place particulière dans le processus de travail, en référence avec l'ensemble de la population ? Peut-on ne retenir des processus de vieillissement que la notion de dépendance sans s'interroger sur l'adaptation des foyers pour l'accueil des populations vieillissantes ?

Les foyers accueillent aujourd'hui une population nouvelle qui n'est pas spécifiquement immigrée et qui est constituée de personnes en situation de précarité qui trouvent dans les foyers un logement transitoire à faible coût. Des aménagements commencent à être faits pour rendre les lieux accessibles à des personnes à mobilité réduite. Les foyers Adoma sont un à un réhabilités, avec des unités de vie adaptées au vieillissement des résidents. Progressivement, les foyers se transforment en résidences sociales (de fait ou agréées par les pouvoirs publics). Nous assistons ainsi au sein des mêmes établissements à deux cycles différents : l'un qui se termine, celui des foyers pour travailleurs migrants, et un autre qui naît et tend à prendre de l'importance, celui des résidences sociales pour personnes en situation d'exclusion. La coexistence de ces deux populations n'est d'ailleurs pas sans difficultés<sup>113</sup>. Peut-on parler de "mixité sociale" dans ce cas ? La coexistence de ces deux cycles dans les mêmes foyers pourrait faire l'objet d'une méditation sur la place faite aux immigrés et aux précaires dans notre société.

---

<sup>112</sup> CUQ Henri, *Mission parlementaire sur la situation et le devenir des foyers de travailleurs migrants*, 1996.

<sup>113</sup> BAROU Jacques, "Du foyer pour migrants à la résidence sociale : utopie ou innovation", *Hommes et Migrations*, n°1202, Octobre 1996.

## **2) Tentatives de coordination entre les acteurs médicosociaux**

### ***a. Quel cadre pour l'action gérontologique ?***

L'accès des vieux travailleurs immigrés aux services gériatriques et gérontologiques de droit commun s'avère insuffisant pour des raisons de coût mais aussi de culture, des difficultés pour les professionnels d'intervenir dans des foyers semi-collectifs. L'intégration de la problématique des vieux travailleurs migrants dans les politiques en faveur des personnes âgées reste, ainsi que l'ont montré les pages précédentes, à améliorer. Beaucoup a été entrepris ces dernières années en direction des personnes qui perdent leur autonomie du fait de l'avancée en âge, mais les immigrés âgés ne doivent pas rester à l'écart de ces services et politiques de droit commun.

Au vu des informations recueillies par le Haut Conseil à l'Intégration (HCI) cependant, les schémas gérontologiques et les Centres Locaux d'Information et de Coordination pour les personnes âgées (CLIC) ne ciblent pas encore suffisamment la population des immigrés vieillissants, avec ses spécificités qu'il convient de connaître et de prendre en compte. « Les départements assurent la coordination de l'action gérontologique dans le cadre d'un schéma (...). Le schéma définit les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité et établit des modalités d'information du public et de coordination des prestataires en s'appuyant notamment sur des centres locaux d'information et de coordination ».

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a conféré, depuis le 1er janvier 2005, la responsabilité de l'adoption du schéma gérontologique au seul président du conseil général, alors que jusque là le schéma était arrêté conjointement par le président du conseil général et le préfet de département. Le CLIC est pour sa part « un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage ».

### ***b. Des expériences innovantes dans divers endroits de France***

Etudiant l'accès des anciens travailleurs immigrés aux services de droit commun, le HCI a ainsi pris connaissance avec intérêt d'expériences telles que celle du CLIC "Porte des Alpes" (Bourgoin Jallieu) : le CLIC gérontologique "Porte des Alpes" est géré par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Bourgoin Jallieu. Il s'étend sur 55 communes, soit une population de 124.000 habitants, dont 17.803 personnes de 60 ans et plus. Ce centre constitue l'interface entre les associations et les services spécifiques en charge des vieux travailleurs migrants, et les

politiques gérontologiques : il sert d'outil d'information gérontologique à ces associations et services, afin de leur permettre de continuer leurs actions spécifiques auprès d'un public qu'ils connaissent bien, mais qui, en vieillissant, a besoin de prises en charge nouvelles.

Alors que certains services municipaux semblent ne pas encore avoir pris conscience de leurs obligations en la matière, certaines collectivités locales et/ou associations tentent d'intervenir en amont pour être plus présentes auprès d'immigrés qui, très souvent, ne connaissent pas l'existence des services d'aide à domicile. C'est ainsi que certaines envisagent de créer un réseau médical de dépistage des risques de dépendance, intégrant les médecins généralistes, premiers interlocuteurs santé des immigrés âgés. En Alsace par exemple, une démarche de ce type a été lancée en 2003 sous l'égide de l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV) de Strasbourg. De même, la ville de Marseille a créé un pôle d'information permettant aux immigrés âgés de bénéficier de l'ensemble des droits et services développés dans le cadre des politiques en direction des seniors vivant dans notre pays : un pôle info ressources « accès aux services publics pour les immigrés âgés du centre ville de Marseille » a été créé par le CCAS, en lien avec de nombreux intervenants et organismes (Institut de Gérontologie Sociale, CRAM, centre social...). Dans le même sens, le CCAS de Clermont-Ferrand a créé une permanence d'accueil pour les personnes immigrées âgées. Cette permanence permet notamment l'intervention d'une interprète et d'une assistante sociale.

