



Migrants en situation de vulnérabilité et santé

Dossier

MIGRANTS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ET SANTÉ

Dossier coordonné par

Emmanuelle Hamel,

responsable unité personnes âgées
et populations vulnérables,
Direction de la prévention
et promotion de la santé,
Santé publique France,

Arnaud Veïsse,

médecin, directeur général du Comede
(Comité pour la santé des exilés),

Laurence Kotobi,

anthropologue, directrice de la faculté
d'Anthropologie sociale-Ethnologie,
U 1219 Bordeaux population
Health (BPH), Inserm – université
de Bordeaux.

Introduction

3 _ Emmanuelle Hamel, Arnaud Veïsse,
Laurence Kotobi

La « santé des migrants » : notes pour une généalogie

6 _ Didier Fassin

Recours aux soins et trajectoires d'étrangers en situation irrégulière bénéficiant ou éligibles à l'aide médicale d'État

11 _ Laurence Kotobi

Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles

15 _ Thierry Baubet, Marie-Caroline
Saglio-Yatzimirsky

Migrants en centres d'hébergement : impact de la Covid-19 et adhésion aux mesures de prévention

20 _ Cécile Longchamps, Simon Ducarroz,
Lisa Crouzet, Tarik El Aarbaoui, Cécile Allaire,
Anne-Claire Colleville, Maria Melchior
et le groupe de l'étude ECHO

Santé des migrants sur le Haut- Maroni en Guyane : enjeux et prise en charge

24 _ Claire Fessard, Georges Hyvert

Migrants mineurs non accompagnés : une protection pas toujours effective

27 _ Laure Wolmark

« Prendre en compte l'intérêt supérieur du mineur non accompagné »

28 _ Entretien avec Clémentine
Bonifay-Besson et Séléna Delpont

Accompagner les exilés pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé

31 _ Khaldia Vescovacci, Perrine Dommange

Réflexions sur la prise en charge des femmes originaires de l'Afrique de l'Ouest en cancérologie

34 _ Laurent Zelek, Carolyn Sargent

« Leur quotidien ne leur permet pas d'affronter la maladie à armes égales »

38 _ Entretien avec Martine Beauplet

La radio, vecteur de prévention santé pour les migrants

39 _ Entretien avec Dominique Guihot

« Des étudiants étrangers en grande précarité en ces temps de Covid-19 »

41 _ Entretien avec Alioune Sy

Assistance aux migrants : voyage auprès des nouveaux citoyens engagés

44 _ Entretien avec Evangeline
Masson-Diez

Profession : médiatrice en santé auprès de la communauté asiatique

47 _ Entretien avec TeWei Lin

Allemagne : un programme pour améliorer l'accès des migrants aux services de santé

50 _ Ramazan Salman

Pour en savoir plus

53 _ Olivier Delmer

LE PHOTOGRAPHE THOMAS BOHL : UN REGARD SUR LES MIGRANTS

Ce numéro est illustré par les images de Thomas Bohl, photographe indépendant et initiateur à la photographie auprès de publics adultes mais aussi adolescents et enfants. Avec en particulier une série de photos de jeunes migrants, demandeurs d'asile, en attente de papiers ou sans statut. Les autres prises de vue ont été effectuées dans les quartiers populaires de Barbière, Monclar et Champfleury à Avignon : des scènes de quartier à travers les yeux des enfants, ados, femmes, familles... Thomas Bohl définit ainsi sa démarche : « *curieux de rencontrer et de raconter les lieux, les gens, les époques. La photographie telle que je la propose est donc avant tout une rencontre avec l'Autre, une photographie que j'espère humaniste* ». En savoir plus : <http://www.thomasbohl.fr/>

la
Santé
en action

est éditée par :

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

www.santepubliquefrance.fr

Directrice de la publication :
Laetitia Huiart

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Réalisation graphique : **Jouve**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2021

Tirage : 7 000 exemplaires

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

**PHOTOS : Couverture, pages 3, 7, 8, 9, 13, 14,
17, 18, 21, 22, 25, 27, 35, 38, 39, 41, 42, 45,
46, 48, 51, 57 : © Thomas Bohl**



© Thomas Bohl

Migrants en situation de vulnérabilité et santé

Dossier

Emmanuelle Hamel,
responsable unité personnes âgées
et populations vulnérables, Direction
de la prévention et promotion
de la santé, Santé publique France,
Arnaud Veisse,
médecin, directeur général
du Comede (Comité pour la santé
des exilés),

Laurence Kotobi,
anthropologue, directrice de la faculté
d'Anthropologie sociale-Ethnologie,
U 1219 Bordeaux *population Health*
(BPH), Inserm – université
de Bordeaux.

La santé des exilés, qu'ils soient immigrés, réfugiés, demandeurs d'asile ou étrangers en situation irrégulière, est généralement meilleure, à leur arrivée, que celle des nationaux des pays d'accueil, mais elle se dégrade rapidement dans ces derniers, résultante non seule-

ment des difficultés d'accès aux soins, mais aussi et surtout du traitement qui leur est fait par la société où ils espéraient fonder une nouvelle vie. Tel est le constat dressé en ouverture de ce dossier central par Didier Fassin, médecin, sociologue et anthropologue, titulaire de la chaire Santé publique au Collège de France. En remontant plus d'un siècle d'histoire, il analyse comment a été – et est – perçue ce qu'on a appelé la « santé des migrants » via des approches de la santé publique, historiquement ancrées, qui continuent de façonner nos regards. Il interroge cette segmentation d'un domaine particulier de la santé, comme s'il existait une singularité des migrants justifiant qu'on les étudie à part. Il montre au

contraire que leur santé dépend largement des conditions dans lesquelles ils sont contraints de vivre et de travailler. Dès lors, il faudrait moins parler de « santé des migrants » que d'inégalités dans les domaines de la santé publique et de la santé au travail, tout en reconnaissant certaines particularités liées à l'expérience dans le pays d'origine et sur le trajet de la migration, qui peut être génératrice de conséquences graves sur leur état psychique.

Parcours de vie et de soins des migrants : de multiples inégalités

Les populations en migration portent en effet souvent des blessures invisibles – relevant de la santé non pas physique mais mentale – avec par exemple une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique et de la dépression, encore trop souvent tardivement détectés ou non détectés. Les conditions de vie et d'accueil participent à renforcer fréquemment un sentiment d'isolement, de perte identitaire et d'incertitude qui les fragilise, quand ils ne font pas l'objet de racisme ou de stigmatisation.

La vulnérabilité des migrants se perçoit au travers d'indicateurs défavorables en matière de santé et d'accès aux soins et aux droits, comme

Dossier

Migrants en situation de vulnérabilité et santé

le montrent de récentes enquêtes collectives et pluridisciplinaires. Ainsi, le programme de recherche Premiers Pas permet d'éclairer à la fois les recours aux soins et les trajectoires d'étrangers en situation irrégulière, bénéficiant de l'aide médicale d'État (AME) ou éligibles à celle-ci. En effet, une enquête quantitative par questionnaire permet de disposer de données chiffrées sur les réalités d'application et d'activation de ce droit. Le volet socio-anthropologique de la recherche apporte quant à lui des éléments de terrain aidant à mieux comprendre les différentes étapes et les divers facteurs qui agissent sur l'information, l'activation et l'appropriation d'un droit à être soigné et à se soigner, dans une population déterminée – même si les raisons qui ont amené ces personnes à résider illégalement sur le territoire français divergent. L'impact des situations de vulnérabilité et des discriminations est aujourd'hui largement objectivé en matière d'accès aux soins, générant par exemple des retards dans le dépistage de maladies et dans la prise en charge des malades et des non-recours aux droits et aux soins [1]. Comme le souligne le Défenseur des droits dans un rapport publié en 2019 [2], les droits des personnes malades étrangères sont fragilisés et leur protection reste à renforcer.

Ces populations migrantes en situation de vulnérabilité se trouvent ainsi à l'intersection d'inégalités liées aux origines, au genre et à la précarité socio-économique. Elles sont aussi fortement exposées aux violences : « *Les données recueillies au Comede concernant les violences liées au genre subies par les femmes et les hommes exilés mettent en lumière à la fois la fréquence de ces violences et l'impact sur leur santé, dans un contexte de multiples facteurs de vulnérabilité pour la santé. [...] Les résultats de notre étude montrent à quel point les exilés sont malmenés dans le droit à disposer de leurs corps. La perpétuation de certaines violences en pays d'accueil signe l'insuffisance ou la défaillance des dispositifs de protection théoriquement prévus, en particulier sur le plan de l'hébergement et de la protection juridique, ce dont témoigne l'ensemble des acteurs associatifs et institutionnels (Défenseur des droits, Fondation Abbé-Pierre). [...] [3]* »

Améliorer les conditions de vie des migrants et donc leur santé

Face à ces situations, parfois vécues comme une fatalité, des actions et des programmes peuvent être mis en œuvre pour améliorer la santé des migrants en situation de vulnérabilité. Ces actions reposent sur des principes communs à l'intervention auprès de publics vulnérables quels qu'ils soient, notamment la recherche de l'équité, la contextualisation et l'individualisation de la prise en charge. Il s'agit ainsi d'agir à la fois :

- sur les facteurs systémiques contribuant à la production des situations de vulnérabilité (stéréotypes, préjugés, pratiques de discrimination, accès difficile aux organisations institutionnelles) ;
- sur le développement des ressources et des compétences individuelles et collectives (formation et techniques adaptées à l'intention des professionnels, communication en direction des publics, soutien à la participation et *empowerment*) ;
- sur les conséquences auprès des publics en termes de santé (« aller vers », interventions probantes).

Il peut s'agir d'informer les populations afin qu'elles puissent prendre soin d'elles et accéder à la prévention et aux soins. C'est ce que fait une médiatrice en santé de l'Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements (Arcat) auprès des migrant.e.s venu.e.s d'Asie de l'Est (*voir article Profession : médiatrice en santé auprès de la communauté asiatique, dans ce numéro spécial*). En Allemagne, un programme permet à des médiateurs communautaires d'informer les migrants sur les droits fondamentaux, y compris sur leurs droits à la santé, programme exporté depuis en Autriche, à Copenhague, Bruxelles et Rome (*voir article Allemagne : un programme pour améliorer l'accès des migrants aux services de santé, dans ce numéro spécial*).

Au-delà des consultations spécialisées d'éducation thérapeutique du patient (ETP), des ateliers collectifs et des groupes de parole ont été mis en place par le Comité pour la santé des exilés (Comede) pour rendre les patients acteurs de leur santé, mobiliser leurs ressources et les placer en

situation de co-construire leurs objectifs. Une démarche de promotion de la santé qui va bien au-delà de l'ETP et qui concerne la santé mentale, le bien-être, la santé globale de ces personnes très souvent en situation de vulnérabilité (*voir article Accompagner les exilés pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé, dans ce numéro spécial*). Il s'agit aussi de comprendre pour soigner, pour accompagner, entendre la personne, la replacer au centre comme sujet : « *les incompréhensions langagières advenant lors de la prise en charge des personnes migrantes peuvent venir entraver les soins et la qualité du lien avec les professionnels. Ainsi, le recours à un interprète est souvent indispensable pour lever les barrières linguistiques et aussi socio-culturelles. D'où la nécessité de structurer et de professionnaliser l'interprétariat, et de considérer l'interprète comme un tiers à part entière dans le processus d'accompagnement* [4]. »

En milieu hospitalier, une anthropologue et un médecin ont mené une enquête dans deux hôpitaux publics français – Avicenne et Delafontaine –, sous forme d'entretiens auprès de 34 femmes originaires d'Afrique de l'Ouest, souffrant d'un cancer et prises en charge dans ces structures. Ils analysent les difficultés à surmonter pour assurer la prise en charge la plus adaptée possible, et pour réduire ainsi la « perte de chance » de ces patientes face à la maladie. C'est aussi aux professionnels de rendre les connaissances plus accessibles à ces femmes (*voir article Réflexions sur la prise en charge des femmes originaires de l'Afrique de l'Ouest en cancérologie, dans ce numéro spécial*).

De nouveaux questionnements se dessinent aujourd'hui pour les professionnels et pour les associations engagées de longue date dans ce domaine. Les arrivées parfois perçues comme « massives », en particulier en 2015, la plus grande visibilité et la médiatisation de la situation dégradée que vivent les migrants en situation de vulnérabilité génèrent par ailleurs une mobilisation et une solidarité qui prennent de nouvelles formes spontanées : bouleversés par les conditions de vie dramatiques des migrants près de chez eux, des citoyennes et des citoyens deviennent aidants en portant secours

et assistance à ces exilés (voir article *Assistance aux migrants : voyage auprès des nouveaux citoyens engagés*).

Au-delà de ces actions d'accompagnement et de prise en charge, l'enjeu est la mise en œuvre d'une véritable politique de promotion de la santé plus inclusive qui permettrait d'agir structurellement sur les déterminants sociaux de la santé (protection maladie, logement, revenus, éducation...) qui ont un impact sur la santé des populations les plus vulnérables.

Covid-19 : une pandémie qui accroît les inégalités

La situation sanitaire inédite qui touche nombre de pays contribue à révéler les écarts et à les renforcer. « Dès le début du confinement, Didier Fassin, anthropologue, soulignait "l'inégalité des vies en temps d'épidémie". Les personnes en situation de migration font partie de ceux pour qui les temps d'épidémie sont des temps d'épreuves cumulées », souligne un collectif d'auteurs [5]. Au-delà du facteur temporel, l'accumulation de contraintes structurelles fragilise encore au quotidien les situations vécues par des femmes, des adolescents et des enfants, des personnes âgées et des familles. Comment respecter des gestes barrières dans certaines circonstances déjà compliquées ? « Les personnes en situation de grande précarité, sans domicile, réfugiés et migrants notamment, cumulent une forte insécurité sanitaire, liée au risque d'exposition au virus dans des structures d'accueil collectives, des difficultés d'accès aux soins, ainsi qu'une forte insécurité économique accrue par l'absence de moyens de subsistance liée à l'interruption de leur activité par le confinement et l'absence d'allocations sociales [6]. »

L'enquête nationale menée sur l'épidémie de la Covid-19, ÉPICoV, pointe ainsi que « [...] pendant le premier confinement, au printemps 2020, les immigrés d'origine non européenne cumulent plusieurs facteurs augmentant leur risque d'infection au coronavirus : 71,5 % vivent dans une commune très dense et 40,5 % occupent un logement surpeuplé ; 66,1 % ont travaillé en dehors de leur foyer au moins partiellement [...] De plus, la prévalence de certaines maladies comme le diabète, qui induit un risque d'infection au coronavirus sévère élevé, est également augmentée dans

certaines populations immigrées (d'après l'étude Entred 2007-2010, menée par Santé publique France [...]) [...] Les personnes immigrées sont parmi les plus durement touchées par les conséquences sociales et économiques de la crise sanitaire [7]. »

Ce constat est partagé au niveau international. Dans plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), « les immigrés sont exposés à un risque d'infection au moins deux fois plus élevé que les personnes nées dans le pays [8]. »

Tandis qu'ils sont plus fragiles et davantage menacés dans leur santé, les migrants n'en apportent pas moins une contribution majeure à l'économie : « alors qu'ils ne représentent que 3,5 % de la population mondiale, les migrants ont généré, en 2015, 9 % du PIB¹ mondial [9] », souligne le Programme des Nations unies pour le développement (Pnud). Les étudiants étrangers, dont

les visas n'ont pas été renouvelés par les préfectures restées fermées au public, sont également de plus en plus isolés et anxieux, honteux de devoir quémander une aide alimentaire.

Pourtant nombre de structures de proximité existent et restent méconnues des publics qu'elles pourraient recevoir, faute de fluidité, de décloisonnement, ou en raison d'insuffisantes informations ou d'inaccessibilité (linguistique, géographique). La préservation de la santé des populations vulnérables et migrantes ne relève pas de la seule compétence des associations d'aide ou des structures dédiées, mais aussi de la capacité à les inclure (même momentanément) dans le système de droit commun et à leur transmettre les valeurs républicaines partagées, au service de la santé de tous. ■

1. Produit intérieur brut.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Jusot F., Dourgnon P., Wittwer J., Sarhiri J. Le recours à l'aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers Pas. *Questions d'économie de la santé*, novembre 2019, n° 245. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-245-le-recours-a-l-aide-medecale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.html>
- [2] Défenseur des droits. *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*. (Rapport) Paris : Défenseur des droits, République française, 13 mai 2019 : 76 p. En ligne : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf
- [3] Petrucci M., Veisse A., Wolmark L., Fessard C., Weinich L., Rustico J. Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, juin 2019, n°s 17-18 : p. 327-333. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/pdf/2019_17-18_2.pdf
- [4] Brisset C., Kotobi L. Soutenir l'interprétariat dans la rencontre et l'accompagnement des personnes migrantes. *Le Journal des psychologues*, 2020, vol. 3, n° 375 : p. 45-48. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-3-page-45.htm>

[5] Agier M., Atlani-Duault L., Desgrées du Loû A., Hérat H., Durand A., Wand S. *et al.* Les migrants dans l'épidémie : un temps d'épreuves cumulées. Centre national de la recherche scientifique (CNRS). *De facto*, avril 2020, n° 18 : 52 p. En ligne : https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers20-05/010078534.pdf

[6] Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. (coord.) Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. *Les dossiers de la Drees*, juillet 2020, n° 62. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf>

[7] Melchior M. Immigration : La crise liée au Covid-19 précipite des milliers de personnes dans un abîme de non-droit. *Le Monde*, 18 janvier 2021. En ligne : https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/01/18/immigration-la-crise-liee-au-covid-19-precipite-des-milliers-de-personnes-dans-un-abime-de-non-droit_6066619_3232.html

[8] Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La crise du Covid-19 met en péril les migrations et les progrès accomplis en matière d'intégration. *OCDE*, 19 octobre 2020. En ligne : <http://www.oecd.org/fr/migrations/la-crise-du-covid-19-met-en-peril-les-migrations-et-les-progres-accomplis-en-matiere-dintegration.htm>

[9] Nations unies. Les migrants sont des acteurs essentiels de la reprise du développement mondial post COVID-19. *Programme des Nations unies pour le développement*. 21 octobre 2020. En ligne : https://www.un.org/content/undp/fr/home/news-centre/news/2020/Migrants_essential_to_recovery_of_global_development_post_COVID19.html

La « santé des migrants » : notes pour une généalogie

Didier Fassin, médecin, sociologue et anthropologue, titulaire de la chaire de sciences sociales à l'*Institute for Advanced Study* de Princeton (États-Unis), titulaire de la chaire de santé publique du Collège de France pour l'année 2020-2021, président du Comité pour la santé des exilés (Comede).

L'intérêt pour les questions de santé liées aux phénomènes de migration est ancien. À partir de la fin du XIX^e siècle, période qui correspond à une intensification des déplacements de populations en Europe en même temps que de régulation administrative croissante des étrangers, notamment en France, une relation est plus systématiquement établie entre santé et migration. De cette relation, il existe au moins quatre versions, qui dessinent à grands traits, au travers des enjeux sanitaires, quatre manières de penser la relation aux migrants. Ces versions se succèdent, mais plutôt que de se substituer l'une à l'autre, elles sédimentent et se superposent. Aujourd'hui, dès que l'on creuse un peu, on voit ainsi ressurgir des représentations, des discours et des pratiques que l'on pensait d'un autre temps.

La première approche est hygiéniste. Elle est le produit des découvertes microbiennes et donc de la compréhension de la transmission interhumaine des épidémies, que l'on avait longtemps crues être la conséquence d'environnements délétères, selon la théorie hippocratique. Au début du XX^e siècle, alors qu'après la guerre meurtrière qu'elle vient de mener, la France a un besoin impérieux de main-d'œuvre, qu'elle va chercher en Europe de l'est et du sud, mais aussi dans ses colonies africaines, des dispositions sont prises pour que des certificats médicaux soient établis avant le départ des pays d'origine afin

d'éviter, dit une circulaire de 1924, la transmission de maladies contagieuses. Et l'année suivante, dans un article de la *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, le Pr Léon Bernard, cofondateur de l'Organisation sanitaire de la Société des Nations, critique l'approche de la Société générale d'immigration qui opère cette sélection trop exclusivement sur des critères de capacité de travail et pas assez, écrit-il, de « valeur de la population » qui devrait sous-tendre « le souci de la santé publique et de l'avenir de la race ». S'ajoutent à ces préoccupations infectieuses et eugéniques des préoccupations économiques en raison du fardeau financier que sont censés représenter les soins aux malades. Clairement, dans la logique hygiéniste, que l'on trouve à la même époque dans le *Aliens Act* de 1920 qui restreint l'entrée des étrangers sur le territoire britannique, le migrant est un danger potentiel à de multiples titres. Il est un vecteur de maladies, un corrompueur de la nation, un poids pour l'État. Si elle s'est aujourd'hui quelque peu euphémisée – on ne parle plus de l'avenir de la race – cette version n'a nullement disparu. Il suffit de se souvenir comment, dans les années 1980 et 1990, les consulats français en Afrique exigeaient des demandeurs de visa un test négatif du sida, comme aussi le faisaient notamment les autorités soviétiques, quand d'autres pays, tels les États-Unis, l'Afrique du Sud, l'Arabie saoudite ou la Corée du Sud expulsaient des personnes porteuses du virus.

La seconde approche est tropicaliste. Elle est l'héritière du passé des grandes puissances coloniales, et dans le cas de la France, de ses glorieux instituts Pasteur qui ont essaimé sur la totalité du globe, de Madagascar à

L'ESSENTIEL

La santé des exilés, qu'ils soient immigrés, réfugiés, demandeurs d'asile ou étrangers en situation irrégulière, est généralement meilleure, à leur arrivée, que celle des nationaux des pays dits d'accueil, mais elle se dégrade rapidement dans ces derniers, résultante non seulement des difficultés d'accès aux soins, mais aussi et surtout du traitement qui leur est fait par la société où ils espéraient fonder une nouvelle vie. En remontant plus d'un siècle d'histoire, Didier Fassin analyse comment a été et est perçue ce qu'on a appelé la « santé des migrants » via des approches hygiéniste, tropicaliste, différencialiste, épidémiologique. Il interroge cette segmentation d'un domaine particulier de la santé, comme s'il existait une singularité des « migrants » justifiant qu'on les étudie comme une réalité spécifique. Il montre au contraire que leur santé dépend largement des conditions dans lesquelles ils sont contraints de vivre et de travailler. Dès lors, il faudrait moins parler de « santé des migrants » que d'inégalités dans les domaines de la santé publique et de la santé au travail, tout en reconnaissant certaines particularités liées à l'expérience dans le pays d'origine et sur le trajet de la migration qui peut être génératrice de conséquences graves sur leur état psychique.