Ces expériences innovantes dans divers endroits de France montrent la volonté de développer l'accès aux droits et services sanitaires et sociaux pour les populations en situation de précarité. Reste néanmoins que pour bénéficier de ces nouveaux services ou nouvelles structures, les résidents âgés d'origine maghrébine doivent être informés de l'existence de ces services. Le problème de l'information revient de façon récurrente dans les entretiens : soit les résidents ne connaissent pas leurs droits et ne sont pas au courant des actions sanitaires qui ont lieu dans leur foyer, soit ils savent mais ne comprennent pas l'utilité de ces campagnes. Peut-on dire qu'une information a été transmise lorsqu'elle a été diffusée mais incomprise ? Les messages sont difficiles à faire passer aux populations issues d'une autre culture car les codes et les croyances ne sont pas les mêmes. Il faut donc tenir compte de la culture des patients pour pouvoir comprendre leur schéma de pensée et leur faire comprendre le nôtre.

## **C. Pour une amélioration de la prise en charge médico-sociale des migrants âgés**

### **1) Connaissance de la culture du patient sans dérive culturaliste**

Déjà en 1995, l'acquisition d'une bonne connaissance des patients afin de mieux répondre à leurs besoins figurait parmi les missions des DRASS et DDASS suite à un bilan de la situation sanitaire dans chaque département. Cet objectif devait être confié au niveau du département à un médecin inspecteur en santé publique ou à une équipe qui travaillerait en partenariat avec les acteurs de terrain et le Conseil Général (réalisation de tableaux de bord régionaux de la santé, études épidémiologiques et missions d'évaluation).

Le dialogue interculturel ne naît pas seulement de l'étude approfondie des groupes ethniques mais d'une sensibilité apte à se moduler selon les personnes et les situations rencontrées. Les équipes soignantes doivent certes s'informer de la culture d'origine et de la religion du patient, ainsi que de son degré de pratique (car il existe autant de façons de vivre sa foi que d'êtres humains ; l'implication peut être différente d'un fidèle à l'autre dans l'intensité et le respect des dogmes d'une même obédience). Cela dit, ce sont davantage les *manifestations* des souffrances que les *causes* des maladies qu'il faut comprendre en fonction de la culture d'origine. Car si les causes d'une pathologie sont rarement liées à l'origine ethnique d'une personne, l'expression du mal passe en revanche par des codes qui peuvent être propres à l'origine du patient : chaque culture dispose de codes particuliers que l'on intègre malgré soi pendant l'apprentissage du langage (le langage recouvrant non seulement la parole mais également les moyens d'expression non verbaux tels que les gestes, les codes implicites). Pour reprendre un exemple cité par Jacques BAROU, dans les cas de délires paranoïaques, le patient nomme ses démons avec des noms de sorciers référant à sa culture. D'où l'importance de la relation de confiance entre le médecin et le malade, pour que le patient exprime ce qui le hante librement et que le thérapeute tienne compte des origines culturelles de l'expression de cette douleur. Les professionnels de santé reconnaissent qu'il faut se placer dans le contexte culturel de leurs patients pour entendre ce qu'ils essayent de dire, car ils utilisent des codes différents.

La construction de catégories pour sérier la pathologie chez les migrants : pathologie d'importation, pathologie d'acquisition, pathologie d'adaptation<sup>114</sup> ne garantit donc en rien la

---

<sup>114</sup> Cf. « II. Méthode et déroulement de la recherche - A. Présentation des phases de travail - 3) Enquête approfondie - c. La conception de la santé - i. *Refus de la nosographie traditionnelle de la santé des migrants* ».

compréhension des patients immigrés et de leurs maladies. Ces catégories doivent au contraire être utilisées avec la plus grande prudence car en introduisant la notion de spécificité, non seulement on déforme la réalité clinique, mais encore on ampute la démarche diagnostique de moments privilégiés d'interrogation et de recherche : ceux-là même qui permettent de se donner un regard neuf devant chaque symptôme. En parlant de pathologie spécifique, on risque de substituer l'interprétation sociologique des symptômes à l'objectivité de l'exploration clinique. Les traitements prescrits tendent dès lors à être stéréotypés et purement symptomatiques. Lorsqu'un Maghrébin dit « j'ai mal à la tête », ce n'est pas forcément parce qu'il a mal « à sa migration » ou parce qu'il somatise ses problèmes d'adaptation. La tendance qui consiste à prendre la plainte du Maghrébin comme la traduction de son désarroi d'immigré, de déraciné, a le mérite d'essayer de prendre en compte l'individu dans sa globalité, sans dissocier le mental du physique, et sans nier les liens étroits entre les deux. Ce faisant néanmoins, on “oublie” que le patient maghrébin est un patient comme les autres, et qu'à vouloir introduire systématiquement la fonction symbolique du symptôme exprimé, le risque est grand de passer à côté de l'étiologie objective de sa plainte. « Si la cause culturelle est effectivement à prendre en compte dans l'analyse et le traitement d'une souffrance psychologique, synthétise Jacques BAROU, elle n'est cependant pas suffisante. » L'ethnopsychiatrie, lancée en France par des anthropologues (à l'origine sans formation de psychologie), a donné de bons résultats car elle permet de comprendre la dimension collective d'une maladie mentale (lors des consultations familiales) : « la peur d'être dévoré par quelqu'un par exemple, vient d'une culture où l'on croit aux ensorcellements ; or l'ensorcellement, c'est la dévoration de l'âme par des esprits maléfiques », illustre BAROU.

## **2) Adapter les services médicosociaux existants à la diversité des publics plutôt que créer des services spécifiques aux immigrés**

Connaître et comprendre la culture d'un patient immigré n'induit pas que l'on vise à soigner sa culture : la culture n'est pas une maladie ! Comprendre la culture d'un patient doit juste permettre au soignant de “traduire” ce que le malade exprime. Il ne s'agit pas d'apporter des remèdes différents à des patients qui souffrent de la même maladie sous prétexte qu'ils n'ont pas les mêmes croyances ni les mêmes références. L'étude a montré que les Maghrébins immigrés en France étaient physiquement plus fatigués et psychologiquement plus fragiles que le reste de la population. Les causes de ces fragilités sont à chercher dans le parcours de vie de

ces personnes, pas dans leurs gènes. S'ils vieillissent précocement, les douleurs et les maladies qu'ils développent sont les mêmes que celles que les Français d'origine rencontrent quelques années plus tard. Les médecins qui soignent des patients français "de souche" peuvent donc aussi bien s'occuper de patients immigrés. La création de services spécialisés dans l'accueil des publics immigrés ne se justifie pas. Ce n'est pas pour autant que la prise en compte des spécificités de chaque patient ne se justifie pas. Si le traitement à apporter aux maladies sont les mêmes quelle que soit l'origine d'une personne, le diagnostic requiert en revanche une capacité de compréhension du langage de la personne ("langage" au sens large, incluant la langue parlée bien sûr, mais également le langage du corps, la symbolique des expressions utilisées, le poids des croyances...). C'est en cela que la formation des personnels soignants à l'accueil de publics étrangers est nécessaire.

L'amélioration de la communication entre professionnels médicosociaux autochtones et patients immigrés réduirait les barrières culturelles qui entravent l'accès à la santé des Maghrébins âgés. Le développement de la coordination entre les acteurs du secteur social et médical compenserait la complexité juridique et administrative qui fait obstacle à l'ouverture des droits sociaux des immigrés : mieux guidés, accompagnés dans leurs démarches administratives, les Maghrébins vieillissants surmonteraient leurs difficultés de compréhension face au service public. Enfin, l'adaptation des politiques publiques de santé à la spécificité de la situation de ces personnes immigrées en France après la seconde guerre mondiale réduirait probablement les effets de leur précarité économique sur leur rapport aux services de santé. Quant à l'intégration des foyers d'hébergement dans la ville, elle casserait l'isolement social des résidents. Or l'isolement, en favorisant le repli sur soi, n'incite ni aux démarches extérieures (démarches sociales, médicales, administratives...) ni à la familiarisation avec la langue et les codes du pays. On peut donc s'attendre à ce que la rupture de cet isolement soit propice à l'intégration des résidents dans la ville, avec une meilleure compréhension de la langue et de la culture du pays d'accueil. C'est alors la qualité de la communication entre immigrés et autochtones qui s'en trouve améliorée et, partant, la qualité du rapport entre le système de soins français et les patients immigrés.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages et revues :

ADRI (Agence pour le Développement des Relations Interculturelles), *Le service public et l'intégration : guide d'accueil*, Paris.

BERNARDOT Marc, *Le vieillissement des migrants dans les foyers*, Hommes et Migrations n° 1219, mai 1999.

BAS-THERON Françoise et MICHEL Maurice (membres de l'Inspection générale des affaires sociales), *Rapport sur les immigrés vieillissants*, novembre 2002.

BROHMI Hamid, *Pour une approche interculturelle des populations migrantes vieillissantes originaires du Maghreb – Etudes et pistes pour l'action sanitaire en foyer*, CORES, DRASS et CRAM Bourgogne, 2006.

CHAOUITE Abdellatif et ALIDRA Nadia, *Le vieillissement des immigrés en France : enjeu des représentations dans le travail social*. Communication présentée à la Conférence de l'Association Internationale des Ecoles de Travail Social : « Citoyenneté et formation des travailleurs sociaux dans la mondialisation », Montpellier, 2002.

CHAREF Mohamed, *Des hommes passerelles entre l'Europe et le Maghreb*, Marocains de France et d'Europe n° 1242, mars avril 2003.