Montevideo, de Téhéran à Dakar, de Tunis à Hanoï. « Sans les découvertes de Pasteur, écrivait le Dr Albert Calmette, fondateur de l'Institut de Saïgon et second président de la Société de pathologie exotique, le développement et l'émancipation des populations



© Thomas Bohl

indigènes auraient été impossibles. » Le réseau international des instituts forme un empire scientifique dans lequel se développe une clinique nouvelle, la médecine tropicale, et une science inédite, la parasitologie, qui vient s'ajouter aux autres branches de l'infectiologie. À la fin de la période coloniale, non seulement les instituts perdurent, mais nombre de médecins et biologistes qui vont être amenés à traiter les migrants dans la métropole ont été ou continuent d'être formés dans les anciennes colonies. C'est donc dans les services de médecine tropicale et de parasitologie que les patients originaires d'Afrique et d'Asie sont le plus souvent soignés, comme s'ils ne pouvaient que relever de disciplines particulières. Le dogme nosologique en ce qui concerne ces migrants repose alors sur une trilogie : pathologies d'importation, correspondant typiquement aux parasitoses, telles que paludisme, bilharziose ou filariose ; pathologies d'acquisition, dont les maladies sexuellement transmissibles sont significativement l'archétype ; pathologies d'adaptation, comme la dépression due à l'isolement. Avec les années, cette classification et ces affections ont toutefois de moins en moins de sens puisque l'essentiel des migrants est installé de longue date et que les

nouveaux arrivants, moins nombreux, présentent rarement ces pathologies exotiques. C'est finalement le sida, dont la propagation affecte particulièrement les populations africaines, qui donne une seconde vie à ces spécialités en voie de marginalisation. Parallèlement à cette histoire, la médecine coloniale se distingue aussi dans le domaine de la santé mentale, avec notamment les travaux de John Colin Carothers à Nairobi où il écrit pour l'Organisation mondiale de la santé sur « *le lobe frontal* » des Africains et surtout l'école d'Alger dont le chef de file, Antoine Porot, promoteur de la « *psychiatrie musulmane* », rapporte « *l'impulsivité criminelle* » de « *l'indigène nord-africain* » à la « *domination diencéphalique* », l'un comme l'autre justifiant par leurs théories neuro-anatomiques le racisme et la répression dans le monde colonial. Dans les années 1970, leurs héritiers, désormais confrontés en France à des patients migrants principalement d'Afrique du Nord, dont certains souffrent de séquelles d'accidents du travail, redécouvrent la notion déjà ancienne de sinistrose, névrose de revendication censée conduire les patients à exagérer leurs symptômes pour obtenir des bénéfices secondaires tels que prolongations d'arrêts maladie et indemnisations

de leurs séquelles. Même si médecine tropicale et psychiatrie musulmane représentent des univers intellectuels bien différents, elles ont en commun un passé colonial qui laisse des traces dans la prise en charge ultérieure des migrants par les médecins dans la mesure où les uns comme les autres viennent, du moins au début, du même monde.

La troisième approche est différencialiste. Elle procède d'une interprétation des migrants comme différents en raison de leur culture. On peut parler de culturalisme ordinaire consistant, d'une part, à réifier la culture, autrement dit à en faire une entité clairement identifiable, et d'autre part, à la surdéterminer, autrement dit à en faire la cause principale des comportements observables. On a vu comment le sida réactivait des préjugés culturalistes sur l'hypersexualité et la promiscuité sexuelle des Africains ou sur leur recours à des rituels néo-traditionnels dont le fantasmatique viol de jeunes filles vierges aux vertus réputées purificatrices. Plus largement l'interprétation culturelle *a priori* est fréquente lorsqu'on a affaire à des pratiques jugées déviantes au regard de la norme comportementale de bonne santé ou à la norme médicale en matière thérapeutique. Souvent,



© Thomas Böhl

cette interprétation a valeur non d'accusation mais d'excuse, qui sert à la fois à externaliser la déviance (ce n'est pas la faute des malades, mais de leur culture) et à exonérer les médecins et les autorités (ils ne sont pas responsables du mauvais état de santé ou du défaut d'observance thérapeutique). Ainsi, la création de l'Hôpital franco-musulman qui ouvre ses portes en 1935 à Bobigny est-elle justifiée par le fait que les « *indigènes nord-africains* », lorsqu'ils sont malades, « *ne se décident à recourir à l'action des médecins qu'à la dernière extrémité* » et « *s'attardent dans des taudis, au risque de contaminer dangereusement le voisinage* ». Pour répondre à ce problème, l'hôpital, construit dans des quartiers populaires en dehors de la capitale, bénéficie de soignants parlant arabe ou kabyle et initiés à la culture maghrébine, sert du couscous au repas à ses patients et s'adjoint un cimetière avec un carré musulman. Dans la période contemporaine, le développement de l'anthropologie médicale, qui a suscité un engouement à la fois parmi les anthropologues et parmi les médecins, donne un regain d'intérêt pour

les différences culturelles. L'essor de l'ethnopsychiatrie en est le signe le plus manifeste. À la différence de la psychiatrie coloniale, ce n'est plus dans le cerveau que l'on cherche des explications, mais dans la culture, qui fournit des réponses à travers des méthodes qui prétendent renouer avec des pratiques traditionnelles. La frontière demeure toutefois indécise entre l'attente des patients d'être reconnus pour ce qu'ils sont dans leur différence et leur souci d'être pris en charge dans le droit commun plutôt que dans des dispositifs d'exception.

La dernière approche est épidémiologique. Elle repose sur l'utilisation de données quantitatives et de tests statistiques. Elle privilégie la dimension collective sur la dimension individuelle. Elle débouche sur des propositions de santé publique plutôt que de médecine clinique. Elle s'intéresse aux différences entre les migrants et le reste de la population moins du point de vue culturel que du point de vue des disparités. Fait remarquable cependant, alors que la littérature scientifique internationale abonde depuis longtemps en travaux sur les inégalités sociales de santé, et

même pour ce qui est des États-Unis, sur les inégalités ethnoraciales, ce n'est qu'assez récemment que l'immigration a été prise en compte comme « *déterminant social de la santé* », selon l'expression d'une récente synthèse publiée dans l'*Annual Review of Public Health*. Le premier résultat de ces travaux est le fameux paradoxe du « *healthy migrant effect* », qui établit que les migrants de première génération sont en moyenne en meilleure santé que les natifs du pays hôte, qu'il s'agisse de déclaratif, de morbidité ou de mortalité, avec donc pour conséquence, contrairement à ce que beaucoup croient, des dépenses de santé moindres. On estime qu'il est dû à la fois à la sélection au départ des sujets les plus robustes et à la prévalence de comportements plus sains parmi eux en matière de nutrition, de tabagisme et d'alcoolisme. Une seconde singularité observée tient au « *paradox of assimilation* », qui conduit à ce que l'avantage initial se réduise progressivement jusqu'à se négativer à mesure que le séjour se prolonge dans le pays hôte. Les raisons de cette évolution défavorable tiennent à la fois à la détérioration des conditions de vie,



© Thomas Bohl

à l'adoption de pratiques néfastes et aux difficultés d'accès aux soins. Ce schéma général connaît toutefois des variations en fonction du pays d'origine, du milieu social de départ et de la période dans laquelle se situe la migration. Fait remarquable, ce domaine relativement nouveau de recherche sur la santé des migrants bénéficie des travaux conduits depuis plus longtemps sur les minorités ethnoraciales, du moins dans les pays où ils sont autorisés. C'est le cas aux États-Unis, où Nancy Krieger a pu montrer le rôle spécifique du racisme et des discriminations, à côté des autres facteurs déjà cités, dans la détérioration de l'état de santé et notamment de santé mentale. Enfin, les enquêtes les plus récentes portent sur un phénomène dont l'ampleur et la visibilité se sont considérablement accrues au cours des dernières années : la santé des vagues de migrants et de réfugiés, de sans-papiers et de demandeurs d'asile – ces distinctions s'avérant empiriquement peu pertinentes – en Europe et aux États-Unis au cours des dernières années. Elles révèlent l'impact des épreuves terribles traversées pour rejoindre les

pays dits d'accueil, de la grande précarité juridique autant que matérielle qu'ils y rencontrent et de la répression qu'ils doivent subir de la part des forces de l'ordre, s'ajoutant bien sûr aux effets délétères des circonstances, pauvreté ou violence, qui les ont amenés à quitter leur pays d'origine.

**« UNE DÉ-SINGULARISATION
DU DOMAINE DE LA SANTÉ
DES MIGRANTS DOIT
PRÉVALOIR »**

Les données publiées dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* et dans un rapport de l'Organisation mondiale de la santé pour la région Europe documentent les difficultés d'accès aux soins et la dégradation de l'état de santé de ces populations, et pour elles donc, le sens très relatif de l'expression « *healthy migrant* ».

Les quatre approches que je viens succinctement d'évoquer – hygiéniste, tropicaliste, différencialiste, épidémiologique – ne sont pas exclusives d'autres, humanitaire et psychologique notamment, mais elles

dessinent une part importante de ce domaine qu'on appelle la santé des migrants. Au-delà de leurs évidentes différences, elles ont en commun de singulariser une population et ses problèmes. Singularisation du point de vue du danger qu'elle représente pour les hygiénistes, des pathologies qui la caractérisent pour les tropicalistes, des traits qui la différencient pour les différencialistes, des risques auxquels elle est exposée pour les épidémiologistes. Chacune de ces approches a eu, et a encore, une certaine raison d'être. La transmission de certaines récentes épidémies, des virus H5N1 ou Ébola par exemple, justifie des mesures exceptionnelles de contrôle aux frontières. La connaissance des cycles, des symptômes et des traitements des maladies parasitaires, du paludisme à la bilharziose, demeure indispensable, et du reste de plus en plus pour les touristes autant que pour les migrants. La prise en compte de modes spécifiques de se représenter les affections et leurs traitements, d'en parler et d'y réagir, mérite l'attention. Enfin, les aléas particuliers auxquels les migrants sont confrontés de par leur histoire dans leur pays d'origine,

**« LA MEILLEURE MANIÈRE
D'AMÉLIORER LES CONDITIONS
DE SANTÉ N'EST PAS D'AGIR
SUR LA SANTÉ EN TANT
QUE TELLE MAIS
SUR LES CONDITIONS
DE VIE EN GÉNÉRAL »**

au cours de leur périple et dans leur pays d'accueil, appellent des analyses et des réponses adaptées.

Toutefois, je voudrais défendre l'idée qu'une dé-singularisation du domaine de la santé des migrants doit, autant que faire se peut, prévaloir. Au fond, il s'agit de sortir de la situation d'exception que les politiques de l'immigration s'efforcent précisément d'imposer. J'en donnerai deux exemples. Premièrement, lorsque des jeunes étudiants syriens rencontrés dans leur baraque de la jungle de Calais présentent des infections respiratoires dues à leur mode d'hébergement et des blessures consécutives aux violences policières, lorsque les équipes de plusieurs organisations humanitaires constatent des épidémies de gale et de poux de corps dans le camp de Grande-Synthe, ou lorsque quatre personnes sur cinq d'une enquête de Médecins du monde dans ses centres de soins et d'orientation déclarent être en situation d'insécurité alimentaire, il s'agit de problèmes de santé qui ne relèvent pas de la migration en tant que telle mais des conditions dans lesquelles les migrants sont contraints de vivre ; en Allemagne ou en Suède où ils sont accueillis dans des centres, ils ne souffrent pas de ces problèmes. Deuxièmement, quand des études conduites dans plusieurs pays, et notamment aux États-Unis, montrent un excès d'accidents du travail et de maladies professionnelles, une surexposition à des toxiques dans les activités industrielles, à des pesticides dans le monde agricole ou à des températures élevées sur les chantiers du bâtiment et des travaux publics, et une précarité de l'emploi favorisant l'exploitation et les mauvais traitements sur les lieux de travail, y compris domestiques, avec des conséquences graves sur l'état psychique, il s'agit de problèmes

de santé qui ne relèvent pas de la migration en tant que telle mais des conditions dans lesquelles on fait travailler les migrants. Plutôt que de santé des migrants, on a affaire à des questions de santé publique, dans le premier cas, et de santé au travail, dans le second.

La dé-singularisation de la santé des migrants opère en réalité sur les deux termes : santé et migrants, avec d'importantes conséquences du point de vue des politiques et des actions à mener. D'un côté, comme le suggèrent les exemples précédents, les migrants diffèrent des natifs principalement en raison des conditions de vie, de logement et de travail qui leur sont faites. Il est donc légitime de les considérer dans le droit commun de la médecine et des soins plutôt que dans un espace particulier, ce que du reste s'efforcent de faire la plupart des associations qui les prennent en charge par défaut lorsque les institutions publiques ne le font pas. Une fois l'urgence des

**« LA SANTÉ DES PERSONNES
EXILÉES SE MESURE
AVANT TOUT À L'ÉGALITÉ
ET À LA DIGNITÉ QUI LEUR
SONT, OU NON, GARANTIES
PAR LE PAYS D'ACCUEIL »**

premiers soins passée, elles tentent d'intégrer ces malades dans les circuits ordinaires d'une médecine publique par ailleurs de plus en plus sous la pression de restrictions budgétaires. D'un autre côté, la meilleure manière d'améliorer les conditions de santé n'est pas d'agir sur la santé en tant que telle mais sur les conditions de vie en général, ce qui est vrai pour toutes les populations. Dans le cas des migrants, une méta-analyse récente publiée dans le *Lancet* sur les effets des politiques ne relevant pas du domaine de la santé dans huit pays européens, dont la France, montre que les politiques contraignantes à l'entrée (détention, visas temporaires) sont associées à une détérioration de la santé mentale, tandis que les politiques restrictives dans la période d'intégration (en matière de protection sociale et de régularisation)

s'accompagnent d'une santé dégradée, d'un moindre recours aux soins et d'une mortalité plus élevée.

En somme, ce qu'on appelle la santé des migrants relève bien moins de logiques propres aux migrants et de politiques spécifiques à la santé qu'il n'est d'usage de le penser. Il ne faut certes pas négliger les problèmes particuliers que présentent nombre d'exilés en raison notamment des violences subies et des périls traversés dans leur pays d'origine et sur leur trajet de plusieurs années vers le pays où ils cherchent protection, et aussi en raison des conditions de vie et de travail qui leur sont imposées et des difficultés de communication linguistiques qui supposent des pratiques exigeantes d'interprétariat. Cependant, la santé des personnes exilées se mesure avant tout à l'égalité et à la dignité qui leur sont, ou non, garanties par le pays d'accueil, comme elles devraient l'être à toutes et tous, indépendamment de leur origine et de leur statut. ■

Remerciements : Ce texte est la version raccourcie et modifiée d'une conférence donnée le 12 juin 2019 à l'Institut Convergences Migrations.

Pour en savoir plus

Les travaux de Didier Fassin :

Conduits sur trois continents, en France, au Sénégal, en Afrique du Sud, en Équateur ou encore aux États-Unis, les travaux de Didier Fassin traitent dans une perspective critique des questions morales et politiques dans les sociétés contemporaines. Ils reposent sur une méthode ethnographique fondée sur une présence sur le terrain qui lui a permis d'étudier l'expérience des malades du sida, des personnes détenues, des demandeurs d'asile, des étrangers en situation irrégulière, ainsi que les enjeux autour de la mortalité maternelle, du saturnisme infantile, du traumatisme psychique et de l'action humanitaire. Il a également conduit des enquêtes sur la police, la justice et la prison, afin de mieux comprendre la manière dont on administre et distribue le châtimement.

Les liens vers la leçon inaugurale, la chaire de santé publique et la bibliographie de Didier Fassin :

● <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/index.htm>

● <https://books.openedition.org/cdf/10078>

● <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/Biographie.htm>

Recours aux soins et trajectoires d'étrangers en situation irrégulière bénéficiant ou éligibles à l'aide médicale d'État

Laurence Kotobi,

enseignante-chercheuse en anthropologie de la santé et des migrations, Inserm, U 1219 Bordeaux *Population Health Research Center (BPH-EMOS)*, université de Bordeaux et à l'IC Migrations, Paris, infirmière diplômée d'État, directrice de la faculté d'Anthropologie sociale – Ethnologie, responsable pédagogique du master 2 Santé, Migrations, Médiations (S2M), université de Bordeaux.

Inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions, le dispositif dérogatoire de l'aide médicale d'État (AME) a été mis en place en 2000 en France, parallèlement à la couverture maladie universelle (CMU). Né dans un contexte sensible en regard des questions de nationalité et d'immigration, il n'a pas réellement fait l'objet d'évaluation dans le cadre des politiques publiques.

Notre idée d'étudier ce dispositif et ses recours est née fin 2015 d'un constat partagé¹ : celui d'un décalage entre l'existence de dispositifs permettant l'intégration des publics précaires ou migrants au système de droit commun et les perceptions ou les faibles niveaux de recours à leurs droits par leurs utilisateurs, préférant parfois être suivis par les structures d'accueil qu'ils connaissent. Comment l'information est-elle diffusée, comprise et utilisée ? Quels sont les freins et les leviers ?

La recherche pluridisciplinaire Agence nationale de la recherche (ANR) Premiers Pas², soutenue par différents financements, a pu être déployée depuis 2017, en vue de questionner l'appropriation du droit de l'AME par ses bénéficiaires et les étrangers en situation irrégulière (éligibles ou non). Il s'agissait d'apporter des connaissances sur les parcours et sur la réalité des besoins de soins de ces populations peu visibles – du fait de leur irrégularité sur le territoire – en vue d'aider à agir plus globalement dans la réduction des inégalités de santé touchant les populations vulnérables. La recherche proposée visait aussi à mieux comprendre leurs perceptions, leur logiques et leurs expériences de recours à l'AME (d'une durée de un an et renouvelable) durant cette période de séjour illégal en France, supérieure à trois mois de résidence, comme la nature des relations d'accompagnement et des modalités concrètes agissant au quotidien sur l'accès à ce droit.

Un volet socio-anthropologique qualitatif a été construit pour explorer ces questions dans la durée, auprès d'une population difficile d'accès et pour accompagner l'élaboration d'une enquête quantitative ciblée (voir encadré : *L'enquête quantitative Premiers Pas : démarche et premiers résultats*), destinée à apporter des données encore trop rares et disparates sur l'AME³.

Cette recherche qualitative a été conduite en équipe par trois chercheuses⁴ de l'UMR Passages (Centre national de la recherche scientifique, université de Bordeaux – CNRS-UB), le médecin et des étudiants spécialisés (master 2 d'anthropologie, médecine générale, DU) de l'université de Bordeaux. Les terrains d'enquêtes ont été variés (sur Bordeaux et Paris), incluant des structures publiques, des dispositifs passerelles (Parcours accès santé spécifique – Pass, centres communaux d'action sociale – CCAS, caisses primaires d'assurance maladie – CPAM) et des acteurs privés et associatifs (cabinets libéraux, associations, centres sociaux, médicaux) impliqués dans l'aide, l'orientation, l'accueil ou le soin des personnes en situation de vulnérabilité ou de migration. Une attention particulière a été accordée aux outils de communication (affiches, flyers d'information et de consentement) élaborés pour expliciter le projet aux équipes et recueillir des autorisations d'enquêtes auprès des professionnels et des usagers. Leur traduction en plusieurs langues les a rendus accessibles à tout type de publics. Un dispositif d'interprétariat professionnel par téléphone à la demande ou en présentiel a été prévu, pour rendre possible l'expression spontanée des personnes allophones rencontrées, dans la langue de leur choix. Il a permis de saisir « les mots pour le dire » et d'inclure des migrants souvent laissés de

Dossier

Migrants en situation de vulnérabilité et santé

côté dans les enquêtes, en raison de la barrière de la langue. D'autres lieux de vie et de passage (squats, rues, cafés, commerces, parcs, transports en commun) ont ainsi été investigués pour les observations *in situ*, les conversations et les entretiens.

Les premiers résultats de la recherche⁵ donnent à voir à la fois l'hétérogénéité des profils et des parcours des personnes étrangères rencontrées ; des orientations vers des structures souvent inscrites dans des réseaux d'aide aux migrants plus que vers celles de droit commun ; des informations sur l'AME plutôt incomplètes et non systématiques ; des accompagnements souvent perçus comme lourds du côté des professionnels et bénévoles ; et une pesanteur administrative qui s'ajoute au peu de lisibilité du système de santé et de protection sociale français. Pour la plupart, ces éléments ne sont pas spécifiques au dispositif concerné, bien que certaines temporalités et étapes du parcours d'information, d'ouverture du droit ou de son renouvellement semblent apparaître plus problématiques.

À ce jour, 135 entretiens individuels auprès de 75 espaces solidarité insertion (ESI) enquêtés, 5 *focus groups*, 30 entretiens de professionnels et 135 demi-journées d'observations en immersion ont été réalisés, apportant des données inédites sur les expériences concrètes et les vécus relatifs à l'information, la demande, l'obtention et l'utilisation de l'AME par des populations en situation de pouvoir y prétendre.

Le plus souvent désignées sous des vocables génériques (« sans-papiers », « clandestins », « illégaux ») ou selon des catégories juridico-administratives (demandeurs d'asile, déboutés, mineurs non accompagnés – MNA), les populations étrangères sont enfermées dans des statuts et profils migratoires-types qui marquent les représentations et les perceptions des acteurs de l'accueil et de l'accompagnement. Cette terminologie occulte la grande hétérogénéité des profils, comme la singularité des trajectoires vécues et fige les dynamiques qui les dessinent. Utilisé au quotidien dans les routines de travail, ce processus de classement – déjà

relevé par les Sciences humaines et sociales – produit des hiérarchisations collectivement acceptées et intériorisées par les professionnels qui participent à trier et à différencier les publics (faciles à difficiles). Ces représentations partagées les assignent à des places et dans des comportements supposés communs. Parmi les profils souvent cités dans l'enquête figurent « les Nigériennes » à Bordeaux et « les Chinoises » de certains quartiers de Paris : perçues comme des « travailleuses du sexe sans papiers », qui même informées et aidées n'activent pas toujours leur droit à l'AME. D'ailleurs, si pour ces femmes des accompagnements spécifiques sont organisés vers des consultations de gynécologie (pour surveiller les risques), aucun suivi régulier n'est prévu par exemple pour les plus fragiles psychologiquement qui cherchent de l'aide.