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

DAL (association Droit Au Logement), *Le logement des immigrés en France en 2000*, septembre 2000.

DESRUMAUX Gilles, *Les nouveaux visages de l'immigration vieillissante*, Les cahiers de l'Observatoire Associatif du Logement, n° 7, Grenoble, mai 1996.

FASSIN Didier, *Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ?*, "Plein Droit", n° 38, avril 1998.

FAYN Marie-Georges, *La société du soin*, Frison-Roche, Paris, 2005, 260 p.

GRAVE (Groupe de Réflexion et d'Action sur le Vieillissement des Etrangers), *Les immigrés vieillissants et isolés face au logement*, Les cahiers de l'Observatoire Associatif du Logement.

HCI (Haut Conseil à l'Intégration), *La condition sociale des travailleurs immigrés âgés*, mai 2005.

HALLOUCHE Omar et BONNARDEL Angélique, *Rapport recherche action santé/vieillessement : Comment prendre en charge les problèmes de santé des immigrés âgés vivant en foyer ARALIS dans le cadre du dispositif gérontologique ?*, juin 2004.

INSEE, *Atlas des populations immigrées en Rhône-Alpes*, juin 2005.

JABALLAH Ahmed, *Les notions de maladie et de soins en Islam*.

LEVY Isabelle, *Croyances et laïcité : guide pratique des cultures et des religions, leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières*, Estem, Paris, 2002, 495 p.

MENORET-CALLES Brigitte, *L'accès aux soins des populations démunies*, coll. L'éthique en mouvement, éd. L'Harmattan, Paris, 1997, 175 p.

MESSADI Dr., *La conception de la maladie dans l'islam*. Article publié par l'association de sensibilisation, d'information et de défense des consommateurs musulmans.

ODTI (Observatoire des Discriminations et des Territoires Interculturels), *Le guide du retraité étranger : toutes les informations pour bien préparer votre retraite*, FAS, UNAFO, SONACOTRA et Ville de Grenoble, 2002.

Revue PREVENIR, *Les immigrés dans leur champ social et de santé*, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, Marseille, 1983, 159 p.

RODE Antoine, *Le non recours aux soins de santé chez les populations précaires : une approche exploratoire et compréhensive de ses déterminants médicaux et sociaux*, mémoire réalisé sous la direction de Philippe WARIN, septembre 2005.

RODE Antoine, *Autour du non-recours aux soins : quel(s) regard(s), quelle(s) réponse(s) ?*, février 2006.

VEGA Anne, *Soignants/soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, coll. Savoirs & Santé, De Boeck, Paris, 2001, 156 p.

WARIN Philippe, *L'accès aux droits sociaux*, coll. Politique en +, Presses universitaires de Grenoble, 2006, 166 p.

## **Ressources en ligne :**

<http://www.afrik.com>, BANGRE Habibou, *La France tend-elle un piège aux vieux immigrés ?*, janvier 2007.

<http://www.africultures.com>, site et revue des cultures africaines, ELBADAWI Soeuf, *Fragments d'histoire d'une vie en foyer*, 23 mai 2005.

<http://www.culture-arabe.irisnet.be>, site du centre culturel arabe Wallonie-Bruxelles, DJABALI Hawa, *La relation au corps chez les Maghrébins*.

<http://www.fasti.org>, site de la Fédération des Associations de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés, *Actualités juridiques et jurisprudentielles*, 2005.

<http://www.gisti.org>, site du Groupement d'Information et de Soutien des Immigrés.

<http://www.humanite.fr>, site du journal "L'Humanité", *Une allocation à condition de vivre loin des siens*, 5 septembre 2006.

<http://www.hci.gouv.fr>, site du Haut Conseil à l'Intégration.

<http://www.insee.fr>, site de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

<http://www.irdes.fr>, site de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.

<http://www.unafo.org>, site des professionnels de l'hébergement social.

<http://www.vie-publique.fr>, site des institutions françaises et de la vie publique.

<http://vosdroits.service-public.fr>, le portail de l'administration française.

<http://www.who.int/whr/2006>, site de l'Organisation Mondiale de la Santé, *Le rapport sur la santé dans le monde 2006*.

## **Entretiens :**

### **Personnes ressources :**

BAROU Jacques, docteur en anthropologie et chercheur au CNRS.

BOUANANI Elias, juriste à l'ODTI.

COIFFARD Lionel, directeur de l'ODTI.

LEMSEFFER Jalil, psychologue à l'ODTI.

### **Professionnels de santé :**

Dr. MATHIEU Marie-Laure, médecin généraliste au centre de santé Vieux Temple, Grenoble.

Dr. LOSILLA, médecin généraliste au centre de santé Vieux Temple, Grenoble.

Dr. LAGABRIELLE Dominique, médecin généraliste membre de l'AGECSA.

TOUCHARD Karin, infirmière de l'ODTI..

### **Gestionnaires de foyers :**

BAMA Solange, responsable adjointe du foyer ADOMA Gaspard à Grenoble.

CHAPAZ Agnès, responsable du foyer ADOMA Rousseau à Saint Martin d'Hères.

WEHRLE Péguy, responsable adjointe du foyer ADOMA Normandie à Echirolles.

ADAM Ludmilla, responsable du foyer ADOMA de Seyssinet.

ADAM Ludmilla, responsable du foyer ADOMA de Fontaine.

### **Résidents de foyers :**

27 résidents âgés de plus de 55 ans, d'origine maghrébine, immigrés en France entre 1950 et 1970, hébergés au foyer Beauvert à Grenoble.

## ANNEXES

### Caractéristiques des logiques de recours aux soins observées chez les consultants de centres de soins gratuits

	Logique d'adhésion aux soins médicaux		Logique de résistance à la démarche de soins		Logique de refus de soins
		Recours aux soins sans grande difficulté financière (34%)	Faible renoncement aux soins en dépit de contraintes financières (13%)	Difficultés à initier une démarche de soins (24%)	Difficultés à suivre une prescription médicale (8%)
Médicalisation d'une douleur ou de symptômes récents	Recours direct		Recours différé	Recours direct ou différé	Non-recours
Observance des dernières prescriptions (médicaments, examens complémentaires)	Observance complète		Observance complète	Observance partielle	Non-observance ou observance très partielle
Renoncement déclaré à des soins pour raisons financières	Pas d'entrave financière	Déclaration de renoncement aux soins, notamment bucco-dentaires	Entrave financière déclarée	Pas d'entrave financière déclarée	Forte entrave financière déclarée

## **Historique d'une politique du logement spécifique aux immigrés peu rigoureuse**

L'immigration des années 50 et 60 est conçue et organisée comme une immigration de travail : elle est le fait d'hommes actifs, qui sont supposés venir en France pour travailler et retourner dans leurs pays respectifs au bout d'un certain temps. Les politiques mises en oeuvre sont donc destinées à favoriser le logement d'hommes seuls : en 1956 est créée la Sonacotral, chargée du logement des travailleurs algériens en métropole, et en 1959 le FAS, le fonds d'action sociale pour les travailleurs migrants. Cette conception de l'immigration est largement mise à mal dès les années 60, qui voient l'arrivée des familles des travailleurs et le développement d'un logement anarchique. La loi Debré sur la résorption des bidonvilles est donc adoptée en 1964 et la lutte contre les conditions de logement inacceptables se dote en 1970 d'un nouvel instrument : la loi sur la résorption de l'habitat insalubre (RHI ou loi Vivien).

En 1970, devant le constat de la dégradation des conditions de vie des travailleurs et de leurs familles, une dotation spécifique de 200 millions de francs est prélevée sur le 1% patronal et destinée au logement des étrangers, dans le cadre d'une convention avec l'UNIL (l'union nationale interprofessionnelle du logement). A cette époque, il apparaît de plus en plus clairement que l'immigration de travail, temporaire, se transforme en une immigration de peuplement, sinon définitive pour certains du moins destinée à durer. Devant cette caractéristique nouvelle, une nouvelle politique est mise en place et un cadre juridique spécifique et permanent est créé afin d'améliorer le logement des immigrés. L'article 61 de la loi de finances de 1975 affecte une fraction de la collecte du 1% patronal au logement des travailleurs immigrés et de leurs familles, au départ 1/5 du 1%, qui deviendra rapidement 1/10ème de 0,9% et qui prendra le nom de 1/9ème prioritaire. Après avoir ainsi attribué de l'argent à cet objectif spécifique, on crée par arrêté du 11/05/76, une structure chargée de « coordonner ensemble les actions relatives au logement des immigrés et de leur familles », la Commission Nationale pour le Logement des Immigrés (CNLI). Les attributions de ce nouvel organisme entièrement dédié au logement des populations immigrées sont ensuite définies par circulaire : la CNLI supervise les organismes déjà existants (tutelle de la Sonacotra, orientation des interventions du FAS en matière de logement, contrôle général du fonctionnement et orientation des organismes gestionnaires de foyers) et la politique du logement des immigrés, qu'elle doit "préparer et animer" à travers la programmation des opérations prioritaires (notamment du 1/9) et la préparation et le suivi des décisions ministérielles. Ces décisions sont

par ailleurs prises après avis de la CNLI et concerne notamment l'agrément des programmes et des opérations. On assiste donc à la mise en place d'une politique d'aide à la pierre spécifique destinée à traiter le problème du logement des immigrés.