Une jeune femme nigérienne, venue consulter dans un centre de soins humanitaire pour « des douleurs au ventre », s'endort profondément sur le bureau de la psychologue qui la reçoit après le médecin. Elle la laisse dormir sur une table d'examen dans une autre pièce et la réveille à l'heure de fermeture du centre. « Il faut y aller maintenant... » (Extrait de carnet de terrain.)

La culturalisation et l'ethnisation de l'Autre est une pratique routinière de traitement différentiel qui en survalorisant certains traits (l'origine, la religion) passe sous silence d'autres réalités contextuelles et structurelles, encore rarement interrogées : les routines de travail et les dysfonctionnements d'équipe, les modes d'organisation institutionnels, les différentes formes de violences, le déclassement vécu par la non-reconnaissance des situations (tant du côté des professionnels que des individus) ou par le sentiment d'impuissance voire d'épuisement que la répétition procure.

Un jeune couple albanais portant un bébé malade et fiévreux vient en consultation à la Pass. Ils n'ont pas d'endroit où dormir le soir même, car ceux qui les hébergent parfois quelques nuits reçoivent de la famille. L'infirmière de l'accueil les oriente vers l'assistante sociale pour

l'ouverture d'un dossier, en mimant de grands gestes pour montrer le bureau. Ils sont inquiets, car l'enfant tousse et pleure et ils ne comprennent que très peu le français. Ils cherchent un docteur. L'infirmière ne sait pas trop dans les détails s'ils ont droit à l'AME, car « c'est compliqué de connaître toutes ces lois et on doit aussi avoir de sacrées notions de géographie, avec toutes les nationalités qu'on reçoit ! ».

Plus globalement, les réalités complexes auxquelles les différents acteurs observés dans l'enquête se confrontent régulièrement et sur des temporalités longues enrichissent en effet les analyses : conditions de vie, de travail ; rapports sociaux de genre, de classe, intrafamiliaux ; racisme, souffrances, violences ; acte de solidarités, engagements ; incertitudes. En effet, ces éléments participent à façonner les facultés de résistance, mais aussi de résilience et de mobilisation (de nombreuses ressources) qu'ils déploient individuellement ou collectivement face aux multiples contraintes rencontrées.

Enfin, cette connaissance inégale et souvent partielle du dispositif de l'AME (et de son panier de soins), tant par les espaces solidarité insertion (ESI) éligibles que par les accompagnants des structures-ressources, participe sans doute à entraver l'accès réel à ce droit. De plus, même si peu de refus de soins (discriminations indirectes) ont été rapportés, la question de la qualité des soins (durées d'hospitalisation, types de traitements proposés) ou de l'accès effectif aux services demeure difficile à apprécier autrement qu'en croisant différentes données issues d'entretiens et d'observations, qui demandent un protocole d'enquête *ad hoc* (non choisi dans cette recherche exploratoire).

Notre recherche socio-anthropologique montre que le parcours d'obtention, d'activation et d'utilisation du droit est complexe et gagne à être mieux étudié pour repérer les freins, les leviers, en vue de le simplifier. Le langage par exemple illustre bien les complications qu'entraînent l'utilisation incessante du jargon administratif et juridique, médical ou professionnel et l'insuffisante attention à la communication et à

L'ESSENTIEL

► Le programme de recherche Premiers Pas permet d'éclairer à la fois les recours aux soins et les trajectoires d'étrangers en situation irrégulière bénéficiant de l'aide médicale d'État (AME) ou éligibles à celle-ci. Focus sur le volet socio-anthropologique de la recherche qui apporte des éléments de terrain permettant de mieux comprendre les différentes étapes et facteurs qui agissent sur l'information, l'activation et l'appropriation d'un droit à être soigné et à se soigner, dans une population catégorisée, malgré l'hétérogénéité des situations qui amènent à résider illégalement sur le territoire français. Autre volet du programme, une enquête quantitative permet de disposer de données chiffrées sur les réalités d'application et d'activation de ce droit.



© Thomas Bohl

l'information qui peut être donnée sur un droit et sur son utilisation. Il ne s'agit pas simplement de traduire de façon mécanique dans les langues des usagers, mais bien de rendre compréhensible le langage utilisé. Cette démarche de traduction et de médiation nécessite une prise de conscience collective et une dynamique de collaboration entre des acteurs professionnels (avocats, personnels associatifs, soignants, travailleurs sociaux, administratifs), encore trop souvent cloisonnés. Œuvrant dans la même voie de l'accompagnement et de l'accueil, ils sont aussi témoins des difficultés d'accès effectif aux CPAM, préfectures, liées à la dématérialisation des démarches, aux dates tardives de rendez-vous depuis la Covid-19.

L'agencement d'enquêtes combinées (qualitatives-quantitatives) éclaire la diversité des pratiques, des interprétations, des trajectoires, des (non) recours des différents acteurs, dans la démarche d'appropriation d'un droit d'accès au système de santé par ses bénéficiaires. Ce type de recherches mixtes (Enfants et familles sans logement – Enfams,

Parcours, Premiers Pas) participe en effet à révéler la pluralité des expériences vécues (discrimination, invisibilité, stigmatisation, entraide) comme la façon dont celles-ci influencent les motivations, les renoncements, les perceptions et le niveau d'information des personnes en situation de vulnérabilité au cours d'un parcours migratoire incertain et éprouvant. En République française, l'AME est un passeport qui assure – en fraternité – aux étrangers en situation irrégulière un droit fondamental : celui d'être soignés et de se maintenir en santé, mais également de souffler, de pouvoir prendre soin d'eux, de se reconstruire ou encore de prévenir la survenue de maladies ou de complications. Cela, dans une période de vie en migration de plus en plus fragilisée par la non-maîtrise de leur propre destin de « migrants » dans les pays d'accueil ou qu'ils traversent et qui resserrent les frontières. Dérogatoire, et parfois utilisé comme discriminant, ce dispositif de l'État ne constitue pas moins un élément d'hospitalité qui gagnerait à être mieux connu et valorisé. ■

1. Entre un médecin généraliste engagé, alors en charge d'un centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde (MdM) et une anthropologue, responsable du master 2 santé, migrations, médiations (S2M) de l'université de Bordeaux.

2. Voir le site du programme de recherche : <https://premierspas.hypotheses.org>

3. Hormis alors l'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2008 ; les rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 2007 et 2010 ; et les enquêtes sociologiques de Gabarro en 2012 et 2017 et de Martin en 2016.

4. Deux anthropologues et une sociologue universitaire.

5. Publication collective de l'équipe (à paraître, Institut de recherche et documentation en économie de la santé – Irdes, 2021).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Gabarro C. Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique. *Revue européenne des migrations internationales – Remi*, vol. 28, n° 2, 2012 : p. 35-56. En ligne : <https://journals.openedition.org/remi/5870>
- Martin P. *Les Métamorphoses de l'assurance maladie. Conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*. Rennes : PUR, 2016.

L'ENQUÊTE QUANTITATIVE PREMIERS PAS : DÉMARCHE ET PREMIERS RÉSULTATS



© Thomas Bohl

La recherche Agence nationale de recherche (ANR) Premiers Pas (2017-2021) est fondée sur un travail original de collaboration entre des anthropologues de l'université de Bordeaux, une sociologue de l'université Bordeaux Montaigne, un médecin généraliste diplômé en santé publique et des économistes des universités de Bordeaux et Paris Sciences et Lettres (PSL) Paris Dauphine et de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Elle a été organisée dans sa première étape (WP1), en deux volets – une recherche socio-anthropologique et une enquête quantitative ici présentée –, et l'ensemble de l'équipe a participé à l'élaboration du protocole et du questionnaire tirant profit de la variété des expertises et des expériences de ses membres : connaissance du terrain et des populations enquêtées, problématique de recours à des programmes d'assurance santé et de recours aux soins, maîtrise des méthodologies d'enquête quantitatives. La passation de l'enquête a été réalisée par des étudiants et de jeunes chercheurs en sciences humaines et sociales recrutés et encadrés directement par l'équipe de recherche.

L'enquête a été administrée en face à face en mars et avril 2019 auprès de 1 223 personnes étrangères sans titre de séjour dans 63 structures d'aide de Paris *intra-muros*, de Bordeaux et des villes de sa petite ceinture (Cenon, Lormont, Mérignac, Pessac, Talence). Le questionnaire a été administré en 14 langues, choisies en lien avec les réalités observées sur le terrain (par l'équipe pluridisciplinaire). Les structures

enquêtées sont les lieux d'aide pour les personnes démunies ou migrantes accueillant au moins 20 migrants sans papiers par semaine et ayant accepté de participer à l'enquête. L'échantillon des personnes enquêtées, après pondération pour prise en compte du refus de participation de certaines structures d'aide notamment, est représentatif des populations de migrants sans papiers fréquentant ces lieux d'aide. L'enquête avait pour objectif d'interroger des personnes concernées par l'aide médicale de l'État (AME), c'est-à-dire non seulement les assurés AME, mais aussi les personnes éligibles non assurées et les personnes non éligibles, car présentes sans titre de séjour sur le sol français depuis moins de trois mois. Le module principal du questionnaire interroge les motifs et le parcours migratoire, les conditions de vie en France, l'état de santé, l'accès à l'AME et aux services de santé de la personne interrogée.

Parmi les personnes de l'enquête sans titre de séjour et résidant en France depuis plus de trois mois, et donc éligibles à l'AME, seules 51 % sont couvertes par l'AME (60 % des femmes et 47 % des hommes). L'accès à l'AME est fortement et positivement lié à la durée de séjour sur le territoire français. Les conditions d'entrée et de vie en France sont également fortement corrélées avec la couverture par l'AME. Ainsi, les personnes entrées initialement avec un visa sont 62 % à être couvertes, contre 43 % des personnes entrées illégalement alors que 43 % des personnes connaissant des situations de précarité alimentaire fréquentes sont couvertes contre 58 % des personnes

non confrontées à ce type de problème. Parmi les personnes déclarant vivre dans un logement de fortune ou dans la rue, seules 30 % sont couvertes, contre 70 % de celles vivant dans un logement à leur nom ou en colocation. Les personnes n'ayant pas répondu au questionnaire en français sont également moins souvent couvertes. Plus surprenant et préoccupant : les personnes en mauvais état de santé restent nombreuses à être non couvertes, ce qui laisse penser que le recours à l'AME n'est pas un choix guidé par les besoins. Ainsi, les personnes déclarant un état de santé général dégradé ont un recours inférieur à 50 %, alors que celui des personnes déclarant un très bon état de santé dépasse 60 %.

La majorité des personnes n'ayant pas recouru à l'AME ne l'ont donc jamais eue, bien qu'elles en aient entendu parler. Parmi elles, 47 % sont en attente de réponse, 1 % ont été confrontées à un refus, 8 % ont abandonné les démarches et 41 % n'en n'ont jamais entrepris. L'absence et l'abandon des démarches sont le plus souvent expliqués par l'absence de connaissance sur le dispositif, le lieu où se rendre pour l'obtenir, l'absence de justificatifs de revenus, de résidence ou d'identité. Le fait d'être en bonne santé, d'avoir d'autres préoccupations ou la peur d'être dénoncé ne sont que des justifications mineures dans les réponses au questionnaire.

Pour en savoir plus

Les résultats de l'enquête Premiers Pas ont été publiés dans Questions d'économie de la santé, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), novembre 2019, n°s 243-244-245, et décembre 2020, n° 253. En ligne :

- <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/243-protéger-la-sante-des-personnes-etrangeres-en-situation-irreguliere-en-france.pdf>
- <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/244-etudier-l-acces-a-l-aide-medical-de-l-etat-des-personnes-sans-titre-de-sejour.pdf>
- <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medical-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>
- <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/253-anticiper-les-consequences-de-l-epidemie-covid-19-et-des-politiques-de-confinement-pour-les-personnes-sans-titre-de-sejour.pdf>

Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles

Thierry Baubet,

chef du service psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie, hôpital Avicenne, Bobigny, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris 13 Sorbonne Paris Nord, EA 4403 (Unité transversale de recherche : psychogenèse et psychopathologie – UTRPP), Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CESP Inserm), co-directeur scientifique du Centre national de ressources et de résilience (cn2r), Lille, responsable du centre régional du psychotraumatisme Paris Nord,

Marie-Caroline

Saglio-Yatzimirsky,

psychologue clinicienne, hôpital Avicenne, Bobigny, professeur d'anthropologie, département Asie du Sud, Institut national des langues et civilisations orientales (Inalco), Paris, Centre d'études en sciences sociales des mondes africains, américains et asiatiques (Cessma UMR 245), coordinatrice Agence nationale de la recherche *Linguistic and Intercultural Mediations in a context of International Migrations* (ANR Liminal).

Merveille a 34 ans. Originnaire du Congo-Brazzaville, elle vit seule en France depuis quelques années. Elle consulte souvent son généraliste et des services d'urgences pour des douleurs pelviennes pour lesquelles tous les bilans étiologiques se sont avérés négatifs. Ce jour-là, les pompiers la conduisent aux urgences pour une phlébotomie « parce qu'elle avait trop mal ». Et là, en pleurs, elle se raconte au psychiatre et parle pour la première fois des viols multiples qu'elle a subis dans un

contexte de guerre civile au Congo, de la tristesse, de la honte et de la colère qui ne la quittent jamais, et de ses douleurs qui lui font « comme si on la violait encore ». C'est le début de deux années de soins associant une psychothérapie, dont certaines séances seront menées avec un interprète, et un traitement antidépresseur qui vont lui permettre de se rétablir.

On ne peut se représenter la santé des migrants en France indépendamment des contextes historique et politique dans lesquels les mouvements de populations se déroulent, et, ces dernières décennies, les migrations vers l'Europe ont changé. Elles sont jalonnées d'obstacles de plus en plus difficiles, semées de violence et de mort. Les exilés arrivent dans des pays où l'hostilité envers les migrants croît et ils doivent s'engager dans un processus hasardeux de demande d'asile. S'il n'existe pas de pathologie psychiatrique spécifique de la migration [1] et que tous les troubles mentaux peuvent être rencontrés, il n'en reste pas moins que certaines pathologies sont très fréquentes comme le trouble de stress post-traumatique et la dépression, et que les personnes affectées ont beaucoup de difficultés à trouver des soins adaptés.

Facteurs vulnérabilisants

Pour les difficultés qui affectent l'expérience des migrants et leur santé mentale, quatre facteurs sont à envisager : le vécu prémigratoire, le voyage, le vécu postmigratoire, et les aspects transculturels.

Vécu prémigratoire

Avant le départ, de nombreux migrants ont vécu des événements adverses et traumatiques : persécution, guerre, violence physique et/ou sexuelle, torture, deuils de proches

dans des contextes de meurtre ou de guerre, emprisonnement, famine, exposition à des scènes horribles, etc. Les violences ont fréquemment été dirigées contre un groupe, amenant une dislocation des liens familiaux et communautaires. Ces traumatismes ont un caractère interhumain et intentionnel, et une dimension collective, témoignant d'une situation de violence organisée, c'est-à-dire d'une relation de violence exercée par un groupe sur un autre [2 ; 3]. Cette situation de traumatismes multiples et intentionnels est fréquemment à l'origine d'une forme particulière de troubles appelée trouble de stress post-traumatique complexe. Les nombreuses pertes, les nombreux deuils et pertes symboliques fragilisent vis-à-vis du risque dépressif.

Départ et voyage

La migration est en elle-même un événement de vie particulièrement intense, obligeant à des remaniements et impliquant des renoncements douloureux. Ce risque est pris par ceux qui partent avec un projet migratoire pensé, élaboré. Cependant, bien souvent, il n'y a pas d'autre projet que la survie, et le départ se fait dans une situation critique, comme une fuite et sans espoir de retour, vers une Europe dont les frontières se sont fermées, sur des routes migratoires d'une dangerosité extrême. Nous connaissons tous le drame de la Méditerranée, ses morts en mer innombrables [4]. Le voyage d'un adolescent depuis l'Asie jusqu'à l'Europe peut durer plusieurs années, après des avancées, des retours en arrière, des phases d'incarcération ou de prostitution. Durant ce long voyage, tous sont exposés à de nouvelles violences, de nouveaux traumatismes et à la traite des êtres humains.

Vécu postmigratoire

Une fois dans le pays hôte, les migrants se retrouvent coincés entre notre discours idéal sur l'asile, la réalité d'une opinion publique souvent hostile et des politiques migratoires contraignantes qui les forcent sans cesse à prouver qu'ils ne sont pas des fraudeurs ou des criminels [5]. Le déni de leur vécu par le pays d'accueil est une souffrance, voire un traumatisme supplémentaire. Un déni pathogène, qui prend de multiples aspects. Ceci débouche sur l'obtention d'un statut protecteur si on est cru, l'obligation de quitter le territoire sinon. Cela suppose de pouvoir raconter, de

manière détaillée, cohérente et convaincante, des événements traumatiques que l'on n'a parfois jamais pu verbaliser, ni se dire à soi-même. C'est toujours difficile et risqué, et parfois impossible. Lorsque des troubles de la mémoire ou des reviviscences traumatiques empêchent les migrants de donner

des détails précis, on leur répond « *qu'on ne les croit pas* » et ils sont déboutés de leurs demandes et exposés à nouveau à tous les dangers. Dans ces démarches administratives très complexes, les migrants qui vont le plus mal, qui sont très traumatisés ou déprimés, sont souvent ceux qui s'en sortent le moins bien, parce qu'après des traumatismes graves, avant de pouvoir se raconter, il faut avoir été écouté et soigné.

Dimension transculturelle

Prendre en charge la souffrance psychique des migrants exige parfois des aménagements spécifiques des cadres habituels de prise en charge en santé mentale [6], avec une dimension à la fois linguistique et culturelle. Au centre de l'échange clinique, c'est bien la traduction de la parole de l'autre qui est en jeu, et qui ne se réduit pas à la simple interprétation. Certains patients ne supportent pas un interprète

dans leur langue maternelle, langue dans laquelle les bourreaux les ont frappés ou insultés ; ils préfèrent une langue tierce (souvent l'anglais) pour exprimer leur souffrance, délestée de la charge traumatique. Il y a donc toute une problématique de la langue dans la clinique avec les migrants, questionnant les traductions nécessaires qui articuleraient sans conflit différents univers culturels et symboliques, celui du migrant, celui du pays d'accueil. Par ailleurs, l'expression culturelle des troubles peut être bruyante : certains patients exposent des troubles singuliers, des cris dans la nuit dont ils ne se souviennent pas, des mutilations pour se sentir vivants, des symptômes dissociatifs où ils apparaissent comme somnambules, des hallucinations visuelles ou auditives de leurs bourreaux, des épisodes de transe, autrement dit des expressions de leur souffrance psychique qui soit cadrent mal avec les nomenclatures psychiatriques, soit conduisent à des diagnostics erronés. Par exemple, certains symptômes du trouble de stress post-traumatique comme la dissociation ou les hallucinations évoquent des tableaux psychotiques, et pourtant n'en relèvent pas. La dimension transculturelle interfère avec notre évaluation professionnelle, parfois à notre insu. Alors que la dimension culturelle doit demeurer un levier thérapeutique qui permet au patient d'exprimer son mal, elle peut limiter la prise en charge par des soignants qui se sentent peu formés et impuissants devant des expressions culturellement codées de la souffrance. Enfin, du côté des migrants eux-mêmes, à la difficulté de l'accès aux soins, déjà limité par le manque d'information et d'interprétariat, s'ajoute la difficulté de franchir le seuil d'un hôpital psychiatrique, *a fortiori* pour ceux originaires de cultures où la folie est fortement stigmatisée.

Données épidémiologiques

Les données publiées sont très hétérogènes, et pas vraiment comparables : les migrants peuvent avoir vécu plus ou moins d'événements traumatiques, avoir plus ou moins de difficultés dans le pays d'accueil, bénéficier de mesures de protection ou non ; de plus, les instruments

diagnostiques utilisés sont différents, utilisés avec ou sans interprète, et leur utilisation en situation transculturelle n'est en général pas validée... Certains éléments ressortent tout de même constamment : la fréquence élevée des troubles psychiques, corrélée au nombre d'événements traumatiques, à la qualité de l'accueil, à la précarité et l'accès aux soins [7]. Les troubles psychiques sont plus fréquents et sévères que les troubles somatiques à l'arrivée des migrants, dont l'état de santé a tendance à se dégrader pendant la suite du séjour dans le pays d'accueil. En 2009, une méta-analyse portant sur plus de 20 000 sujets a comparé les migrants venus travailler et les demandeurs d'asile [8]. La prévalence de la dépression était de 20 % dans le premier groupe contre 44 % dans le second, et ces chiffres étaient de respectivement 21 % contre 40 % pour l'anxiété/trouble de stress post-traumatique. Plus récemment, les études du Comité pour la santé des exilés (Comede) et de l'Institut national d'études démographiques (Ined) ont confirmé l'importance des troubles psychiques chez les migrants. En effet, 36 % des diagnostics posés par les médecins du Comede concernent la santé mentale [9], les troubles de stress post-traumatique sont les plus fréquemment diagnostiqués (68 %), puis les syndromes dépressifs (22 %) et les troubles anxieux (8 %). Ces chiffres sont confirmés par l'étude Trajectoires et Origines (TeO) de l'Ined qui précise qu'une personne primo-arrivante sur cinq en situation de migration contrainte souffre d'un trouble psychique [10]. La très grande fréquence du trouble de stress post-traumatique chez les mineurs non accompagnés a été établie comparativement aux mineurs migrants accompagnés d'au moins un parent : 64,7 % contre 36,7 % dans une étude menée en Allemagne [11] de même que la persistance de ces troubles au fil du temps et leur aggravation lorsque la minorité ou le statut de réfugié ne sont pas reconnus [12].

Trouble post-traumatique

Un trouble de stress post-traumatique peut être présent chez les sujets qui ont été confrontés, en tant que victimes ou témoins, à un

L'ESSENTIEL

■ **Face aux parcours brisés de certains migrants, les professionnels ont à repérer ces « blessures invisibles » dans le dispositif de soins primaires, alors que les symptômes sont souvent ignorés ou mal interprétés, afin de pouvoir les soigner dans des cadres cliniques adéquats.**

événement mettant en jeu la vie, l'intégrité physique ou sexuelle. Une perception (image, son, odeur) va alors faire effraction dans le psychisme et revenir hanter la victime, provoquant toujours la même intense détresse, même lorsque tout danger est écarté. Ce syndrome de répétition traumatique, surgissement interne de la menace de néantisation, est caractéristique du trouble de stress post-traumatique. Un aspect de la scène est revécu sans cesse avec la même horreur, la même sensation de voir la mort ou le néant « en face », et de différentes manières : des pensées intrusives, des cauchemars, des véritables flash-backs au cours desquels le sujet semble revivre littéralement la scène. Le sujet développe également des symptômes d'évitement de tout ce qui pourrait lui remémorer la scène, ce qui peut conduire à un évitement des soins. Des symptômes d'hyper-alerte sont associés : hypervigilance, insomnie, troubles de la concentration ; ainsi que des modifications des cognitions et de l'humeur : troubles mnésiques, détachement, émoussement des affects, émotions envahissantes (culpabilité, honte, colère, horreur), vision péjorative de soi, du monde et de l'avenir. Des symptômes dissociatifs peuvent être associés : déréalisation, dépersonnalisation, moments de transe au cours desquels le contact se modifie, et des symptômes pseudo-psychotiques peuvent apparaître. On parle de trouble de stress post-traumatique complexe lorsque ces symptômes sont intenses et que s'y ajoutent une dysrégulation des affects, un sentiment négatif de soi, et des difficultés dans les relations interpersonnelles [13 ; 14]. Le trouble de stress post-traumatique complexe s'observe souvent lorsqu'il y a eu des traumatismes précoces ou répétés, une situation d'emprise ou de captivité. Les conséquences sont alors très lourdes, notamment sur le plan développemental lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adolescents, et concernent tous les domaines de la vie du sujet (affectif, cognitif, comportemental, relationnel). Dans les deux cas, des épisodes dépressifs, des addictions, et un risque suicidaire sont souvent associés. Les rares données disponibles



© Thomas Bohl

sur le suicide dans cette population sont inquiétantes et cette éventualité certainement sous-estimée [15]. Chez les migrants souffrant de troubles post-traumatiques, le corps est souvent mis en avant et, pour des raisons culturelles ou par pudeur, c'est souvent une plainte somatique algique qui motive la consultation, ou des troubles du comportement paroxystiques liés à des phénomènes dissociatifs ou à des flash-backs. Ce sont donc souvent des omnipraticiens ou des urgentistes qui reçoivent ces patients. Du fait de la honte, de l'évitement, de la peur de ne pas être compris ou de ne pas parvenir à se faire comprendre, les troubles psychotraumatiques font rarement l'objet d'une demande directe. Il revient alors au clinicien de rechercher une origine traumatique, par exemple en posant la question de l'exposition à la violence avec tact, et en se gardant de poser trop rapidement le diagnostic de trouble somatoforme ou de trouble psychotique. Le traitement de première intention des troubles est la psychothérapie, qui devrait être adaptée à la situation post-traumatique et transculturelle [16]. Lorsque celle-ci n'est pas disponible, qu'elle est refusée par le patient, ou que les symptômes sont trop envahissants, un traitement pharmacologique est préconisé (voir référentiels de la Haute Autorité de la santé – HAS et de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé – ANSM notamment).

Des soins sont toujours possibles

Les facteurs de risque sont nombreux qui expliquent le lien entre migration et état de santé mentale ainsi que la prévalence du trouble de stress post-traumatique et de la dépression chez les migrants récents. Par ailleurs, la précarité socio-économique, l'écart entre les attentes des migrants et la situation effective, la pression psychologique et anxiogène de la procédure d'asile peuvent constituer des facteurs de dégradation de leur état de santé mentale. Cela explique l'importance de savoir repérer ces « blessures invisibles » dans le dispositif de soins primaires, alors que les symptômes sont souvent ignorés ou mal interprétés, et de pouvoir les soigner dans des cadres cliniques adéquats. De telles prises en charge conditionnent l'accueil et les possibilités d'intégration des migrants qui ont subi des violences intenses, et parfois leur survie. Soyons vigilants toutefois à ne pas renvoyer toutes ces personnes à des consultations surspécialisées qui ne pourraient jamais faire face à tous les besoins. Il est nécessaire de développer de tels lieux spécialisés dans la prise en charge transculturelle des psychotraumatismes, mais il est indispensable que l'ensemble de notre système de soins puisse mieux répondre à cette demande, ce qui passe par un effort de formation dès la formation initiale (sur les psychotraumatismes, sur le travail en situation transculturelle), et la possibilité d'un recours à l'interprétariat en santé. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Baubet T, Moro M.-R. (éd). *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Masson, 2009.
- [2] Saglio-Yatzimirsky M.-C. *La Voix de ceux qui crient, rencontre avec des demandeurs d'asile*. Paris : Albin Michel, 2018.
- [3] Rousseau C. Violence organisée et traumatisme. In Baubet T, Moro M.-R. (éd). *Psychiatrie et Migrations*. Paris : Masson, 2003.
- [4] Cognet A. La Mort en chemin : quelles funérailles pour les migrants morts en mer ? *L'Autre*, 2018, vol. 19, n° 3 : p. 332-339. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2018-3.htm>
- [5] Rousseau C., Nadeau L. Migration, exil et santé mentale. In Baubet T, Moro M.-R. (éd). *Psychiatrie et Migrations*. Paris : Masson, 2003.
- [6] Saglio-Yatzimirsky M.-C., Wolmark L. Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité. *Revue européenne des migrations internationales*, 2018, vol. 34, n° 2-3 : p. 21-27. En ligne : <https://journals.openedition.org/remi/10558>
- [7] Veisse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M., Bamberger M., Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité

sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017, n° 19-20 : p. 405-414. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20_5.pdf

- [8] Lindert J., von Ehrenstein O. S., Priebe S., Mielck A., Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 2009, vol. 69, n° 2 : p. 246-257. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19539414/>
- [9] Comité pour la santé des exilés. *Rapport d'activité et d'observation*. Comede, 2017. En ligne : <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>
- [10] Hamel C., Moisy M. Migrations et conditions de vie. Leur impact sur la santé. In Beauchemin C., Hamel C., Simon P. (dir.). *Trajectoire et Origine. Enquête sur la diversité des populations en France*. Paris : Ined éditions, 2016 : p. 263-290.
- [11] Müller L. R. F., Büter K. P., Rosner R., Unterhitzberger J. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2019, vol. 13, n° 8 : p. 1-13. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30719070/>
- [12] Jakobsen M., Meyer DeMott M. A., Wentzel-Larsen T., Heir T. The impact of the asylum process

on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, 2017, n° 7 : e015157. En ligne : <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/6/e015157.full.pdf>

- [13] Herman J.-L. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1992, vol. 5, n° 3 : p. 377-391. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.2490050305?cookieSet=1>
- [14] Palic S., Zerach G., Shevlin M., Zeligman Z., Elklit A., Solomon Z. Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across populations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Research*, 2016, vol. 246 : p. 692-699. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27839826/>
- [15] Vijayakumar L. Suicide among refugees – A mockery of humanity. *Crisis : The Journal of Crisis and Suicide Prevention*, 2016, vol. 37 : p. 1-4. En ligne : <https://psycnet.apa.org/record/2016-16411-001>
- [16] Baubet T., Saglio-Yatzimirsky M.-C. Santé mentale chez les migrants : des blessures invisibles, une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique et de la dépression. *La Revue du praticien*, 2019, vol. 69, n° 6 : p. 6-9. En ligne : <https://www.larevue.dupraticien.fr/article/sante-mentale-des-migrants-des-blessures-invisibles>

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

IMPACT DES VIOLENCES DE GENRE SUR LA SANTÉ DES EXILÉ.E.S



© Thomas Bohl

Le Comité pour la santé des exilés (Comede)¹ a réalisé une étude parmi les personnes exilées qu'il suit pour évaluer la fréquence des violences fondées sur le genre, les caractéristiques des victimes, ainsi que l'impact de ces violences sur la santé. L'étude se fonde sur des données recueillies auprès des 2 065 femmes, dont 449 femmes enceintes, et 3 816 hommes ayant bénéficié d'un bilan de santé et d'un suivi médical ou des personnes suivies en psychothérapie, au centre de santé du Comede entre 2012 et 2017. Les résultats de cette étude ont été publiés dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* en 2019. En voici un résumé.

Entre 2012 et 2017 au Comede, 30 % des femmes et 4 % des hommes présentaient des antécédents de violences de genre. Ces violences sont plus fréquentes parmi les jeunes et les exilés originaires d'Afrique subsaharienne. Elles sont très liées à la situation de vulnérabilité sociale, en particulier une partie des viols dont ont été victimes les femmes en France. Les troubles psychiques graves sont particulièrement fréquents parmi les victimes (59 % des femmes et 84,9 % des hommes) et sévères sur le plan clinique, plus des trois quarts des patients concernés souffrant de syndromes psychotraumatiques et de traumatismes complexes. Les victimes de

violences fondées sur le genre sont également plus fréquemment atteintes d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et relèvent plus souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, incluant des soins ostéopathiques. Ces résultats corroborent en partie d'autres travaux réalisés sur le sujet, ces violences apparaissant notamment plus fréquentes parmi les femmes et plus sévères parmi les hommes exilés.

Ainsi, cette étude met en lumière l'impact des violences de genre dans un contexte de multiples facteurs de vulnérabilité pour la santé, signant l'insuffisance ou la défaillance des dispositifs de protection théoriquement prévus. Les actions de prévention et de soins reposent sur la création d'espaces de parole rassurants, individuels et collectifs, dans un cadre pluridisciplinaire intégrant la nécessité de la « mise à l'abri » des personnes exilées.

Source : Petrucci M., Veisse A., Wolmark L., Fessard C., Weinich L., Rustico J. Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, juin 2019 : p. 327-333. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/pdf/2019_17-18_2.pdf

1. Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France.

UN TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE PLUS ÉLEVÉ PARMİ LES ENFANTS NÉS EN FRANCE DE PARENTS IMMIGRÉS

Dans nombre de pays d'Europe, les différences de mortalité infantile selon l'origine des parents sont documentées, alors qu'en France les connaissances sur le sujet sont parcellaires. Pour réaliser l'étude ici présentée, un panel sociodémographique représentatif au niveau national a été utilisé, qui consiste en 296 400 naissances et 980 décès de nourrissons pour la période 2008-2017. Les enfants d'immigrés ont été définis comme ceux dont au moins un parent était né à l'étranger et leur niveau de mortalité infantile a été comparé à celui des enfants dont les deux parents étaient nés en France. À partir de ces données, les chercheurs ont calculé des taux de mortalité infantile (nombre de décès survenus au cours de la première année de vie pour 1 000 naissances vivantes) et également exploré le caractère explicatif des facteurs sociodémographiques par rapport à ces différences.

Il apparaît un excès significatif de mortalité infantile parmi les enfants nés d'au moins un

parent originaire d'Europe de l'Est, d'Afrique du Nord, d'Afrique de l'Ouest, d'autres régions d'Afrique sub-saharienne et d'Amérique, avec des variations au sein des régions d'origine selon les pays. Cet excès ne s'explique que partiellement par les différences de composition entre les groupes en termes d'âge maternel, de catégorie socioprofessionnelle du père, de taille et de score de commune de résidence défavorisée. Le constat d'une surmortalité des enfants d'immigrés avait déjà été fait par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour les périodes 1984-1989 et 2004-2009. Ces résultats mettent donc en évidence la persistance sur une période de plus de trente ans d'un désavantage des enfants d'immigrés, en dépit des progrès considérables accomplis en termes de mortalité infantile sur la même période. Pour réduire ces écarts, il est indispensable d'analyser :

- le rôle des facteurs influençant le recours aux soins ;

- les interactions avec le système de soins ;
- les obstacles à l'accès aux soins et aux droits ;
- les soins en deçà de ceux attendus pour un état de santé déterminé ;
- les discriminations dont font l'objet ces populations.

Matthew Wallace,

chercheur, Stockholm University Demography Unit (Suda), Sociology Department, Stockholm University, SE-106 91 Stockholm, Suède,

Myriam Khat,

chercheuse, Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers, France,

Michel Guillot,

professeur, Dept. of Sociology & Population Studies Center, University of Pennsylvania, Philadelphia, É.-U. et Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers, France.

Wallace M., Khat M., Guillot M. Infant mortality among native-born children of immigrants in France. 2008-17: results from a socio-demographic panel survey. *European Journal of Public Health*, 30 novembre 2020. En ligne : <https://academic.oup.com/eurpub/advance-article/doi/10.1093/eurpub/ckaa186/6012862>

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

LES PROFILS DE SANTÉ DES MIGRANTS EN FRANCE : TABAC, ALCOOL, OBÉSITÉ ET SANTÉ PERÇUE

À ce jour, peu d'attention a été accordée en France aux différences entre immigrés et population non directement issue de l'immigration en matière de comportements liés à la santé. Dans l'étude résumée ici, les profils de santé des principaux groupes d'immigrés en France sont examinés comparativement à ceux des non-immigrés (c'est-à-dire nés français de parents français, appelés par la suite « natifs »), sur la base de différents indicateurs et avec une attention particulière aux différences entre les sexes. Les données proviennent de l'enquête *Baromètre santé 2017*, représentative de la population de France métropolitaine, réalisée par Santé publique France. Un sous-échantillon de 19 857 personnes âgées de 18 à 70 ans a été analysé par rapport à la consommation d'alcool, au tabagisme, à l'obésité et à la santé perçue. Quatre groupes de ressortissants ont été définis suivant leur origine migratoire : Maghreb, Afrique sub-saharienne, Europe du Sud (Espagne, Italie, Portugal et Grèce) ; et également des ressortissants français venus des départements d'outre-mer, les natifs.

Pour les hommes, la santé perçue des groupes d'immigrés ne diffère pas significativement de celle des natifs. Certains groupes ont une consommation d'alcool (originaires d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb) et de tabac (originaires d'Afrique sub-saharienne) inférieure à celle des natifs, et présentent moins d'obésité (originaires du Maghreb). En revanche, les hommes, ressortissants du Maghreb, déclarent plus fréquemment un tabagisme quotidien que les natifs.

Chez les femmes, la santé perçue est moins bonne parmi les groupes originaires d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb que parmi le groupe des natives. En revanche, des comportements plus favorables à la santé sont observés chez les femmes originaires des départements d'outre-mer et du Maghreb face à l'alcool, et chez les femmes originaires d'Europe du Sud, d'Afrique subsaharienne et du Maghreb en matière de tabagisme. Par ailleurs les femmes originaires des départements d'outre-mer et d'Afrique subsaharienne sont plus fréquemment en situation d'obésité. Ces résultats mettent en évidence les différences de profils de santé des immigrés

selon le sexe. Les hommes immigrés ont globalement des comportements liés à la santé plus favorables que les natifs et leur profil de santé ne présente pas de désavantage. Les femmes immigrées ont un profil plus mitigé, avec un désavantage des groupes originaires du Maghreb et d'Afrique sub-saharienne. Il reste à explorer si les facteurs socio-économiques et les relations de genre contribuent à ces différences entre immigrés et immigrées.

Myriam Khat,

chercheuse, Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers,

Stéphane Legleye,

administrateur, Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Montrouge, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) U1178, Paris,

Damien Bricard,

maître de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris.

Khat M., Legleye S., Bricard D. Gender patterns in immigrants' health profiles in France: Tobacco, alcohol, obesity and self-reported health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, n° 23. En ligne : <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/23/8759>

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

Migrants en centres d'hébergement : impact de la Covid-19 et adhésion aux mesures de prévention

Cécile Longchamps,

interne de santé publique et médecine sociale, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Sorbonne Université, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, département d'épidémiologie sociale, Paris, **Simon Ducarroz,**

EA 7425 Health Services and Performance Research (Hesper), université Claude-Bernard Lyon 1, Lyon,

Lisa Crouzet,

EA 7425 Health Services and Performance Research (Hesper), université Claude-Bernard Lyon 1, Lyon,

Tarik El Aarbaoui,

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Sorbonne Université, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, département d'épidémiologie sociale, Paris,

Cécile Allaire et Anne-Claire Colleville,

Santé publique France, Saint-Maurice,

Maria Melchior,

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Sorbonne Université, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, département d'épidémiologie sociale, Paris,

et l'étude pErceptions et impact de l'épidémie liée à la Covid-19 en centre d'Hébergement pour personnes en situation d'exclusiOn (ECHO).

ailleurs, les populations étrangères en situation de précarité ont un risque plus élevé d'être exposées au virus, de présenter des facteurs de risque d'aggravation de l'infection et d'avoir une santé mentale dégradée [1-3]. Ainsi, les conséquences directes et indirectes de l'épidémie de Covid-19 sur la santé physique, mentale et sur les conditions de vie sont particulièrement importantes chez les personnes étrangères en situation de grande précarité [4-7].

L'étude ECHO vise à évaluer les perceptions, connaissances et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 chez les populations en situation de précarité, notamment étrangères, vivant en centre d'hébergement durant le confinement, ainsi que l'impact de l'épidémie et des mesures de contrôle sur leurs conditions de vie, accès aux soins et santé mentale, afin d'orienter la mise en œuvre de stratégies de prévention et d'accompagnement et de réduire les inégalités sociales face à l'épidémie.

Méthode

Le cumul de plusieurs facteurs, tels que la précarité financière, la taille des logements, une maîtrise limitée du français, ou encore une faible littératie en santé¹, peut être un frein à l'application des mesures de prévention de l'infection à SARS-CoV-2 et au suivi du circuit de soins prévu chez les populations en situation de migration résidant en centre d'hébergement pour les personnes sans domicile fixe. Par

de l'étude [8] et aussi plus particulièrement chez les participants nés à l'étranger.

Résultats

Caractéristiques de la population

Parmi les 666 personnes auxquelles l'étude a été proposée, 535 ont accepté de participer. Nous n'avons observé aucune différence significative en termes de sexe et d'âge entre les participants et les non-participants.

478 participants à l'étude ECHO (89 %) étaient nés à l'étranger, parmi lesquels 59 % étaient originaires d'Afrique, principalement d'Afrique subsaharienne (47 %), 26 % de Méditerranée orientale et 13 % d'Europe (7 % de l'Union européenne). La médiane de durée de séjour en France était de deux ans et 74 % des personnes n'avaient pas de titre de séjour. 61 % déclaraient avoir une maîtrise faible voire nulle du français.

Parmi les participants nés à l'étranger, 76 % étaient des hommes, avec un âge médian de 30 ans (min = 18 ans, max = 77 ans). La moitié des participants avaient des enfants (50 %), mais seuls 23 % vivaient avec au moins un de leurs enfants (médiane = 2 enfants, min = 1, max = 5). De même, 39 % des participants avaient un.e conjoint.e, mais seuls 15 % vivaient en couple au moment de l'enquête.

32 % des participants avaient arrêté les études avant la fin de l'école primaire et 38 % avant la fin du lycée.

L'étude ECHO est transversale et a été menée dans 18 centres d'hébergement gérés par des associations volontaires pour cette enquête : 12 en Île-de-France, 5 dans le Rhône et 1 à Strasbourg. L'étude comprend un volet quantitatif et un volet qualitatif. Les données quantitatives ont été recueillies du 2 mai au 7 juin 2020, durant la fin du premier confinement et le premier déconfinement². Les analyses statistiques ont été réalisées sur l'ensemble de l'échantillon



14 % avaient un emploi quotidien et 13 % un emploi ponctuel avant l'épidémie de Covid-19.

24 % avaient une maladie chronique et 35 % n'avaient aucune couverture médicale.

Une large majorité de participants (56 %) ont été recrutés au sein de six centres d'hébergement ouverts dans des hôtels réquisitionnés pour la mise à l'abri des personnes sans domicile fixe durant le confinement et deux centres d'hébergement ouverts pour la trêve hivernale, prolongée à cause de la crise sanitaire (4 %). Les autres participants (40 %) ont été inclus dans d'autres types de centres d'hébergement comprenant des logements collectifs ou des appartements diffus. La médiane de durée d'hébergement était de un mois.

Une bonne connaissance et acceptabilité des mesures recommandées

Les principales sources d'information des participants sur l'épidémie de Covid-19 étaient les réseaux sociaux (81 %), les proches (77 %), la télévision (70 %) et les informations transmises au sein du centre d'hébergement (affiches 70 %, travailleurs sociaux 67 %). Les participants

étaient majoritairement (74 %) satisfaits des informations diffusées par les autorités et avaient confiance en celles-ci.

Les principaux symptômes de la Covid-19 étaient bien connus par les participants : plus de 80 % citaient les difficultés à respirer, la fièvre et la toux ; plus de 70 %, les maux de tête et de gorge ; 65 %, les courbatures, le nez qui coule ; et 55 %, l'anosmie³ et l'agueusie⁴. Cependant, 35 % ignoraient l'existence d'une transmission asymptomatique⁵.

Néanmoins, la plupart des mesures de prévention recommandées⁶ étaient connues et pratiquées par une large majorité des participants (entre 86 % et 99 % des participants selon la mesure). Seule exception, la limitation du recours aux transports et des sorties, moins identifiée comme une mesure préventive de l'infection à SARS-CoV-2 (77 %) et moins respectée (68 %), possiblement du fait de l'exiguïté des logements, de l'impossibilité de se protéger par le télétravail et de la situation souvent périphérique des centres d'hébergement. Ces chiffres sont similaires à ceux observés en population générale [9 ; 10]. Ainsi, en moyenne,

L'ESSENTIEL

■ **L'étude ECHO évalue les connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et mesure l'impact de cette dernière sur les personnes en situation de précarité vivant en centres d'hébergement en France, dont une grande majorité d'étrangers. Une première vague de cette étude a été menée en mai et juin 2020. Une bonne connaissance des symptômes de la Covid-19 et une adhésion satisfaisante aux mesures de prévention et de prise en charge de l'infection (test, isolement) ont été retrouvées chez les participants nés à l'étranger. Les facteurs associés à l'adoption des comportements recommandés pour lutter contre l'épidémie au sein de cette population sont l'âge, le niveau de diplôme, la confiance dans les informations officielles et l'inquiétude vis-à-vis de la Covid-19. Une proportion importante de renoncement aux soins pour des motifs non liés à la Covid-19, une dégradation importante de la santé mentale ainsi que de la situation socio-économique des personnes (emploi, difficultés alimentaires et administratives...) ont également été observés.**



© Thomas Bohl

6,2 des mesures recommandées étaient connues et identifiées comme des gestes préventifs et le niveau de connaissance était plus élevé chez les migrants ayant poursuivi les études après l'école primaire, toutes choses égales par ailleurs. 6,0 des mesures recommandées étaient pratiquées au moins occasionnellement et le nombre de mesures pratiquées augmentait avec l'âge, la confiance dans les informations officielles sur la Covid-19 et l'inquiétude vis-à-vis de la Covid-19 pour soi-même ou pour ses proches, toutes choses égales par ailleurs.