Dès la fin des années 1970 et le début des années 1980, on assiste à une déflation de l'effort consenti en faveur des immigrés. Plusieurs constats en témoignent. D'abord, les ressources disponibles au titre du 1/9ème prioritaire sont distribuées sous la forme d'un saupoudrage général sur tout le territoire, sans que soient définies de véritables priorités. Ensuite, il n'y a pas de mise en place d'un fichier départemental des logements construits grâce aux 1/9ème, pas plus qu'il n'y a de mise en place d'un fichier des attributaires potentiels. Ceux-ci n'étant même pas définis par des critères stricts, quand attribution à des personnes dites "immigrées" il y a, cela se fait souvent en fonction des noms ou de la couleur de peau : un certain nombre de français d'outre mer se sont ainsi vu attribuer des logements construits grâce au 1/9ème. Aucun suivi n'est mis en place et ainsi, si la première attribution a parfois bénéficié à une famille immigrée, il n'y a eu aucun contrôle par la suite. Aucune coordination n'a été organisée et les pratiques départementales ont été en la matière fort diverses. Enfin des dérives discriminatoires pervertissent l'intention solidaire de départ puisque certains bailleurs refusent de loger plus d'immigrés que ceux dont ils sont redevables au titre du 1/9<sup>ème</sup>. Des pratiques ségrégationnistes se déploient également par la concentration de tous les logements construits grâce au 1/9 dans le même îlot, voire dans le même immeuble sont choses assez communes. Un certain nombre de ces pratiques, en l'absence d'une volonté politique forte et cohérente, a renforcé le processus d'exclusion qui était déjà à l'oeuvre. Ainsi le rapport Pascal publié en 1994 observe que « le 1/9ème prioritaire a peu à peu perdu sa vocation sociale pour devenir une forme de crédit sollicitée et gérée comme telle ».

Avec, à la fin des années 1980, la fusion des publics immigrés et défavorisés dans les politiques du logement, c'est le coup de grâce. En effet, dans un contexte de montée générale de la précarité et de l'exclusion et devant le constat très critique quant aux politiques de discriminations positives (formulé en particulier par la Mission sur l'intervention publique dans le domaine du logement des populations immigrées qui a rédigé en 1989 un rapport dénonçant l'inefficacité des institutions et la mauvaise gestion des aides destinées au logement des immigrés), l'objectif du logement des immigrés s'est dilué dans l'objectif du logement social en général, le logement des immigrés n'étant plus considéré comme suffisamment spécifique pour être traité ailleurs que dans le cadre de la politique générale du logement. Dans une circulaire de 1988, le bénéfice des constructions réalisées au titre du 1/9ème prioritaire est élargies aux populations défavorisées définies comme suit : « ménages sans abri, personnes ayant des

difficultés particulières, telles que femmes seules chargées de familles, jeunes, français rapatriés d'Afrique du Nord et français d'Outre-mer en métropole ». En 1998, la CNLI disparaît, remplacée par la CILPI (Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées), dont l'action est centrée sur la conception et le suivi des plans quinquennaux de rénovation des foyers. On constate ainsi une incohérence majeure de la politique du logement des immigrés : le manque de soutien à la politique du logement familial et l'effort développé et soutenu en faveur des travailleurs isolés en foyers, qui sont ainsi encouragés à s'y maintenir. Cet effort, bien que plus soutenu que celui en faveur du logement des familles immigrées, a néanmoins été nettement insuffisant. De plus, la tendance observée aujourd'hui est inquiétante : les foyers sont rénovés et conventionnés les uns après les autres, ce qui entraîne une forte hausse des loyers, les populations qui y sont accueillies évoluent (hausse de la part des jeunes ...) : les anciens FTM se transforment en résidences sociales, demandant aux populations qui y étaient jusque là logées un effort financier qui leur est quasiment impossible, voire les excluant de ce type d'hébergement.