Environ 90 % des participants considéraient le premier confinement comme une nécessité pour leur santé et pour celle des autres personnes et se déclaraient prêts à vivre un second confinement si cela s'avérait nécessaire.

Tout comme les mesures de prévention, la conduite à tenir en cas de symptômes évocateurs de Covid-19 semble bien comprise puisque 85 % des participants iraient consulter un professionnel de santé (56 %) ou leur travailleur social (29 %) ; 88 % seraient prêts à se faire tester et 90 % à être isolés, et ce malgré la crainte

exprimée par 54 % d'être rejetés s'ils contractaient la maladie. Toutes choses égales par ailleurs, les étrangers arrivés en France depuis moins d'un an et ayant une confiance plus élevée dans les informations transmises par les autorités semblaient plus enclins à se faire tester en cas de symptômes de Covid-19. Concernant la propension à s'isoler en cas de symptômes, celle-ci semble plus élevée chez les participants sans titre de séjour, cette mesure pouvant être considérée comme moins contraignante au sein de cette population possiblement du fait d'un séjour plus court dans le centre, de l'absence d'emploi...

Tout comme en population générale française [9], une part importante des participants (41 %) exprimaient une méfiance vis-à-vis d'un potentiel vaccin contre la Covid-19 (31 % n'étaient pas prêts à se faire vacciner et 11 % étaient hésitants).

Un impact négatif sur le recours aux soins pour d'autres pathologies, la santé mentale et les conditions de vie

Comme cela été suspecté [5-7] et observé dans d'autres pays [11], les conséquences du premier

confinement ont été majeures chez les personnes migrantes en situation de précarité.

20 % des 155 participants ayant déclaré avoir eu besoin de consulter un médecin pour un autre motif pendant le confinement ne l'ont pas fait, par peur d'être contaminés, par méconnaissance du système de soins ou impossibilité de se déplacer ou d'avoir une téléconsultation. Chez les 65 participants atteints d'une maladie chronique et ayant eu besoin de consulter, 17 % n'ont pas consulté de professionnel de santé.

Le confinement a également eu un impact sur l'isolement et sur la santé mentale des participants nés à l'étranger. 38 % se sont sentis plus seuls durant cette période qu'auparavant et des symptômes évocateurs d'une dépression modérée à sévère étaient présents chez 28 % des personnes.

Tout comme en population générale, les consommations de tabac et d'alcool ont eu tendance à diminuer ou à rester stables parmi les personnes interrogées, ce qui pourrait être expliqué par une baisse de ressources financières, le fait d'être hébergés et ne plus vivre dans la rue, et la période de ramadan, mais également par l'exclusion de l'enquête de personnes ayant une consommation importante.

Parmi les 286 participants qui ne bénéficiaient pas d'une place en centre d'hébergement avant le confinement et qui ont été mises à l'abri pour cette période, 84 % percevaient le confinement comme une protection. Cependant, le confinement a également eu pour effet d'aggraver la situation socio-économique des étrangers en situation précaire. Ainsi, parmi les 120 participants qui avaient un emploi avant le confinement, seuls 13 % ont conservé une activité identique, 17 % percevaient le chômage et 56 % ont perdu leur emploi et ne touchaient plus de revenus au moment du confinement. 45 % des participants étaient inquiets vis-à-vis de leur situation financière et 40 % déclaraient des difficultés pour se nourrir (manque d'argent, associations alimentaires fermées...). Enfin, 74 % des participants s'inquiétaient

du retard pris dans leurs démarches administratives (titre de séjour, droits au chômage, couverture médicale...).

Conclusion

L'étude ECHO permet de tirer des enseignements importants sur le vécu de l'épidémie de Covid-19 et du confinement par les personnes migrantes et en situation de grande précarité.

La mise à disposition d'outils d'information sur la Covid-19, la prévention de sa transmission (gestes barrières, vaccination) et sa prise en charge (test, isolement) doit faire l'objet d'une attention particulière. Ceci peut se traduire par un accès facilité aux dispositifs d'interprétariat dans les structures d'hébergement qui jouent un rôle favorable majeur dans l'adaptation et la diffusion des informations auprès de leurs usagers, une diversification des canaux et supports fournissant des informations officielles dans plusieurs langues ou la formation de relais communautaires au sein

des centres d'hébergement, ce qui pourrait notamment diminuer la crainte de la stigmatisation face à la maladie.

De plus, le maintien des dispositifs de soins accessibles à ces populations, notamment les prises en charge psychologiques, psychiatriques, apparaît comme essentiel.

Enfin, une meilleure concertation des acteurs sociaux et médico-sociaux contribuerait à améliorer l'accompagnement (accès aux soins, démarches administratives) des populations immigrées et en situation de précarité. ■

Remerciements : Nous remercions les gestionnaires, salariés et bénévoles des associations Habitat et Humanisme, Aurore, la Croix-Rouge française, Empreintes, La Rose des vents, le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) 67, ISM Interprétariat, ainsi que toutes les personnes, chercheurs ou autres bénévoles, nous ayant prêté main-forte. Nous remercions également Santé publique France, l'Institut Convergences Migrations et l'Agence nationale de recherche flash Covid-19 pour leur soutien financier. Enfin, un immense merci aux personnes hébergées ayant accepté de participer à l'étude.

1. « Connaissances, motivation et compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information dans le domaine de la santé » (Sørensen et al., 2012).

2. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire numérique (LimeSurvey) administré par des travailleurs sociaux ou des bénévoles formés, lors d'entretiens individuels en face à face, avec un interprète téléphonique si nécessaire. L'enquête était proposée à l'ensemble des personnes majeures ne présentant pas de troubles cognitifs ou psychiatriques invalidants dans 12 centres et à un échantillon de personnes tiré au sort dans 6 centres. Parmi les 929 personnes sélectionnées pour participer à l'étude, 263 n'ont pas pu être incluses, car non présentes sur les sites lors de la présence des enquêteurs (emploi...) ou pas en mesure de participer (ramadan, alcoolisation excessive...). Les enquêteurs, formés, étaient des salariés des centres d'hébergement enquêtés, des bénévoles et des membres de l'équipe de recherche. Les entretiens se déroulaient en français, anglais (questionnaire traduit) ou dans la langue du participant (enquêteur bilingue ou interprète téléphonique). L'étude ECHO a reçu un avis favorable du Comité d'éthique pour la recherche (CER) de l'université de Paris. Les participants ont eu une information concernant l'étude et ont signé un consentement. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R.

3. Perte de l'odorat.

4. Perte du goût.

5. Transmission du virus par une personne porteuse du virus, mais n'ayant pas développé de symptômes.

6. Mesures de prévention recommandées : hygiène des mains, port du masque, distance physique, éviter les contacts physiques, éternuer dans son coude ou dans un mouchoir, éviter les transports et les sorties.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Greenaway C., Hargreaves S., Barkati S., Coyle C. M., Gobbi F., Veizis A et al. COVID-19: Exposing and addressing health disparities among ethnic minorities and migrants. *Journal of Travel Medicine*, 9 novembre 2020, vol. 27, n° 7 : taaa113. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454797/pdf/taaa113.pdf>.

[2] *Rapport d'enquête Enfams Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France*. Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, octobre 2014.

[3] Veisse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M., Bamberger M., Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017, n°s 19-20 : p. 405-414. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19_20_5.pdf

[4] Papon S., Robert-Bobée I. Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020. *Insee Focus*, juillet 2020, n° 198. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049>

[5] Bajos N., Warszawski J., Pailhé A., Counil É., Martin C., Meyer L. et al. Les inégalités sociales au

temps du Covid-19. *Questions de santé publique*, 2020, n° 40 : p. 1-12. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/344600801_Les_inegalites_sociales_au_temps_du_COVID-19

[6] Marsaudon A., Dourgnon P., Jusot F., Wittwer J. Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour. Questions d'économie de la santé, décembre 2020, n° 253 : 6 p. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/253-anticiper-les-consequences-de-l-epidemie-covid-19-et-des-politiques-de-confinement-pour-les-personnes-sans-titre-de-sejour.pdf>

[7] Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives. *Les Dossiers de la Drees*, juillet 2020, n° 62 : 39 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf>

[8] Longchamps C., Ducarroz S., Crouzet L., El Aarbaoui T., Allaire C., Colleville A.-C. et al. Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité

vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2021, n° 1 : p. 2-9. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_1/pdf/2021_Cov_1_1.pdf

[9] *COVID-19 : Perceptions et comportements dans les pays du G7 (vague 3)*. Kantar.com, mai 2020 : 97 p. En ligne : <https://www.kantar.com/fr/inspirations/health/2020-covid-19-v3-perceptions-et-comportements-dans-les-pays-du-g7>

[10] *Étude CoviPrev*. Paris : Santé publique France, février 2021. En ligne : <https://www.sante-publiquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

[11] Burton-Jeangros C., Duvoisin A., Lachat S., Consoli L., Fakhoury J., Jackson Y. The impact of the Covid-19 pandemic and the lockdown on the health and living conditions of undocumented migrants and migrants undergoing legal status regularization. *Front Public Health*, décembre 2020, vol. 16, n° 8. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC772178/>

Santé des migrants sur le Haut-Maroni en Guyane : enjeux et prise en charge

Claire Fessard, médecin généraliste, médecin référente au Comité pour la santé des exilés (Comede), hôpital de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, **Georges Hyvert,** médecin généraliste retraité, médecin vacataire dans les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), Cayenne.

La Guyane, département et région d'outre-mer, est la deuxième région française en superficie, recouverte à près de 95 % par la forêt amazonienne. Sur cette terre d'immigration, la population se concentre essentiellement sur le littoral et le long des fleuves : Maroni à l'ouest, Oyapock à l'est. 97 741 étrangers vivent en Guyane, soit 35,6 % du total de la population¹.

Cet article aborde les enjeux de prise en charge des migrants à travers l'exemple de Papaïchton. « Commune de l'intérieur », située sur la rive du fleuve Maroni, Papaïchton est à une heure de piste de Maripasoula, et à huit à douze heures de pirogue de Saint-Laurent-du-Maroni. Cayenne et le littoral ne sont accessibles que par voie aérienne. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 6 668 habitants vivent à Papaïchton en 2017, principalement des Alukus et Wayanas.

Qui est « migrant » ?

À l'image de la Guyane, ce territoire du Haut-Maroni est pluriethnique. S'y côtoient Noir.e.s marron.ne.s, Amérindien.ne.s, Créoles, métropolitain.e.s dont les nationalités sont françaises, Brésilien.ne.s, Surinamais.es, Dominicain.e.s, etc. Dans cette zone transfrontalière, le Maroni est une frontière en droit, mais celle-ci apparaît inexistante en

fait pour les familles résidant de part et d'autre du fleuve. Les membres familiaux se répartissent sur chaque rive et traversent le fleuve au gré des activités quotidiennes.

Selon l'Insee, un.e immigré.e correspond à une personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France². Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française. Selon les autorités de police et les institutions juridiques, est étranger.ère celui.elle qui n'a pas la nationalité française. Ainsi, « migrant » est entendu au sens de migrant international, d'une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France.

Or certaines personnes vivant dans la commune peuvent être étrangères administrativement, voire apatrides, bien que se croyant françaises (leur état civil n'ayant pas été déclaré à la naissance par exemple, pratique courante jusque dans les années 1970), et migrantes ou immigrées en pratique, en ayant vécu sur l'autre rive du fleuve, du côté surinamais.

Il est à noter la quasi-absence de demandeurs d'asile dans le territoire du Haut-Maroni, probablement du fait de la centralisation de toutes les démarches à Cayenne.

L'offre de soins à Papaïchton

Dans la commune, comme pour l'ensemble des communes isolées et des lieux éloignés d'un service d'urgences ou ne disposant pas d'offre libérale, l'offre de soins est assurée par le centre délocalisé de prévention et de soins (CDPS). Antenne du centre hospitalier de Cayenne (CHC), le CDPS permet

les soins de premier recours, la gestion des urgences – y compris des éventuels accouchements inopinés – et les placements de patients en observation allant de quelques heures à 24-48 heures. Le taux de rotation des soignants est important : de l'ordre du mois. Médecins comme infirmier.ère.s sont pour la plupart originaires d'Europe continentale. L'équipe de secrétaires, d'aides-soignant.e.s et agent.e.s des services hospitaliers est, elle, originaire de Papaïchton et représente la mémoire du CDPS. Ce personnel parle aluku, la langue locale, et assure parfois aussi l'interprétariat faute d'interprète professionnel existant sur le territoire. L'offre de soins est complétée par des missions spécialisées régulières (sage-femme et gynécologue, pédiatre, infectiologue), par le centre de protection maternelle et infantile (PMI) et par des missions du centre médico-psychologique (CMP). Le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) réalise les évacuations sanitaires en hélicoptère en cas d'urgence ou par piste et par avion pour les urgences différées ou les prises en charge programmées. L'accès aux soins y est inconditionnel et gratuit, sans avance de frais, y compris pour les migrant.e.s en situation irrégulière ne bénéficiant pas de l'aide médicale d'État (AME) – en dehors des soins programmés sur Cayenne et de certains traitements chroniques non pris en charge.

Aborder les enjeux de santé des migrants sur le Haut-Maroni revient à concevoir la santé de manière plus générale et à analyser le déficit



© Thomas Bohl

d'offre de soins au regard de ce qui se passe au bord du fleuve. Les prises en charge des personnes vulnérables, migrantes ou non, sont caractérisées par des complexités et des enjeux présentés ici.

Prises en charge complexes des patients migrants et/ou vulnérables sur le Haut-Maroni

La situation géographique particulière du territoire a un impact sur la prise en charge, en raison de l'éloignement des patients du centre délocalisé de prévention et de soins ou des difficultés de transport et/ou d'évacuations sanitaires (communément appelées « évasan ») et engendre des surcoûts. Certaines personnes, en particulier les orpailleurs.euse.s, migrant.e.s en situation irrégulière sur le territoire, vivent parfois à plusieurs heures de marche, quad ou pirogue du CDPS. Par ailleurs, Papaïchton est composé de plusieurs *Kampoe* ou quartiers, certains à trente minutes de voiture, mais l'offre de déplacement est limitée, car la population est faiblement véhiculée.

En sus des renoncements voire des non-recours aux soins, les interruptions de soins sont fréquentes. Celles-ci sont souvent sous-tendues par l'absence de droits ouverts à l'assurance maladie, ce qui ne permet pas l'achat des médicaments prescrits ou la réalisation des examens complémentaires. Ce problème d'accès à la protection maladie est particulièrement marqué sur le bassin du Haut-Maroni. À Papaïchton, moins de 30 % de la population a des droits ouverts à la protection maladie, selon la Caisse générale de la sécurité sociale de Guyane (CGSS). Il n'y a pas de permanence sociale pour assurer l'ouverture des droits. En outre, le système de protection maladie étant fondé sur la résidence habituelle en France, la question de l'ouverture des droits au bord du fleuve est complexe. Un modèle adapté au territoire serait à envisager, d'autant plus que les recours aux soins se font de part et d'autre du fleuve. Une étude [1] conduite en 2012 par le centre d'investigation clinique – épidémiologie clinique (Cicec) Antilles-Guyane montre que

plus d'un tiers des personnes résidant sur la rive guyanaise du fleuve Maroni se rendent dans les centres de santé au Surinam.

D'autre part, il faut souligner des complexités dans les prises en charge de patients qui sont la plupart du temps allophones³. Le français est certes la langue officielle en Guyane, mais ce n'est ni la langue maternelle, ni la langue d'usage pour la majorité des habitants sur le fleuve, qu'ils soient migrants ou non. À Papaïchton se mélangent aluku, wayana, anglais, espagnol, portugais, etc. Il n'existe à ce jour pas d'interprète professionnel dans ces langues ni au sein des centres, ni par téléphone. Les agents administratifs et les aides-soignants sont sollicités pour les locuteurs alukus. Pour toutes les autres langues, la qualité de la consultation dépend fortement des compétences linguistiques des soignants et des traductions possibles par Internet.

Il faut souligner par ailleurs que plusieurs systèmes de soins cohabitent à Papaïchton. Les médecines traditionnelles sont encore très implantées et incarnées par les

L'ESSENTIEL

► **En Guyane, les migrants représentent un tiers de la population. La prise en charge des personnes vulnérables, migrantes ou non, est complexe et liée à de multiples enjeux. Focus sur Papaïchton, commune isolée au bord du fleuve Maroni, multiethnique et peuplée principalement de Alukus et de Wayanas. L'offre de soins y est assurée par un centre délocalisé de prévention et de soins. Ces populations souffrent globalement d'un déficit d'accès à une couverture maladie et aux soins, le plus souvent pour des raisons d'isolement et de précarité économique et sociale.**

chamans chez les Amérindiens, par les *bushi datas* chez les Noirs marrons. Les allers-retours entre les différentes médecines sont fréquents, avec des négociations selon les pathologies. La médiation en santé représente ainsi un important enjeu de compréhension réciproque – sans se limiter à une approche interculturelle – entre la population concernée et des soignants des CDPS, qui sont en majorité des métropolitains de passage en Guyane. En effet, les difficultés de compréhension entre les soignants et la population sont imputables à plusieurs facteurs : difficultés de communication linguistique, représentations/préjugés des soignés comme des soignants, conditions de précarité, d'éloignement, etc.

Par ailleurs, l'offre de soins en santé mentale est quasi inexistante sur le territoire du Haut-Maroni. Pour autant, les besoins en santé mentale sont très importants pour les patients migrants ou non, en situation de vulnérabilité. Le taux de suicide chez les Amérindiens en est un exemple patent. Entre 2008 et 2015, il est de 8 à 10 fois supérieur à la moyenne régionale, et deux villages du Haut-Oyapock (Camopi et Trois-Sauts) présentent un taux de 172 suicides pour 100 000 habitants, sur la période 2013-2015 uniquement.

De plus, les consommateurs de psychotropes (cannabis, cocaïne, etc.) et d'alcool ne rencontrent pas de

possibilité d'accompagnement, ni de prise en charge régulière ; ces addictions impliquent des conséquences notables sur la santé tant physique que psychique.

Des enjeux multiples

Les enjeux sont nombreux et transcendent les statuts de migrant ou de natif. Ces complexités amènent à penser le territoire en tant que fleuve, avec ses particularités. Penser l'éloignement et travailler l'accessibilité des centres de soins ne relève pas uniquement de l'agence régionale de santé (ARS) et de l'hôpital, mais de l'ensemble de la collectivité. De nombreux projets, parfois surdimensionnés, existent depuis des années, à commencer par la création d'une route entre Maripasoula et Papaïchton, aux échéances quelque peu incertaines.

D'autres projets d'infrastructures sont développés par les CDPS et par l'hôpital, comme le développement de téléconsultations et la multiplication des consultations de spécialistes dans les communes isolées, ou bien comme la création de la « maison hospitalière », lieu non médicalisé dans l'hôpital qui devrait voir le jour début 2022. Elle pourrait accueillir jusqu'à 30 adultes (+ 30 nouveau-nés) pour les accouchements en milieu hospitalier (AMH) de patients de communes de l'intérieur. Venir accoucher à Cayenne et rester en hospitalisation sans famille est un problème récurrent pour les populations de ces communes. Des espaces y seront créés pour des animations culturelles, des bains traditionnels, dynamisés par la présence de médiateur.trice.s en santé qui feront le lien entre ces familles et le système de santé et qui appréhenderont les différents blocages existants.

De fait, un enjeu est d'encourager le développement de la médiation en santé et la présence de médiateurs dans les communes isolées pour lutter contre les inégalités sociales de santé et permettre l'accès aux soins des populations les plus vulnérables, dont les personnes migrantes. La médiation en santé est à distinguer de la médiation sociale et de l'interprétariat. Les écueils d'un médiateur « simple courroie de transmission »

du système de santé sont à anticiper afin de les éviter. De plus, le recours à des interprètes professionnels formés serait nécessaire pour une prise en charge efficiente.

Enfin, face à ces complexités et à ces enjeux d'accès aux soins, l'apport de professionnels sociaux-juridiques est crucial. L'absence de centre communal d'action sociale (CCAS), d'assistante sociale de secteur, ou d'antenne de la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) est criante à Papaïchton ainsi que dans d'autres communes de l'intérieur.

En conclusion, sur le Haut-Maroni, l'accès aux soins et leur recours sont des enjeux majeurs de santé publique. Les CDPS, de par leur mode de fonctionnement original, contribuent à gommer les inégalités qui peuvent exister dans d'autres départements entre migrants et natifs. Néanmoins, cela ne doit pas faire oublier le retard global de la Guyane en termes d'offre de soins et de prévention, en particulier dans le Haut-Maroni. ■

Remerciements aux membres de la coordination des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) pour leur relecture active : Mme Fanny Gras, coordinatrice des CDPS, centre hospitalier de Cayenne ; Dr Céline Michaud, infectiologue référente des CDPS, centre hospitalier de Cayenne ; Dr Véronique Servas, médecin coordonnateur, cheffe de service, CDPS, centre hospitalier de Cayenne.

1. Source : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2017.

2. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>

3. Personnes dont la langue première est étrangère.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- Étude INTERREG-CAP Maroni. CICEC-Antilles-Guyane. 2012. In Jolivet A. *Migration, santé et soins en Guyane*. [Thèse] médecine humaine et pathologie, Paris : université Pierre-et-Marie-Curie, juillet 2014 : p. 84-99. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01067997/document>

Migrants mineurs non accompagnés : une protection pas toujours effective

Laure Wolmark,

psychologue clinicienne, coordinatrice nationale santé mentale, Comité pour la santé des exilés (Comede).

Un mineur non accompagné (MNA) est soit un mineur entré sur le territoire français sans être accompagné d'un adulte et privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, soit un mineur laissé seul sur le territoire français¹. Sur le plan du droit international, la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide) [1] stipule que « dans toutes les décisions qui concernent les enfants [...] l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale² », « Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial [...] a droit à une protection et à une aide spéciale de l'État³ ». En France, comme le rappelle Christine Lazergues, professeure de l'université Paris 1, « La spécificité des droits des enfants migrants non accompagnés résulte de leur qualité de mineurs [...] La protection de l'enfance inclut la protection des enfants migrants isolés. Dès l'arrivée de l'enfant sur le territoire de la République, souvent dans un état de santé déplorable, son droit à un établissement loyal de sa minorité doit être garanti, de même que le droit à un recueil provisoire d'urgence puis d'hébergement et à l'ensemble des droits sociaux. Or la garantie de ces droits est loin d'être acquise [...] De nombreux mineurs migrants échappent à quelque protection que ce soit, y compris au droit fondamental de demander l'asile [2] ».

En 2019, 16 760 mineurs non accompagnés ont été confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), contre 17 022 en 2018, 14 908 en 2017 et 8 054 en 2016 [3]. On estime qu'environ 40 000 MNA sont pris en charge par les départements. En effet, les articles L112-3 et L221-2-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précisent que s'agissant de jeunes « privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille », ils entrent dans le droit commun de la protection de l'enfance et relèvent donc à ce titre de la compétence des départements⁴. Il est très difficile en revanche d'évaluer le nombre de mineurs non accompagnés en recours contre la décision de l'administration de



© Thomas Bohl

ne pas reconnaître leur minorité. En 2018, parmi 431 recours effectués par des MNA suivis par Médecins sans frontières (MSF) au centre de Pantin, 58 % ont été reconnus mineurs par le juge.

Les mineurs non accompagnés reconnus par l'ASE et ceux qui sont en recours sont en grande majorité des garçons (plus de 95 %), originaires d'Afrique de l'Ouest (Guinée, Mali, Côte d'Ivoire), mais aussi du Maghreb, du Bangladesh, du Pakistan ou d'Afghanistan. Si les jeunes filles apparaissent peu nombreuses, une attention particulière doit leur être accordée du fait du risque d'exposition à des violences sexuelles ainsi qu'à des réseaux de traites des êtres humains.

Il existe peu d'études épidémiologiques sur la santé de ces jeunes [4 ; 5]. Une récente étude publiée en 2020 dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* concernant des MNA non reconnus mineurs adressés par Médecins sans frontières à la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) de l'Hôtel-Dieu de Paris, ainsi que le rapport d'observation annuel du Comité pour la santé des exilés (Comede) [6] sur l'état de santé des mineurs isolés exilés montrent la prévalence importante des psychotraumatismes et des infections chroniques par le virus de l'hépatite B, ainsi que de la bilharziose urinaire parmi les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest. Les données d'observation concernant les mineurs non accompagnés suivis par le Comede et MSF au centre de Pantin [6] font apparaître

des violences et des événements traumatiques très fréquents, la moitié de ces jeunes ayant connu l'enfermement – détenus (en prison) ou séquestrés (kidnappés) sur le parcours d'exil. Un jeune sur deux a perdu au moins l'un de ses parents, et la plupart ont vécu la mort d'un proche, dans le pays d'origine ou au cours du trajet. Un quart de ces jeunes ont survécu à un naufrage lors de la traversée de la Méditerranée. ■

1. Dépêche conjointe Direction des affaires criminelles et des grâces – Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DACG-DPJ) et Direction des affaires civiles et du sceau (DACS) du 11 juillet 2016.

2. Article 3.

3. Article 20.

4. Source : ministère de la Justice, FAQ mineurs non accompagnés http://www.justice.gouv.fr/art_pix/FAQ_mineurs_isoles.PDF

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] *Convention internationale des droits de l'enfant*. United Nations Children's Fund (Unicef), 1990 : 30 p. En ligne : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

[2] Lazergues C. Les Droits des enfants migrants non accompagnés. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, juin 2020, n° 111. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1113235.pdf>

[3] Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. *Rapport annuel d'activité 2019. Mission mineurs non accompagnés*. Paris : ministère de la Justice, mai 2020 : 43 p. En ligne : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/274374.pdf>

[4] Hourdet A., Rénier M., Van de Steeg F., Rieutord G., de Champs Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 2020, n° 27 : p. 531-537. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/pdf/2020_27_2.pdf

[5] Faye A. La santé des enfants étrangers, isolés ou non. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, juin 2020, n° 111. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1112526.pdf>

[6] Comité pour la santé des exilés. *Rapport d'activité et d'observation 2019*. Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 2019 : 114 p. En ligne : <https://www.comede.org/download/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/>

« Prendre en compte l'intérêt supérieur du mineur non accompagné »

Entretien avec Clémentine Bonifay-Besson, cheffe de service éducatif, **et Séléna Delpont,** directrice de service pôle mineurs non accompagnés, Association départementale pour le développement des actions de prévention des Bouches-du-Rhône (Groupe Addap 13).

*La Santé en action : **Quelle est votre mission auprès des mineurs non accompagnés ?***

Clémentine Bonifay-Besson et Séléna Delpont : Rappelons en préambule qu'en France, le suivi des mineurs non accompagnés (MNA) est en partie confié aux conseils départementaux. Dans les Bouches-du-Rhône, le département a confié à l'association Groupe Addap 13, à partir de 2009, la prise en charge des MNA sur le département. Nous avons une mission déléguée par le conseil départemental, conformément à la circulaire dite Taubira de 2013. L'association prend en charge 400 mineurs non accompagnés via un double dispositif adapté à leurs besoins : tout d'abord, un service de premier accueil et de mise à l'abri permet d'évaluer la prise en charge la mieux adaptée à chaque MNA ; ensuite, l'association dispose d'un service d'hébergement diversifié. Pour le service de premier accueil et de mise à l'abri, les mineurs sont pris en charge par une équipe constituée d'éducateurs, de juristes, d'infirmiers. Pour le service d'hébergement, ce sont des éducateurs, des infirmiers et des conseillers en

insertion professionnelle. Sur un plan éthique, l'objectif est pour les équipes d'avoir des pratiques professionnelles au quotidien qui prennent en compte avant tout la question centrale de l'intérêt supérieur de l'enfant. À cet égard, trois priorités sont mises en œuvre : accompagner le MNA en matière d'éducation et de formation professionnelle ; l'aider à acquérir de l'autonomie ; créer les conditions pour que le jeune pris en charge puisse être acteur central de sa santé, au travers d'un « parcours de santé ».

*S. A. : **Quelle est votre procédure d'accueil de ces mineurs ?***

C. B.-B. et S. D. : Les personnes se disant mineures et non accompagnées sont reçues de manière inconditionnelle. Un premier entretien nous permet alors d'informer le conseil départemental et en particulier de déceler les plus vulnérables ; parmi eux, les très jeunes et les jeunes filles qui font face à des problématiques sanitaires plus importantes. Dès leur mise à l'abri, conformément à la circulaire de 2013, dite « circulaire Taubira », la procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement débute.

*S. A. : **Comment créez-vous un cadre déontologiquement équitable pour cet entretien ?***

C. B.-B. et S. D. : Dans le cadre de cet entretien d'évaluation, nos professionnels ne sont pas seuls. Nous sommes tenus de nous conformer scrupuleusement au cadre légal qui définit clairement la trame de l'entretien, et inclut des recommandations de bonnes pratiques liées à cette

procédure d'évaluation, garantissant bienveillance et légalité. Pendant l'entretien, nous examinons trois critères : le cadre légal prévoit que le jeune doit être de nationalité étrangère, isolé – c'est-à-dire sans représentant légal –, et mineur. La conclusion de l'évaluation éducative et sociale repose sur deux éléments : la cohérence globale du récit de vie lié à l'entretien et les observations éducatives émanant de l'équipe présente sur le lieu d'hébergement. Il est question de rechercher les faisceaux d'indices concordants ou discordants. À l'issue de l'entretien et de l'écrit éducatif, nous discutons de façon pluridisciplinaire, puis nous rendons un avis collégial quant à la minorité et à l'isolement. L'évaluation est ensuite transmise au conseil départemental.

*S. A. : **Dans quelles conditions hébergez-vous ces mineurs non accompagnés ?***

C. B.-B. et S. D. : Notre service d'hébergements diversifiés a été mis en place en 2018 ; il est dédié aux mineurs non accompagnés qui ont été confiés par décision de justice à l'aide sociale à l'enfance (ASE). Nous avons 210 places d'hébergement réparties sur plusieurs communes du département. Une soixantaine de jeunes, les plus autonomes et proches de la majorité, sont en appartements ; pour les autres, nous louons des hôtels dans lesquels, le plus souvent, nous installons un bureau des éducateurs et une infirmerie. Nous prenons en charge ces jeunes exactement comme ils sont pris en charge dans les maisons d'enfance à caractère social dans le cadre de l'ASE.

L'ESSENTIEL

► **L'association Groupe Addap 13 est mandatée par le conseil départemental des Bouches-du-Rhône pour prendre en charge les mineurs non accompagnés sur le département. Ces mineurs sont accueillis, mis à l'abri, évalués, accompagnés dans un parcours de santé, un cursus scolaire et une formation professionnelle pour acquérir leur autonomie.**

S. A. : Quel est l'état de santé de ces mineurs non accompagnés ?

C. B.-B. et S. D. : Pour les professionnels, accompagner les MNA exige une vision globale et pluridisciplinaire. En effet, la population des mineurs non accompagnés a le plus souvent pour point commun deux situations fortement dégradées : d'une part, leur santé somatique spécifique, car éloignée des problématiques rencontrées par les autres adolescents. En effet, ils souffrent de pathologies liées aux conditions de vie, au parcours migratoire. Ils sont souvent issus de pays à forte endémie pour certaines maladies telles que les hépatites virales ou la tuberculose et ils disposent à l'entrée de leur prise en charge d'une couverture vaccinale faible ou inexistante. D'autre part, leur santé psychique est dégradée. Un nombre important de jeunes sont victimes de chocs post-traumatiques, résultant d'un parcours migratoire éprouvant, lequel peut se traduire ultérieurement par la consommation de produits psychoactifs.

S. A. : Pourquoi l'accès aux droits s'inscrit-il au cœur de votre accompagnement ?

C. B.-B. et S. D. : Au regard de cette situation, l'équipe de prise en charge travaille effectivement sur l'accès aux droits (sécurité sociale, aide médicale d'État – AME, couverture maladie universelle – CMU). Il s'agit d'accompagner ces mineurs dans leur parcours de soins. Pour ce faire, le conseil départemental des Bouches-du-Rhône a créé en 2017

une plateforme santé qui regroupe les principaux acteurs – structures publiques, collectivités territoriales et associations – afin qu'ils se concertent et agissent ensemble : cellule MNA du CD 13 ; personnels paramédicaux des structures d'accueil et d'hébergement des mineurs non accompagnés – dont l'Addap 13 – ; représentants du service public hospitalier marseillais – urgences, permanences d'accès aux soins de santé (Pass)... ; le centre de lutte antituberculeuse (Clat) ; les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) ; le centre de protection maternelle et infantile (PMI) ; des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et des structures offrant des soins en santé mentale. Trois groupes de concertation fonctionnent et présentent leurs échanges et leurs travaux tous les trimestres : un groupe pour les infirmiers travaillant sur les lieux d'accueil des MNA ; un groupe de concertation sur la vulnérabilité psychique des adolescents et un troisième travaillant sur la santé somatique et l'accès aux droits.

S. A. : Comment accompagnez-vous ces jeunes au quotidien ?

C. B.-B. et S. D. : Nous leur apprenons à se débrouiller au quotidien : comment on entretient son appartement, comment on gère son budget. Les mineurs non accompagnés reçoivent plusieurs allocations : habillement (120 euros tous les deux mois), produits d'hygiène, un crédit téléphone de 10 euros par mois, un peu d'argent de poche (50 euros par mois) et, pour les jeunes pris en charge en appartement, une allocation pour acheter des produits alimentaires (40 euros par semaine).

Chaque éducateur suit sept mineurs non accompagnés en moyenne, l'objectif étant d'accompagner le jeune le mieux et le plus vite possible vers l'autonomie. L'éducateur suit aussi chaque MNA dans ses démarches administratives consulaires pour lui faire établir une carte consulaire et un passeport, lorsque c'est possible. Une des tâches les plus importantes est le

travail éducatif d'équipe afin d'accompagner le MNA pour le dépôt de sa première demande de titre de séjour lorsqu'il atteint 18 ans. Si le mineur est confié par un juge des enfants avant 16 ans, il peut bénéficier de plein droit d'une carte de séjour vie privée et familiale. S'il est confié au juge après 16 ans, le MNA doit justifier d'au moins six mois de formation qualifiante avant son 18^e anniversaire pour espérer obtenir un titre de séjour d'étudiant ou de travailleur. Les jeunes sont accompagnés jusqu'à 18 ans, puis ils peuvent, s'ils le souhaitent ou s'ils en ont besoin, bénéficier d'un contrat jeune majeur. L'accompagnement des jeunes met prioritairement l'accent sur l'autonomie, la bienveillance et l'éducation.

S. A. : Comment les orientez-vous scolairement, puis professionnellement ?

C. B.-B. et S. D. : Cela passe par un très important accompagnement scolaire et de formation professionnelle, porte d'entrée immédiate dès qu'ils sont mis à l'abri : nous leur proposons dès les premiers jours des cours de français langue étrangère ; c'est la première étape dans la scolarisation que cette mise à niveau et/ou cet apprentissage de la langue française. Dans un second temps, une fois qu'ils sont reconnus mineurs non accompagnés, nous leur faisons passer un test de niveau de l'Éducation nationale afin de les affecter dans les filières les plus adaptées. Souvent, il s'agit de classes renforcées en français langue étrangère ; ils y passent quelques mois ou une année pour pouvoir ensuite intégrer un cursus davantage professionnalisant : souvent, il s'agit de filières professionnelles comme les BEP, CAP. Près de la moitié d'entre eux passent leur diplôme en alternance, ce qui leur permet de percevoir un salaire. Ces jeunes ont certes décroché de la scolarité pendant leur parcours migratoire, mais ils saisissent l'opportunité de travailler en classe renforcée de français au niveau du lycée. Ils travaillent aussi les matières générales et l'anglais. Quelques jeunes font le choix de continuer après le BEP, le

CAP et de passer un bac pro. Nous avons beaucoup de réussite chez ces jeunes, car nombre d'entre eux ont la rage d'apprendre. Un exemple de cette volonté d'apprendre : durant le premier confinement, nous avons vu des jeunes se lever à 4 heures du matin pour être à 5 heures dans leur boulangerie dans le cadre de leur alternance, mus par la détermination d'apprendre un métier pour pouvoir s'en sortir ; tandis que les éducateurs présents se sont transformés le temps de quelques semaines en « professeurs » pour aider les jeunes à faire leurs devoirs et à ne pas décrocher malgré un contexte difficile et anxiogène pour tous.

S. A. *Quelle posture adopter face à ces jeunes, souvent traumatisés lors de leur exil ?*

C. B.-B. et S. D. : Nous travaillons toujours dans la bienveillance, c'est le pilier de notre accompagnement. De plus, nous nous adaptons à leurs besoins, mobilisons leurs forces et travaillons avec eux au plus proche de leurs réalités. Cela veut dire s'adapter à chaque personne, comprendre ses freins et la faire évoluer. Certains jeunes ont besoin d'un suivi psychothérapeutique renforcé. Nous avons une psychologue qui intervient lors du premier accueil et pendant cette première phase, elle peut être amenée à proposer un suivi plus important si

nécessaire. Certains jeunes ont vécu des choses tellement dures qu'une hospitalisation en service psy est parfois nécessaire, mais fort heureusement, c'est rare. Et cela s'avère profitable : nous avons actuellement un jeune qui a eu besoin de soins et donc d'une hospitalisation, et depuis quelque temps, nous pouvons passer à la partie « projet d'insertion » avec lui. Nous avons constaté depuis le début qu'aucune démarche d'insertion n'est possible si au préalable nous ne répondons pas à un besoin impérieux de soins chez ces jeunes. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

ÉDUCATEURS ET CUISINIERS FORMÉS PAR UN MÉDECIN ANTHROPOLOGUE À L'ALIMENTATION DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Pour procurer une alimentation saine aux mineurs non accompagnés (MNA), le groupe ADDAP 13 fait appel depuis janvier 2020 à l'entreprise d'insertion Équilibre, qui gère la cuisine centrale dédiée à la préparation des repas. Il s'agit de proposer aux jeunes des repas équilibrés, répondant à leurs besoins nutritionnels, en associant aux saveurs occidentales des saveurs des différents pays d'origine. La cuisine produit 600 repas par jour et les distribue sur les lieux d'hébergements selon les modalités adaptées : repas servis sur site, en réfectoire, repas à emporter. Les équipes éducatives font le lien entre les souhaits des jeunes et la cuisine centrale.

Les cuisiniers ainsi que les professionnels qui prennent en charge les MNA ont été formés par Marie-Laure Cadart, médecin anthropologue sur le lien entre culture et alimentation, pour qu'ils appréhendent mieux les leviers favorables et les freins à une alimentation équilibrée de ces jeunes. Le Dr Cadart résume ainsi sa démarche de formation : « Il ne suffit pas qu'un aliment soit comestible pour qu'on puisse le manger ; interviennent alors la connaissance du produit, les goûts et les dégoûts, les autorisations et les interdits, le contexte affectif et psychologique, etc. Si se nourrir est une nécessité pour chacun, l'alimentation ne se résume pas à un choix rationnel et se trouve bien à l'intersection du biologique, du psychologique et du culturel, sans

oublier la dimension économique et il ne suffit pas d'offrir des repas de qualité qui respectent l'équilibre nutritionnel pour que des jeunes adhèrent à un projet. Ainsi, les éducateurs travaillant avec des mineurs non accompagnés peuvent se heurter à l'incompréhension des jeunes préférant une restauration rapide souvent de piètre qualité à des repas équilibrés qui leur sont proposés. Venant de pays différents, ayant subi des parcours migratoires difficiles, que représente le repas pour chacun et leur santé entre-t-elle en considération ? Comment remplir sa mission éducative en essayant de comprendre ce qui se joue pour ces jeunes au niveau de l'alimentation ? Comment les amener à un bon équilibre nutritionnel et à une alimentation saine tout en intégrant le plaisir de manger ? Il va s'agir de ne pas moraliser, d'arriver à prendre de la distance par rapport à sa propre alimentation pour tenter de mieux comprendre l'autre, lui permettre d'intégrer, d'approprier des saveurs et des textures nouvelles, de respecter les dégoûts et les interdits tout en essayant de comprendre d'où ils viennent. La formation sur le thème « Alimentation et culture » est proposée en deux temps : une miniconférence concernant tous les professionnels des services de l'ADDAP 13 et de l'entreprise d'insertion Équilibre et une formation plus approfondie de deux jours pour les personnes les plus impliquées, permettant un approfondissement théorique

sur l'alimentation des adolescents, culture et migration et une mise en lien avec des situations d'incompréhension, voire de chocs, vécues dans la vie quotidienne, apportées par les participants. La notion de culture sera abordée dans un sens large, en l'associant à celles de microcultures, d'appartenance, de groupe, de famille, d'adolescence, de migration ».

Pour en savoir plus

- Cohen-Emerique M., Rothberg A. La méthode des chocs culturels. Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, 2015 : 22 p. En ligne : <https://www.presses.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/03/9782810903467.pdf>
- Fischler C. L'Homnivore. Paris : Éditions Odile Jacob, coll. Poches, 2001 : 448 p.
- Dossier : Manger, une pratique culturelle. Sciences humaines, février 2003, n° 135. En ligne : https://www.scienceshumaines.com/manger-une-pratique-culturelle_fr_42.htm
- Moro M.-R. (coord.) Nourritures d'enfances. L'Autre, revue transculturelle, 2000, vol. 1, n° 1. En ligne : <https://revuelautre.com/dossiers/nourritures-denfance/>
- Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 : 143 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/le-guide-nutrition-des-enfants-et-ados-pour-tous-les-parents>

Accompagner les exilés pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé

Khalda Vescovacci,
coordinatrice pôle prévention
et promotion de la santé,
médecin référente en éducation
thérapeutique,
Perrine Dommange,
infirmière,
Comité pour la santé des exilés (Comede).

Comment accompagner les exilés pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé ? Au Comité pour la santé des exilés (Comede), un tournant dans cette réflexion est opéré en 2003, lorsque la médecin de santé publique met en place les premières consultations individuelles d'éducation thérapeutique de patient (ETP), destinées en l'occurrence à des patients bangladais asthmatiques, avec l'aide d'un interprète professionnel. Progressivement, d'autres consultations d'ETP se structurent et sont étendues aux personnes atteintes de diabète et d'hypertension artérielle (HTA). Il s'agissait notamment de patients sri lankais, de langue tamoule. La réflexion autour d'un accompagnement plus performant pour ces patients a amené à compléter l'approche individuelle par une approche collective, fondée sur l'hypothèse de la valeur ajoutée des pairs, patients atteints de la même pathologie. Les termes « approche collective » recouvrent ici un groupe de six à dix patients, avec un professionnel de santé. Ils ont ainsi eu l'occasion de parler de leur pathologie, avec un interprète professionnel, dans leur langue maternelle. Cette expérience, animée par la médecin, s'est révélée très positive. Les patients se sont emparés de la parole,

échangeant sans gêne sur leurs difficultés et partageant leurs solutions, leur vécu de la maladie dans un climat de bienveillance réciproque, dans certains cas mettant provisoirement de côté leurs divergences politiques.

Dans le même temps, les informations relatives à la nutrition, pilier de la gestion de la plupart des maladies chroniques non transmissibles (notamment diabète, HTA), continuaient d'être dispensées lors des consultations individuelles. En complément dans un second temps, la rencontre avec un diététicien a conduit à une animation commune médecin et diététicien de groupes de patients sur le sujet de la nutrition. Les groupes se sont construits en prenant en compte les pathologies, les langues parlées et parfois les pays d'origine qui ont des traditions culinaires très diverses. Ce travail sur la nutrition a conduit à créer des outils diversifiés pour les consultations individuelles et également pour les séances collectives. Ainsi, un livret imagé sur l'équilibre alimentaire a été réalisé avec la participation des patients ; il est remis aux participants à la fin du cycle sur la nutrition (consultations individuelles et ateliers de groupe). Autres outils créés : un set de photolangage¹ et un jeu de cartes représentant des légumes, fruits, céréales, etc., notamment pour les séances collectives.

Patients mal informés : une perte de chance

Toute personne porteuse d'une maladie chronique, qui n'est pas correctement informée et accompagnée face à un problème de santé a une perte de chance face aux perspectives de guérison et de qualité de vie.