## TABLE DES MATIERES

<i>Remerciements</i> .....	3
<i>Sommaire</i> .....	4
<b>I. Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>A. Le vieillissement des immigrés en France : un phénomène ancien mais abordé récemment</b>	<b>5</b>
<b>B. La question du rapport à la santé des Maghrébins âgés immigrés en situation de précarité</b>	<b>6</b>
<b>C. Objectif et plan de l'étude</b> .....	<b>7</b>
<b>II. Méthode et déroulement de la recherche</b> .....	<b>8</b>
<b>A. Présentation des phases de travail</b> .....	<b>8</b>
1) Enquête exploratoire et définition du sujet de recherche .....	8
a. Etude des travaux existants .....	8
i. L'émergence récente de la problématique du vieillissement des immigrés.....	8
ii. Evolution des effectifs de résidents immigrés âgés dans les foyers .....	9
b. Apparition progressive de la problématique de recherche .....	9
2) Ciblage d'un public précis et choix du terrain .....	11
a. Définition du public .....	11
i. Une étude centrée sur des hommes.....	11
ii. Agés.....	12
iii. Immigrés.....	12
iv. Maghrébins.....	12
v. Résidant en foyer.....	13
b. Délimitation du terrain d'enquête.....	13
3) Enquête approfondie .....	14
a. Un public et un phénomène difficiles à cerner.....	14
b. Approche anthropologique et psychosociologique.....	14
c. La conception de la santé .....	15
i. Refus de la nosographie traditionnelle de la santé des migrants.....	15
ii. La santé définie dans son acception large.....	16
d. L'enquête de terrain .....	16
i. Préparation des questionnaires et des grilles d'entretien .....	16
ii. Les entretiens avec les résidents.....	17
iii. Rencontre de professionnels de santé.....	17
iv. Questionnaires aux gestionnaires de foyer .....	18
v. L'apport des personnes "ressources".....	19
<b>B. Déroulement de l'enquête</b> .....	<b>19</b>
1) Difficultés rencontrées .....	19
a. Pour obtenir des entretiens .....	19
b. Pour dialoguer sur la question de la santé .....	20
2) Eléments ayant facilité le travail .....	20
a. L'accès au terrain .....	20
b. Des rendez-vous "en cascade" avec les professionnels.....	21
c. "L'informalisation" des entretiens avec les résidents.....	21
<b>III. Présentation du public et de son rapport aux droits et services de santé</b> .....	<b>22</b>
<b>A. Origines, parcours et mode de vie similaires</b> .....	<b>22</b>
1) Déracinement initial .....	22
2) Parcours professionnel et résidentiel fragilisant la santé.....	23
a. L'existence laborieuse de travailleurs non seulement peu qualifiés mais en plus immigrés .....	23
b. Le passage à la retraite des immigrés : une situation nouvelle et "anormale".....	24
c. L'insuffisante adaptation des foyers à l'évolution du public accueilli .....	26
d. Différentes façons de "vivre le foyer" en fonction des trajectoires professionnelles .....	26
3) Retraite solitaire en logement précaire.....	28
a. Des établissements en décrépitude .....	28
b. L'habitude sécurisante d'une vie solitaire en communauté.....	29
c. Un parc immobilier social inquiétant et de toute façon quasi inaccessible .....	31
4) Des relations émotionnelles contradictoires avec le pays d'origine.....	33
a. L'effondrement du mythe du retour .....	33
i. De l'idée du retour à la réalité de l'installation .....	33
ii. Le sentiment d'un décalage par rapport à la communauté d'origine lors des séjours au pays .....	34

iii.	L'obligation de rester en France pour continuer à bénéficier des soins.....	35
b.	L'installation dans une migration alternée .....	35
i.	L'envoi d'argent au pays comme devoir moral .....	36
ii.	"La valise dans la tête" .....	37
iii.	La solitude en France comme moindre mal .....	39
<b>B.</b>	<b>Une santé sans spécificités innées mais fragilisée par le mode de vie .....</b>	<b>41</b>
1)	Pas de pathologies spécifiques chez les hommes âgés d'origine maghrébine, mais une santé dégradée par la précarité et un faible investissement dans la santé.....	41
a.	Le syndrome de la koulchite, ou la santé dégradée .....	42
b.	Des pathologies nées des conditions d'existence... pathogènes. ....	43
c.	Prise de conscience de l'importance de la santé à l'arrivée au grand âge .....	44
2)	Faible recours aux soins et préférence pour les structures médicales et paramédicales publiques .....	46
a.	Cabinets médicaux et paramédicaux libéraux de ville .....	46
i.	Succès de la réforme instaurant la nomination d'un médecin traitant .....	47
b.	Hôpitaux .....	48
i.	L'évolution des valeurs de l'hôpital .....	48
ii.	Un accès à l'hôpital par la porte des urgences.....	49
c.	Centres de santé associatifs (AGECSA pour Grenoble) et centres sociaux .....	51
d.	Maisons de retraite et services d'aide à domicile .....	52
3)	Le non recours aux droits et services de santé .....	53
a.	Définitions et mesure .....	53
b.	Les déclinaisons du non recours.....	54
i.	Typologie générale .....	54
ii.	Les différentes formes du non recours dans le domaine de la santé.....	55
<b>IV.</b>	<b>Les causes du non recours aux droits et services de santé par les hommes originaires du Maghreb, âgés de plus de 55 ans et résidant en foyers.....</b>	<b>56</b>
<b>A.</b>	<b>Causes liées aux parcours et modes de vie des Maghrébins vieillissant en foyer d'hébergement.....</b>	<b>56</b>
1)	Facteurs économiques et sociaux .....	56
a.	Faible niveau d'instruction et métiers non qualifiés.....	56
i.	Critères de recrutement dans les bureaux d'immigration après 1945.....	56
ii.	Un droit du travail rarement respecté dans les secteurs d'emploi des immigrés .....	57
iii.	Méconnaissance des droits et incompréhension du système français.....	58
iv.	Les différents types de couverture maladie : entre rejet et confusion.....	59
b.	Petits revenus et conditions de logement précaires .....	61
i.	L'isolement géographique et social des résidents.....	62
ii.	Carence de solidarité .....	63
c.	Transfert d'argent au pays.....	64
i.	Des revenus amputés par les mandats envoyés à la famille restée au pays .....	64
ii.	La santé des siens avant la sienne.....	65
2)	L'aller-retour comme frein au recours .....	66
a.	La difficulté de poursuivre un traitement médical lors de longs séjours à l'étranger.....	66
i.	Délivrance de médicaments contrôlée.....	66
b.	Quelques "combines" pour contourner la loi .....	67
c.	Négligence des patients pendant les séjours au pays.....	68
3)	Aspects culturels et cultuels .....	69
a.	La représentation du corps dans la culture maghrébine et dans la religion musulmane .....	70
i.	Le vécu du corps (les différentes parties et leur charge symbolique).....	71
ii.	La hantise de mourir seul et d'être "mal enterré".....	72
iii.	Des comportements différents face à la prévention sanitaire .....	74
b.	La conception musulmane des maladies et des soins .....	76
i.	Deux types de maladies imbriqués l'un à l'autre, ou la nécessité de considérer le patient dans sa globalité .....	76
ii.	La maladie comme épreuve divine.....	76
iii.	L'éloge de la patience.....	77
iv.	La nécessité des soins .....	77
v.	Mieux vaut prévenir que guérir .....	78
vi.	Dérogations dans les prescriptions religieuses pour les malades.....	79
c.	Sentiment d'étrangeté face aux services de santé français .....	79
i.	Incompréhension de la démarche de soins .....	79