C'est d'autant plus vrai pour les exilés qui cumulent les difficultés liées à la langue, à la précarité, à l'isolement et à l'absence de repères pour s'orienter dans le système de santé. Illustration de cette réalité forte, en 2012, le centre de santé du Comede l'a une fois encore constaté : certains porteurs du virus de l'hépatite B (VHB) n'avaient pas compris ce qu'était la maladie et l'importance de son suivi. Cette problématique a été mise à jour dans le cadre du suivi médical, c'est-à-dire de la coordination de soins mise en place pour les personnes atteintes de maladie chronique au terme du bilan de santé proposé à tous les nouveaux patients. C'est pour remédier à ces situations que le Comede a créé des consultations individuelles d'éducation thérapeutique du patient pour les personnes atteintes de l'hépatite B et/ou C. Et là aussi, rapidement, les consultations individuelles ont été complétées par des réunions collectives. En effet, souvent ignorants de ces pathologies, ces patients étaient très stressés, n'osant en parler à personne. De là est venue l'idée d'un groupe de parole animé par un « patient expert » de l'association SOS Hépatites. Les patients, réticents au début, ont rapidement tiré profit de ce partage d'expériences qui leur permettait de sortir de leur isolement et contribuait à dédramatiser leur situation, constatant qu'elle était commune à d'autres.

Des ateliers ciblés

En 2009, la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST)² est venue consacrer l'éducation thérapeutique du patient, contribuant à reconnaître sa pertinence et l'inscrivant

dans le parcours de soins du patient. S'en sont suivis des financements de programmes soumis à agréments, pilotés par les agences régionales de santé (ARS). Le Comede s'est inscrit dans cette nouvelle dynamique. À partir de 2010, l'association a soumis à l'ARS un programme d'ETP destiné aux personnes exilées et elle a obtenu un agrément pour des patients atteints de diabète, hypertension artérielle, asthme, hépatites B/C, virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et obésité. Ce programme prévoit au minimum trois consultations individuelles et la participation aux ateliers collectifs animés par un médecin, en présence d'interprètes professionnels si besoin. Le Comede a donc organisé les ateliers principaux suivants :

- ateliers théoriques sur la nutrition pour les patients atteints de diabète, d'HTA ou d'obésité, suivis par un atelier cuisine co-animé par un diététicien ;
- ateliers co-animés par un patient expert diabétique ;
- atelier portant sur les soins des pieds des diabétiques, animé par un podologue ;
- atelier d'activité physique pour les mêmes patients (HTA, diabète, obésité) ;
- atelier sur le système de santé et l'accès aux soins pour favoriser l'autonomie des patients ;
- groupe de parole pour les patients atteints d'hépatite B.

De l'éducation thérapeutique des patients à la santé globale des personnes

Au fil des années, cette dynamique collective initiée dans le cadre de l'ETP a démontré son bénéfice. Le Comede l'a repositionnée plus largement – au-delà de l'éducation thérapeutique du patient – comme un outil de prévention et de promotion de la santé pouvant s'adresser à des publics de situations et d'âges différents. Ainsi ont vu le jour diverses initiatives :

- deux ateliers de danse, à Paris et à Saint-Étienne, animés par des psychologues-danseuses qui s'adressent aux femmes ayant subi des violences, vulnérables sur le plan socio-administratif et isolées. Ces ateliers ont une visée psychothérapeutique qui peut leur permettre de s'inscrire dans une nouvelle forme de socialisation, où chacune peut trouver et affirmer sa place ;

L'ESSENTIEL

■ **Le Comité pour la santé des exilés (Comede) agit en faveur de la santé des exilés et de la défense de leurs droits. Au-delà des consultations spécialisées d'éducation thérapeutique du patient (ETP), des ateliers collectifs et des groupes de paroles ont été mis en place pour rendre les patients acteurs de leur santé, mobiliser leurs ressources et les placer en situation de co-construire leurs objectifs. Une démarche de promotion de la santé qui va bien au-delà de l'ETP et qui concerne la santé mentale, le bien-être, la santé globale de ces personnes très souvent en situation de vulnérabilité.**

- les ateliers sur la nutrition pour les mineurs étrangers isolés, nés du constat que ces jeunes n'ont que peu de repères sur ce que peut être une alimentation équilibrée, ne retrouvent pas leurs habitudes culinaires et adoptent rapidement les mauvais comportements alimentaires souvent propres aux jeunes de leur âge ;
- des ateliers pour les mineurs étrangers isolés, animés par une psychologue et un photographe dans le cadre du partenariat du Comede avec Médecins sans frontières au centre d'accueil de jour des mineurs non accompagnés (MNA) de Pantin. Il est proposé aux jeunes suivis au centre de poser pour une photo de la manière qui leur paraît le mieux les représenter, le dialogue engagé autour de ce choix leur permettant de parler de leur situation et de leurs difficultés ;
- des ateliers de sensibilisation à la santé mentale et somatique à Marseille pour les MNA, animés par une psychologue, avec des échanges ouverts à toutes leurs questions ;
- un atelier voix, animé par une médiatrice artistique en relation d'aide, proposé à tous, sans visée thérapeutique. Il procure l'opportunité aux participants de donner une « voix » à leur ressenti et de partager cette expérience avec d'autres ;
- un atelier activité physique, proposé à tous, car recommandé pour les personnes porteuses de maladie chronique, il s'avère également central dans la prévention et la promotion de la santé.

Le Comede était organisé en trois pôles : médical, santé mentale, social et juridique. Cette conception plus large de la santé nous a amenés à créer en avril 2019 un quatrième pôle transversal, intitulé prévention et promotion de la santé. Ceci traduit l'évolution de la posture professionnelle de l'équipe au regard du soutien apporté aux usagers.

De la relation d'aide à l'accompagnement, de l'ETP à la prévention et à la promotion de la santé globale

Bien que partagée en théorie par l'ensemble des professionnels de santé, la préoccupation des questions de prévention et de promotion de la santé se heurte souvent aux autres priorités de soins et d'accompagnement intervenant dans les consultations individuelles. Le professionnel soignant, animé des meilleures intentions, sait « ce qu'il faut dire à l'aidé » et ce qui est « souhaitable » pour ce dernier. Ce type de fonctionnement se retrouve de façon plus ou moins accentuée selon les différents contextes. S'il est celui qui détient les informations qui vont permettre d'améliorer la situation du patient, il convient cependant d'autant plus de s'en garder dans une structure comme le Comede où les patients sont exilés, ne parlent souvent pas le français et ne connaissent ni les codes, ni l'organisation du système de soins.

Rendre le patient acteur de sa santé

La formation obligatoire que suivent les professionnels du Comede engagés dans l'éducation thérapeutique du patient privilégie une autre approche que celle du « soignant sachant ». Il s'agit de rendre le patient acteur de sa santé, de mobiliser ses ressources et de co-construire ses objectifs. Il faut bien entendu lui apporter certaines connaissances et, à partir de ce socle, l'aider à trouver sa propre manière de gérer sa pathologie, à son rythme. Le travail collectif en ETP permet au professionnel de ne plus être le seul à apporter connaissances et propositions de pistes pour vivre avec la maladie. Les autres participants croisent leurs expériences, leurs questions, leurs réponses propres et le

processus modifie de fait la position du professionnel qui lui aussi écoute, se remet en question et s'enrichit des autres interventions. Il est présent sous la forme d'un accompagnement attentif à ce que chacun puisse avancer dans son propre cheminement et gagne en autonomie.

Dans les groupes relevant de la promotion et de la prévention de la santé décrits ci-dessus, la place des professionnels et la nature de leur accompagnement sont encore différentes. Parfois, dans certains de ces ateliers, le professionnel du Comede n'est pas celui qui anime. Il se situe parmi les participants, invité au même titre que les autres

à donner et à recevoir, même s'il lui incombe toujours de veiller au bénéfice potentiel que chacun peut retirer des propositions qui résultent de cet atelier collectif. En outre depuis 2018, le Comede a eu la possibilité de développer ces ateliers collectifs dans un local parisien distinct du centre de santé. Il a ainsi été constaté que cet élément contribuait également à modifier la relation avec les patients, la rendant plus civile et moins hospitalière, moins institutionnelle.

Dans cette démarche de réflexion sur ce que peut être l'accompagnement qui englobe l'éducation thérapeutique du patient, le Comede a bénéficié des apports du projet

Accompagnement coopératif évolutif et solidaire (Aceso) vers l'autonomie en santé (voir encadré ci-dessous).

La complémentarité des accompagnements individuel et collectif des professionnels du centre de santé du Comede donne l'opportunité aux usagers, souvent dans des situations socio-administratives difficiles, d'exprimer leurs ressources et leurs capacités. Cette démarche est également un apprentissage pour les professionnels. ■

1. Set de photos qui permettent de motiver un échange oral afin d'animer un groupe.

2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000019674897/>

FORMER LES PROFESSIONNELS POUR ACCOMPAGNER LES PATIENTS VERS L'AUTONOMIE

L'Accompagnement coopératif évolutif et solidaire (Aceso) est un projet conduit sur cinq ans (2017-2021) dans le cadre de l'expérimentation nationale sur l'accompagnement à l'autonomie en santé¹. Porté par le pôle de ressources en éducation thérapeutique du patient Île-de-France (ETP – IdF), il rassemble 21 partenaires (associations de patients, structures du secteur médico-social et de soutien) d'Île-de-France, concernés par l'accompagnement des personnes malades chroniques et/ou en situation de précarité. Son objectif est d'améliorer les pratiques d'accompagnement pour que les intervenants soient en capacité de co-construire avec les personnes malades des réponses adaptées à leurs besoins et de développer avec elles leur pouvoir d'agir et leur autonomie en santé.

Les actions réalisées dans le cadre d'Aceso comprennent :

- l'identification, le partage et l'analyse des pratiques d'accompagnement des partenaires ;
- la réflexion collective sur les « bonnes pratiques » ;
- l'élaboration et la mise en place de nouvelles modalités d'accompagnement, ainsi que de nouveaux outils contributifs aux pratiques d'accompagnement ;
- l'évaluation du processus d'apprentissage et de transformation des pratiques.

L'accompagnement à l'autonomie en santé est ainsi conçu comme une action multidimensionnelle qui vise le développement de

l'*empowerment* dans ses dimensions individuelle et collective. Une action centrée sur l'*empowerment* implique à la fois :

- la prise en compte des dimensions individuelles et structurelles du vécu des individus (le dépassement des obstacles personnels et l'aménagement des ressources du milieu, nécessaires à l'action) ;
- l'engagement des personnes concernées dans la définition des problèmes, du changement visé et des modalités de solution ;
- et la stimulation de leur conscience critique et de leur capacité d'action [1].

Le travail réalisé par le collectif Aceso a favorisé l'émergence d'apprentissages et de pratiques nouvelles au sein du centre de santé du Comede. Ainsi, l'équipe a pris du recul pour penser différemment les situations d'accompagnement et créé des solutions pour faire face aux problématiques complexes des personnes accompagnées. Elle a développé une posture d'écoute et d'interaction et comprend ainsi mieux les perspectives des personnes accompagnées, leurs choix, modes de vie et capacités à déployer leurs propres ressources. Le Comede a adapté ses offres d'accompagnement aux besoins des personnes et mis en œuvre de nouvelles actions (« aller vers », espaces d'entraide entre pairs, groupes de parole).

Mariana Dorsa,

doctorat en santé publique,
coordinatrice du projet Aceso,
chargée de mission développement territorial,
pôle de ressources en ETP Île-de-France

Pour en savoir plus

www.poletp.fr

Aceso, une aventure collective. Paris : Agence régionale de santé Île-de-France, Direction générale de la Santé. 34 p. En ligne : https://poletp.fr/wiki/resources/files/AcesoUneAventureCollective_fichier-PDF_def-ebook-aceso-uneaventurecollective.pdf

1. Projet pilote retenu dans le cadre de l'appel à projets « Accompagnement à l'autonomie en santé », arrêté du 28 novembre 2016, en application de l'article 92. Titre du projet : Projet ACESO, Accompagnement coopératif évolutif et solidaire. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ile_de_france3.pdf

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Le Bossé Y., Gaudreau L., Arteau M., Deschamps K., Vandette L. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : aperçu de ses fondements et de son application. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling*, 2002, vol. 36, n° 3 : p. 180-193. En ligne : <https://cjc-ccc.ucalgary.ca/article/view/58696/44185>

Réflexions sur la prise en charge des femmes originaires de l'Afrique de l'Ouest en cancérologie

Laurent Zelek,
chef de service
d'oncologie médicale,
centre hospitalier
universitaire (CHU)
Avicenne, Assistance publique –
Hôpitaux de Paris (AP-HP),
professeur de cancérologie,
université Paris 13 Nord,
coordinateur régional,
diplôme d'études supérieures
en thérapie du cancer, Bobigny,
Seine-Saint-Denis,
Carolyn Sargent,
professeur d'anthropologie
médicale, Washington
University, St. Louis, États-Unis,
chercheuse associée Institut
de recherche interdisciplinaire
sur les enjeux sociaux (Iris),
école des hautes études
en sciences sociales (EHESS),
université Sorbonne Paris Nord,
Institut national de la santé
et de la recherche médicale
(Inserm), Centre national de la
recherche scientifique (CNRS).

culture et la même éducation, *a fortiori* lorsque s'ajoute la barrière de la langue ? La prise en charge des patientes originaires d'Afrique de l'Ouest dans deux services de cancérologie en proche banlieue parisienne illustre de façon emblématique les difficultés rencontrées.

Timidité, manque de vocabulaire, manque de disponibilité du personnel soignant : premiers écueils

Dans le cadre de l'étude qualitative que nous avons menée, dans l'échantillon des 34 patientes avec lesquelles nous sommes entretenus

Les professionnels de santé qui travaillent en contact avec des malades d'origine étrangère sont souvent en butte à des questions multiples. C'est en particulier le cas lorsqu'il s'agit de pathologies devenues chroniques comme le cancer, la chronicité supposant une capacité à s'approprier la thérapeutique et à maîtriser certaines notions. Ces objectifs sont-ils atteignables par des patients n'ayant pas la même

à Avicenne et à Delafontaine, il convient d'abord de souligner que la plupart des patientes n'ont pas posé de questions aux médecins. Plusieurs d'entre elles sont timides et n'ont pas envie d'initier la conversation avec un médecin, le niveau d'éducation influant sur ce facteur. Et plusieurs ont déclaré que les infirmières en hôpital de jour effectuent un travail technique, ce qui leur laisse peu d'occasions de dialoguer. Il est donc rare de pouvoir leur poser une question sur l'évolution de la maladie. Les infirmières d'annonce (du diagnostic posé de cancer) sont plus disponibles et considérées comme « gentilles », mais après le premier rendez-vous pour discuter de l'annonce, ces infirmières sont souvent trop occupées pour qu'on leur pose des questions. En dehors de la timidité, il y a aussi le problème du manque de vocabulaire : des femmes qui parlent couramment le français quotidien n'ont pas forcément la capacité de comprendre les notions d'hormones, de métastases, ou de biomarqueur. Ceci étant, cette situation semble récemment évoluer : certaines de ces patientes qui ont plusieurs consultations avec un cancérologue commencent à nous interroger sur certaines analyses, ou sur l'intérêt des biomarqueurs.

Cancer : une maladie « anormale »

Il faut noter une différence bien établie en Afrique de l'Ouest entre les maladies connues ou « normales » et les autres. Lorsqu'on parle avec elles, nombre de femmes sont capables d'énumérer des maladies

qui font partie de leur quotidien, comme le paludisme ou la diarrhée, alors que le cancer demeure une énigme. Cela n'est pas très surprenant si l'on considère que les concepts biologiques qui sous-tendent la cancérologie moderne n'ont pris forme que relativement récemment, à partir des années 1950. Le cancer fait indiscutablement partie des maladies « anormales » au regard des représentations de ces populations. Maladie anormale parce qu'elle se distingue par sa gravité, par son caractère atypique ou enfin par la répétition chez un même individu ou dans son entourage.

Le vécu du cancer du sein dépend de la société d'origine, de la durée de résidence en France et du niveau d'éducation. Les femmes qui ont grandi en zone rurale n'ont pas une notion claire du cancer bien que certaines connaissent le terme en français. Par exemple, en posant la question « *qu'est-ce que c'est que le cancer ?* » à 90 membres des associations migrantes à Paris, on nous a parlé d'abord du cancer du sein, plus rarement du cancer du col de l'utérus, et très peu du cancer de la prostate.

Dans de nombreuses cultures la notion même de cancer est inexistante, et il en est de même pour certains organes internes. Comment est-il donc possible de permettre à la patiente de comprendre le diagnostic de cancer dont on l'informe ? De même les liens entre grossesse, antécédents gynécologiques et cancer sont impossibles à comprendre si l'on n'a pas la notion d'hormones.

Comment alors expliquer à une jeune femme qui est atteinte d'un cancer du sein métastatique



© Thomas Bohl

– et qui est placée sous hormonothérapie – qu’il lui est impossible de tomber enceinte ? Il faut, difficulté supplémentaire, surtout éviter d’expliquer que le traitement empêche la grossesse. En effet, comment peut-on imaginer qu’un traitement qui est censé être là pour soigner détruise la féminité et réduise à néant toute possibilité de procréation ?

Les mots pour le dire

Il n’est finalement pas étonnant que nombre d’interprètes nous confient ne pas traduire de façon littérale les paroles du médecin. Une raison essentielle et évidente est que cela s’avère techniquement difficile. Cependant, lorsque l’on poursuit la discussion, revient aussi la notion

que « les mots sont puissants ». Ainsi, nommer une chose la rend possible voire la matérialise.

Là encore la périphrase est de mise : on parlera de maladie de Dieu. D’ailleurs qui sont les médecins pour décider du nombre de nos jours ? Seul Dieu le connaît... On peut citer le cas d’une femme d’origine malienne qui n’a littéralement pas pu entendre la parole des médecins qui lui annonçaient le décès à venir d’un proche (comment peuvent-ils connaître l’avenir, eux qui ne sont que des hommes ?) et qui fut particulièrement surprise et choquée lorsque l’inéluctable survint, alors que cela lui avait pourtant été dûment annoncé.

La désignation du cancer du sein existe cependant d’une certaine façon dans les langues importantes de

la région (wolof, soninké, bambara, malinké, pulaar) : toutes les femmes auxquelles on a posé la question nous ont confirmé l’existence d’un champ lexical pour cette maladie, principalement lié au concept de la sorcellerie où la maladie est envoyée par autrui. Une expression, par exemple, « *ka bon* », veut dire « jeter un sort ». Ainsi la question de l’origine revient à savoir QUI a envoyé cette maladie, esprit ou personne. La motivation habituelle est la jalousie, à cette dernière correspond aussi souvent un sentiment de culpabilité de la personne malade qui se perçoit comme une victime (la culpabilité est aussi rapportée par certains patients qui, ne pouvant plus travailler du fait de leurs traitements, se trouvent dans l’incapacité d’adresser des subsides dans leur pays d’origine).

L'ESSENTIEL

■ **► Une anthropologue et un médecin ont mené une enquête dans deux hôpitaux publics français, Avicenne et Delafontaine, – sous forme d'entretiens – auprès de 34 femmes originaires d'Afrique de l'Ouest souffrant d'un cancer et prises en charge dans ces structures. Ils analysent les difficultés à surmonter pour assurer la prise en charge la plus adaptée possible, et réduire ainsi la « perte de chance » de ces patientes face à la maladie. C'est aux professionnels de rendre les connaissances plus accessibles pour ces femmes.**

Difficultés du dépistage

Le recours au dépistage reste source d'inquiétude : il y a encore quelques années beaucoup de femmes refusaient de participer au dépistage organisé de peur que la mammographie « fasse venir le cancer du sein ». Cette attitude semble désormais en recul du fait du travail de nombreuses associations. Dans notre expérience, le niveau de participation au dépistage organisé du cancer du sein est comparable à celui des autres territoires alors que le dépistage individuel est moins fréquent. Nous ne disposons pas de statistiques ethniques sur ce point. Les tumeurs des femmes jeunes échappent au faisceau du dépistage, mais là aussi, nous constatons une évolution au cours des dernières années : les tumeurs avancées en raison d'un retard de diagnostic important ne s'observent plus – et de façon anecdotique – que chez des patientes en situation de grande précarité (elles s'observent par contre encore régulièrement chez des femmes âgées souvent isolées socialement).

Une maladie qui échappe à l'entendement

Le cancer fait partie des maladies qui semblent dans ces cultures échapper à l'entendement humain.

Il ne s'agit même pas d'en expliquer l'origine mais d'en comprendre la nature. Le problème a plusieurs facettes. Les symptômes varient selon l'organe : comment imaginer que le cancer, qui est en quelque sorte une entité, puisse donner lieu à une toux ou à des douleurs abdominales suivant l'organe atteint ? Comment expliquer le phénomène des métastases : la même maladie peut toucher différents organes sans que sa nature profonde change ? L'idée que le cancer peut « voyager » dans le corps n'est pas répandue dans la population migrante de l'Afrique de l'Ouest. Cela rend très compliquée l'explication d'une chimiothérapie post-opératoire destinée à éviter les rechutes ultérieures alors que la tumeur a été intégralement retirée. Comment enfin, parler de maladie pour désigner des phénomènes qui peuvent n'avoir aucune traduction clinique et qui ne sont rendus visibles que par le truchement de l'imagerie médicale ? Dans les régions rurales de l'Afrique de l'Ouest les mammographes sont rares. On représente donc le cancer du sein comme une maladie invisible, qui évolue à l'intérieur du corps et sort sur la peau à une étape plus avancée de la maladie. En revanche en France, la mammographie est bien présentée comme un acte de prévention ouvrant la possibilité de trouver un cancer invisible. Ainsi certaines femmes sont gênées par l'idée que cette maladie, cancer du sein, puisse être soit invisible soit visible, selon l'expérience locale. Par ailleurs, les médecins et les infirmières d'annonce s'efforcent d'expliquer les origines des cancers, la possibilité d'une histoire familiale, mais peu de femmes sont prêtes à dire au cancérologue qu'en vérité c'est une « maladie envoyée ».

La perception du cancer varie selon les cultures

La perception du cancer en tant que maladie n'appartenant pas à l'univers des hommes pose la question de la relation avec l'invisible et le spirituel, et donc du recours à des thérapeutiques dites alternatives.

L'histoire de Ramata illustre le caractère incompréhensible et surnaturel du cancer du sein. Cette

jeune patiente âgée d'une trentaine d'années et mère de jeunes enfants fut diagnostiquée avec un cancer du sein localement avancé et confiée à notre service d'oncologie. Elle reçut sans grand résultat plus de deux ans de traitements, qu'elle endura patiemment et avec une observance rigoureuse lorsqu'il s'agissait de traitements oraux. À l'issue d'un nouvel échec thérapeutique, elle décida avec son mari de retourner au Mali pour recourir aux médecines traditionnelles, se confiant à nous en ces termes : « *le professeur a tout essayé, il l'a bien soignée mais la maladie a résisté, c'est donc qu'il faut traiter avec des moyens différents* ». On soulignera qu'il n'y a ici pas de remise en cause de la cancérologie occidentale, simplement, l'échec thérapeutique fait basculer cette tumeur parmi les pathologies surnaturelles.