ii.	Problèmes de communication entre patients et soignants.....	81
iii.	La parole du médecin, parole d'évangile.....	83
iv.	Le "syndrome méditerranéen".....	84
4)	Une population fragilisée sur le plan psychologique.....	86
a.	Fatalisme et déni des maladies par les résidents âgés.....	87
b.	Absence de soutien familial.....	88
c.	Aucun suivi psychosocial par le personnel du foyer.....	90
<b>B.</b>	<b>Causes liées aux services médico-sociaux et à leur fonctionnement.....</b>	<b>91</b>
1)	Inadaptation des procédures de soins françaises à la diversité des publics.....	91
a.	Aspects psychosociaux des professionnels et des usagers.....	92
b.	Rendre les services existants capables de traiter les patients immigrés, et non créer des services spécifiques.....	95
2)	Déficit de coordination des acteurs du secteur médico-social.....	97
a.	Aucune veille sanitaire dans les résidences.....	98
i.	Ni budget social ni compétences sociales dans les foyers Adoma.....	98
ii.	Quelques attentions quand même de la part de certains responsables.....	99
iii.	Pas de service médicosocial au sein des foyers Adoma et peu de liens avec les structures extérieures.....	100
b.	Des efforts de prévention sanitaire.....	101
c.	Le problème des sorties d'hôpital.....	103
3)	Complexité juridique et administrative.....	104
a.	La complexité du système administratif.....	104
b.	Des obstacles plus hauts encore pour les immigrés.....	106
i.	Un système inaccessible aux personnes illettrées.....	106
ii.	Des pratiques discriminatoires.....	106
4)	Des barrières dans l'accès à certaines structures ou prestations médicales.....	107
a.	Le faible taux de remboursement de certains soins et médicaments.....	108
i.	Quel remboursement des médicaments par la Sécurité sociale ?.....	108
ii.	Honoraires libres pour les praticiens du secteur 2.....	108
b.	Cloisonnement des systèmes administratifs.....	109
i.	Une ouverture des droits non automatique.....	109
ii.	Un projet pour améliorer la coordination : le dossier médical personnel.....	109
c.	Des droits à la protection sociale soumis à condition de résidence.....	110
i.	Les couvertures sanitaires.....	110
ii.	Les aides au logement.....	111
iii.	Les paradoxes de la carte de retraité.....	112
iv.	Une amélioration dans l'accès aux droits pour les immigrés ?.....	112
d.	L'accessibilité des maisons de retraite en question.....	113
i.	Le coût d'un hébergement en maison de retraite.....	113
ii.	Pas de mixité (ni sociale ni sexuelle... (ni ethnique ?).....	114
<b>V.</b>	<b>Conclusion : vers un meilleur recours à la santé par les résidents âgés de foyers ? La coordination entre acteurs pour favoriser l'accès aux droits et aux soins.....</b>	<b>116</b>
<b>A.</b>	<b>La persistance d'inégalités face à la santé malgré l'amélioration générale de l'état sanitaire en France.....</b>	<b>116</b>
<b>B.</b>	<b>La lente adaptation des structures d'accueil des immigrés maghrébins vieillissants.....</b>	<b>117</b>
1)	Projets d'aménagement des résidences.....	118
2)	Tentatives de coordination entre les acteurs médicosociaux.....	119
a.	Quel cadre pour l'action gérontologique ?.....	119
b.	Des expériences innovantes dans divers endroits de France.....	119
<b>C.</b>	<b>Pour une amélioration de la prise en charge médico-sociale des migrants âgés.....</b>	<b>121</b>
1)	Connaissance de la culture du patient sans dérive culturaliste.....	121
2)	Adapter les services médicosociaux existants à la diversité des publics plutôt que créer des services spécifiques aux immigrés.....	122
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>124</b>
	<b>Annexes.....</b>	<b>127</b>
	<b>Caractéristiques des logiques de recours aux soins observées chez les consultants de centres de soins gratuits.....</b>	<b>127</b>
	<b>Historique d'une politique du logement spécifique aux immigrés peu rigoureuse.....</b>	<b>128</b>
	<b>Table des Matières.....</b>	<b>131</b>