Il existe en Afrique de l'Ouest quelques pratiques complémentaires avec des rituels magiques faisant par exemple appel à des plantes qui représentent l'essentiel de la pharmacopée, souvent mélangées à l'alimentation. Le jeûne, contrairement à une tendance récente dans les pays occidentaux, reste peu pratiqué. On considère généralement de façon pragmatique qu'il faut manger pour rester fort. Les pratiques d'ordre purement spirituel sont très variables selon les pays et les communautés. Le recours aux marabouts est souvent perçu comme contraire aux prescriptions du Coran. Dans tous les cas, il faut souligner que la défiance par rapport à la médecine occidentale reste rare. Les médecines traditionnelles sont plutôt perçues en complément de cette dernière ou ne prennent sa place qu'en dernière éventualité lorsqu'elle s'avère impuissante.

C'est aux professionnels de rendre les connaissances plus accessibles

Notre expérience chez les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest est riche d'enseignements. Le cancer est une maladie complexe, et les concepts que nous utilisons pour le décrire ont été forgés pour l'essentiel au cours des dernières décennies. Comprendre

la cancérogénèse ou la thérapeutique suppose quelques connaissances qui ne sont acquises, même à un niveau élémentaire, que par une minorité de femmes. Il nous incombe de les rendre plus accessibles, ce qui est facilité depuis la généralisation du dispositif d'annonce. Quelle que soit l'origine ethnique ou le milieu culturel, la personne confrontée à la maladie s'efforce de répondre aux mêmes interrogations : comment est-ce arrivé ? Ce mal a-t-il une origine ? Pourquoi cette injustice m'affecte-t-elle ? Le type de réponse varie en fonction du contexte ethnique et culturel. Il semble d'autant plus crucial pour les patients de combler ce vide que la médecine telle que nous la pratiquons n'a pas pour objectif d'apporter une réponse à ces questions. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Publications de Carolyn Sargent :

- Sargent C., Zelek L., Festa A. Precarity, chronic illness, and borders of care confronting immigrants in Paris, France. In Larchanche S., El-Shaarawi N. *Migration and Health: Challenging the Borders of Belonging, Care, and Policy*. Oxford, New York : Eds. Berghahn Press, 2021.
- Sargent C., Kotobi L. Cancer among low-income populations in France: intractable inequalities. In Manderson L., Spagnoletti B., Bennett L. (éds.) *Cancer and the Politics of Care*. Londres : University College London Press, 2021.
- Sargent C., Browner C. Reproduction and the State. In Han S., Tomori C. (éds.) *Anthropology and Reproduction*. Routledge, 2021.
- Sargent C. Cancer and precarity: rights and vulnerabilities of West African immigrants in

France. In Armin J., Burke N., Eichenberger L. (éds.) *Structural Vulnerability and Cancer Treatment, Prevention, and Research in Global Health*. Santa Fe : School for Advanced Research, 2018.

- Sargent C., Zelek L. Une maladie pas normale. *Lettres en oncologie*, 2017, vol. 26, n° 9 : p. 429-432.
- Sargent C., Kotobi L. Austerity and its implications for immigrants in France. *Social Science and Medicine*, 2017, vol. 187 : p. 259-267. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28495250/>
- Sargent C., Larchanché S. Disease, risk and contagion: French colonial and postcolonial constructions of "African" bodies. *Journal of Bioethical Inquiry*, 2014, vol. 11, n° 4 : p. 455-466. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-014-9578-4?view=classic>

FEMMES ORIGINAIRES DU MALI, DE MAURITANIE ET DU SÉNÉGAL : LES SIGNIFICATIONS DU CANCER DU SEIN ET LES STRATÉGIES DE SOIN MISES EN PLACE

Cette recherche sur les significations du cancer du sein et sur les stratégies de soin mises en place chez les immigrés originaires de la vallée du fleuve Sénégal (Mali, Mauritanie, Sénégal) à Paris – présentée dans l'article ci-avant – a pour objectif de répondre à trois questions centrales : (1) comment les malades, leurs familles, les interprètes et les cliniciens définissent et prennent en charge le cancer de manière collective et progressive ? ; (2) dans quelle mesure les liens sociaux sont redéfinis à travers l'expérience collective de la maladie, et dans quelle mesure l'importance symbolique du sein en matière de normes de genre et de sexualité intervient-elle dans ces reconfigurations ? ; (3) comment le sens de la maladie et les stratégies de soin s'élaborent-ils à l'échelle transnationale par le biais d'échanges par téléphone portable entre ceux qui résident à Paris, et ceux restés au pays ?

Pour explorer ces questions, les chercheurs ont développé un projet sur deux ans, à partir d'un échantillon de 40 femmes atteintes du cancer du sein, de proches, de cliniciens, et d'interprètes. Des visites régulières au domicile des malades évalueront le poids des obligations familiales, des hiérarchies liées au genre, et des considérations morales,

sur la base d'entretiens semi-structurés et d'une variété de méthodes qualitatives. L'observation participante menée au sein d'associations de femmes migrantes permettra aux chercheurs d'identifier les représentations populaires du cancer du sein et des modalités de traitement.

L'objectif de cette recherche est d'améliorer notre compréhension des manières dont la maladie façonne les liens sociaux, mais aussi d'identifier les processus par lesquels le sens donné à cette maladie acquiert une légitimité pour le malade et son entourage, et influence ainsi les décisions de traitement. L'analyse des communications à l'échelle transnationale en ce qu'elles génèrent une prise en charge thérapeutique et des prises de décision par le groupe social élargi produira des méthodes innovantes pour ce type d'ethnographie multi-sites (*global ethnography*).

L'impact plus large de cette recherche repose sur ses implications au niveau des politiques de santé publique et de la pratique clinique. En effet, en explorant les problèmes de communication inévitables lorsque professionnels du soin, patients et familles ne partagent pas la même langue, ni les mêmes représentations de la maladie ou

des réponses thérapeutiques, cette recherche identifiera des domaines d'intervention afin d'éviter les ruptures de soins qui sont les conséquences graves de ces problèmes.

Le réseau des chercheurs avec des cliniciens et des représentants officiels de la santé publique facilitera la dissémination des résultats de cette recherche. Il permettra également d'organiser des ateliers de travail, et d'aboutir à des publications dans plusieurs domaines cliniques et universitaires.

Source : La co-production transnationale du sens donné au cancer du sein et des stratégies de soin chez les migrants originaires de la vallée du fleuve Sénégal en France. Fondation nationale des sciences 2014-2019. Investigateur principal: Carolyn Sargent, PhD (Washington University in St. Louis). Co-Investigateurs principaux : Peter Benson, PhD, Stéphanie Larchanché, PhD.

« Leur quotidien ne leur permet pas d'affronter la maladie à armes égales »

Entretien avec Martine Beauplet,
ancienne sage-femme dans un centre de planification
et d'éducation familiale à Paris (aujourd'hui
à la retraite). Elle a été accompagnatrice bénévole
de femmes originaires d'Afrique de l'Ouest atteintes
d'un cancer et prises en charge dans les hôpitaux
Delafontaine et Avicenne (Seine-Saint-Denis).

**La Santé en action : En quoi consistait
votre fonction d'accompagnatrice
et dans quel cadre êtes-vous intervenue ?**

Martine Beauplet : Lorsque Carolyn Sargent, professeure d'anthropologie médicale aux États-Unis, a mené son étude au sein du service de cancérologie à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis (93), elle m'a demandé de la rejoindre pour soutenir ces femmes. Les patientes étaient informées qu'une personne se tenait à leur disposition pour les accompagner en consultation, en chimiothérapie ou aller leur rendre visite pour voir comment elles allaient. Celles qui souhaitaient ma présence en faisaient part à l'infirmière qui m'appelait. Du côté de l'hôpital Avicenne, à Bobigny (93), c'est le secrétariat du service d'oncologie médicale dirigé par le Pr Laurent Zelek qui me prévenait, quand une patiente souhaitait me voir. Au début de ma vie professionnelle, j'ai travaillé deux ans au Mali comme sage-femme volontaire, puis j'ai travaillé pendant plus de vingt ans dans un centre de planification et d'éducation familiale pour la mairie de Paris. J'y ai notamment rencontré de nombreuses femmes migrantes de ces régions d'Afrique. J'ai, je crois, une certaine « proximité », une presque aisance à être avec les femmes d'Afrique surtout de l'Ouest, je leur porte un grand intérêt.

**S. A. : Qu'est ce qui caractérise la prise
en charge des femmes originaires
de l'Afrique de l'Ouest en cancérologie ?**

M. B. : J'ai accompagné beaucoup de migrantes, dont une bonne partie en situation irrégulière, ayant des conditions de vie parfois extrêmement difficiles. À l'annonce de leur cancer, elles sont effrayées, comme toute femme l'est. Sauf que leur quotidien ne



leur permet pas d'affronter la maladie « à armes égales ». Faire les courses, préparer les repas, aller à la pharmacie... tout devient compliqué, quand on est une femme seule ou avec des enfants. Que l'on vive en foyer ou qu'on habite au 8^e étage et qu'il n'y a pas d'ascenseur. Ou encore qu'on ne peut avoir un infirmier à domicile ou s'acheter par exemple des compresses, parce que cela n'est pas pris en charge par l'aide médicale d'État. Certaines ne recevaient pas toujours du soutien de la part de leur mari ou compagnon, ou même de la famille restée au pays qui ne comprend pas ce qui se passe et souhaite que l'argent continue de lui être envoyé. Elles se sentent coupables de ne pouvoir le faire et, au contraire, elles ont l'impression de devenir un coût financier pour leurs proches, ce qui rajoute au stress et à l'anxiété ressentis au jour le jour.

**S. A. : Faut-il une approche particulière
pour accompagner ces femmes qui n'ont
pas les mêmes fondements culturels,
croyances, représentations que vous ?
Avez-vous dû « bouger sur vos lignes »
afin d'entendre ce qu'elles ont à dire ?**

M. B. : Je leur ai surtout apporté du temps, de l'attention, de l'écoute et ce soutien leur a été d'un grand réconfort moral. Le fait que j'aie des liens avec l'Afrique, que je connaisse des choses sur leur pays d'origine, que je m'intéresse à ce qui s'y passe, tout cela a créé un climat de confiance qui a mis ces femmes

à l'aise pour parler. Cela nous permettait de revenir sur ce qui s'était dit en consultation. Elles osaient peut-être davantage me poser des questions. N'étant pas une spécialiste de cancérologie, je ne faisais que redire ce que le médecin avait dit. Mais ce moment de partage pouvait contribuer à les apaiser. Ce qui m'a le plus frappé, ce sont ces femmes ayant eu une ablation du sein qui très vite s'intéressent à la chirurgie réparatrice. Par ailleurs pour celles en âge de procréer, les traitements qui obèrent les chances de concevoir un enfant sont très difficiles à vivre. Pour elles c'est inentendable, et une douleur supplémentaire. Mais les femmes que j'ai rencontrées faisaient confiance à la médecine occidentale et ne remettaient pas en cause l'autorité médicale ; à leurs yeux, c'était une chance d'être en région parisienne et de pouvoir être soignées dans un bon hôpital. Cela dit, nombre d'entre elles avaient recours à la médecine traditionnelle parallèlement, sans trop oser le dire au praticien qui les suivait. C'est une pression culturelle forte – croire au gris-gris et se mettre sous la protection des esprits, cela ne peut nuire. Et puis il y a la famille qui envoie du pays des potions réalisées avec les plantes de là-bas qui apparaissent comme un autre moyen de se battre contre la maladie. Est-ce un problème ? Je ne le crois pas. ■

**Propos recueillis par Nathalie Quéruel,
journaliste.**

La radio, vecteur de prévention santé pour les migrants

Entretien avec
Dominique Guilhot,
directeur général d'Africa Radio.

La Santé en action : Quels auditeurs Africa Radio cible-t-elle ?

Dominique Guilhot : Cette radio a été créée en 1981, à Libreville au Gabon, et son antenne française émet depuis 1992, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Nous diffusons sur Paris et sa région en FM et dans les principales grandes villes de métropole comme Lille, Lyon, Strasbourg, Marseille, Toulouse, Bordeaux. Nous avons un positionnement généraliste, qui propose de nombreux rendez-vous d'information, des magazines, et bien sûr de la musique. C'est un média « 100 % Afrique », c'est-à-dire qui parle de l'Afrique, toute l'Afrique et rien que l'Afrique. Selon les chiffres d'audience collectés par un organisme extérieur¹, elle est écoutée par 110 000 auditeurs chaque jour en Île-de-France et elle possède un auditoire global de un million de personnes². Ce sont évidemment, très majoritairement, des francophones d'origine africaine, de la région subsaharienne, à l'image de la diaspora en France. Certains migrants arrivés en France, d'ailleurs, connaissent la radio auparavant. C'est une de nos forces : les nouveaux arrivants, parfois dans une situation précaire – et s'ils sont francophones –, ont le réflexe de nous écouter parce qu'ils nous connaissent déjà. Par ailleurs, le poste de radio est accessible à tous, même quand on vit dans des conditions difficiles, et il fonctionne sans électricité. Les auditeurs sont plutôt jeunes, 25-40 ans, et plutôt masculins (55 %).



© Thomas Bohl

S. A. : Pourquoi Africa Radio s'est-elle engagée de longue date dans un partenariat avec Santé publique France pour relayer des messages de prévention ?

D. G. : Ce compagnonnage avec les pouvoirs publics et Santé publique France remonte à de nombreuses années. Il date de la décennie 1990, lorsque nous avons réalisé l'importance de l'épidémie de sida dans la population d'origine africaine. Et il s'est avéré que la radio était l'un des médias les plus puissants pour atteindre cette cible. C'était un

engagement qui avait aussi un aspect militant, pour lutter contre cette maladie en métropole et sur le continent africain. À partir du sida, nous avons ensuite élargi à d'autres thèmes : tabac, alcool, maladies infectieuses, diabète, hépatite, vaccins, violences faites aux femmes, etc. Nous réalisons ainsi 40 émissions par an, consacrées à la prévention auprès du grand public et spécifiques à la population africaine : les vingt premières minutes de l'émission sont centrées sur l'actualité de la semaine, avec un journal de la santé ; la deuxième partie, d'une durée

L'ESSENTIEL

► **Africa Radio est écoutée en France par des migrants d'Afrique subsaharienne. Elle a développé avec Santé publique France un partenariat autour d'une émission de radio de prévention en santé. Ici, pas de message générique, mais une prise en compte des spécificités culturelles et sociales du public, avec non seulement des experts occidentaux, mais aussi des Africains pour transmettre des informations de prévention.**

de trente minutes, donne la parole à un expert de Santé publique France et à des témoins sur une thématique. Nous réalisons aussi des vidéos avec un invité qui traite d'un sujet de prévention, qui sont diffusées sur les réseaux sociaux. Elles rencontrent un franc succès, chacune comptabilisant entre 15 000 et 60 000 vues sur Facebook³. Notre compte Facebook est suivi par 530 000 personnes. Nos auditeurs sont en demande de plus d'informations que le grand public en général. Ils n'ont pas le sentiment de tout savoir et sont loin de se considérer comme des experts de leur propre santé ; parce qu'au pays, ils étaient moins informés, ils sont aussi plus ouverts à un discours pédagogique. Intégrer des connaissances *via* une émission de santé, c'est valorisant à leurs yeux.

S. A. : Comment un média communautaire contribue-t-il à la prévention auprès des populations subsahariennes ?

D. G. : Africa Radio peut plutôt être définie comme un média « affinitaire », le terme me paraît plus juste, car nous proposons plus un regard africain sur la marche du monde plutôt que de nous adresser simplement à une communauté. Et ceci permet de créer des ponts entre les cultures. Les années sida nous ont appris cette leçon : quand on évoque la santé, il ne peut y avoir de message générique. Il est important de tenir compte des spécificités culturelles et sociales du public ; sinon, la communication n'est pas efficace, parce qu'elle n'est pas

toujours comprise. Ainsi, parler de manière ludique de la nécessaire utilisation du préservatif pour se protéger des maladies sexuellement transmissibles, cela ne passe pas très bien dans la communauté des migrants, surtout de la première génération. Il ne s'agit pas de faire des concessions sur le fond, ni sur l'exigence du contenu, mais de tenir compte des contextes de vie afin d'adapter la stratégie de prévention. Les conditions de vie des personnes, la précarité, la promiscuité influencent la façon dont elles intègrent les messages de prévention. Elles font une hiérarchie dans leurs priorités : logement, travail, papiers... santé. Ainsi, sur la forme, il est nécessaire de contextualiser en permanence. Par exemple, concevoir des sketches avec des comédiens africains, qui utilisent l'humour africain pour dénoncer telle ou telle fausse croyance. Ou inviter des acteurs africains de la santé pour s'exprimer en duo avec des experts de Santé publique France. Ce n'est pas que les auditeurs manquent de confiance en ces derniers, mais sur des sujets comme la sexualité ou l'intimité, ils ont l'impression d'être mieux compris et se sentent plus concernés s'il y a des intervenants avec lesquels ils partagent une affinité culturelle.

S. A. : Quel bilan tirez-vous de ces trente ans d'émissions de prévention en santé ?

D. G. : Selon les chiffres de l'organisme extérieur de mesure d'audience, la tranche horaire dans laquelle est diffusée l'émission hebdomadaire consacrée à la santé est la plus écoutée de la radio. Son programme est ambitieux : accroître les connaissances des gens pour contribuer – modestement – à faire évoluer les comportements à partir d'une appropriation par ces personnes des questions touchant à leur santé. Cela veut dire qu'on ne s'est pas trompés. Donc, la force majeure de ce programme, c'est d'être écouté et entendu. Les acteurs de terrain en témoignent, affirmant qu'il est plus facile d'aller à la rencontre des personnes quand les choses ont déjà été expliquées à la radio et d'une façon qui leur parle. Nous avons, dans les années 2000, un sketch avec

pour personnage principal Moussa le taximan ; quinze ans plus tard, on nous en parle encore ! Une difficulté réside sans doute dans le fait que nous nous adressons à des auditeurs en France, mais aussi en Afrique. Et il y a souvent des décalages entre les situations, comme l'a illustré la crise de la Covid-19. Cependant, cela peut aussi avoir des avantages : un médecin, reçu dans notre studio d'Abidjan pour s'exprimer sur les antibiotiques ou sur les vaccins, cela apporte de la légitimité et compense le côté « parisien » de la prévention.

S. A. : Comment vous êtes-vous adaptés depuis le début de l'épidémie de Covid-19 ?

D. G. : Nous avons diffusé à l'antenne trois fois par jour des bulletins d'information renforcés sur l'évolution de la pandémie. Nous avons aussi (NDLR : lors de la première vague à partir de mars 2020) un duplex hebdomadaire avec Abidjan. Nous avons diffusé les messages de prévention, traduits dans les principales langues africaines. Nous avons largement utilisé les outils de Santé publique France, dans un habillage spécial, avec des personnalités africaines ou des visages connus des auditeurs. Des petits films ont été réalisés dans un studio de Bamako pour tourner sur les réseaux sociaux. Il aurait été impensable de ne pas s'investir, même si cela a été compliqué puisque, lors du premier confinement, 90 % de notre personnel était en télétravail ; mais c'était nécessaire, dans cette période inédite où les gens écoutaient encore plus la radio. Lors de ce deuxième confinement, nous avons été moins « monothématiques » qu'au premier, car l'Afrique est moins touchée que l'Europe et il y avait d'autres événements dans l'actualité du continent africain, notamment des élections importantes. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Médiamétrie.

2. Écoute toutes zones sur un mois-type.

3. 57 000 vues le 24 mars pour la deuxième vidéo sur la Covid-19.

« Des étudiants étrangers en grande précarité en ces temps de Covid-19 »

Entretien avec Alioune Sy,

directeur-fondateur de l'association Aquitaine Afrique initiatives (Aqafi), chargé d'enseignement à l'université de Bordeaux.

La Santé en action : Pourquoi vous êtes-vous engagé en faveur des étudiants étrangers ?

Alioune Sy : Je suis venu en France en 1994 pour suivre un troisième cycle en sciences politiques, histoire et communication. Déjà en Mauritanie, mon pays d'origine, j'étais un militant associatif. J'ai poursuivi cet engagement à Bordeaux, dans l'association des étudiants mauritaniens... J'ai été élu en 1998 au conseil d'administration du centre régional des œuvres universitaires et scolaires (Crous) de Nouvelle Aquitaine, où j'ai été le premier élu étudiant africain, pour le compte de la Fédération Afrique, Caraïbes, Pacifique, Océan Indien (Africapac), regroupant des étudiants d'Afrique et d'outre-mer. Issu d'une famille religieuse, les valeurs de solidarité et d'entraide sont importantes pour moi. Je pense que la mobilisation de tous est indispensable pour trouver des solutions et venir en aide aux personnes vulnérables. Quand j'ai fini mes études, j'ai créé avec des amis l'association Aquitaine Afrique initiatives (Aqafi) qui a plusieurs missions : accompagner les étudiants internationaux, car pour nous qui avons connu cette expérience, un dispositif d'aide nous semble essentiel pour les soutenir ; lutter contre les discriminations et faciliter le dialogue interculturel ; participer au développement de nos



© Thomas Bohl

pays d'origine par la mise en place de projets solidaires en Afrique de l'Ouest.

S. A. : Comment intervenez-vous face à la grande vulnérabilité des étudiants étrangers depuis un an ?

A. S. : L'arrivée en France nécessite déjà une longue période d'adaptation à la culture et au climat. Subvenir à ses besoins représente un second défi à relever, car les bourses sont insuffisantes (si elles existent) et les familles n'ont pas souvent les moyens financiers de les compléter et, hélas, trouver un job alimentaire s'avère plus compliqué pour les étudiants étrangers. Bien sûr, nous sommes aux côtés d'étudiants étrangers en grande précarité en ces temps de Covid-19. Beaucoup ont donc souffert lors du premier confinement, car ils se sont retrouvés sans les ressources d'un travail d'appoint leur permettant de se nourrir. L'aide s'est organisée, mais un peu dans le désordre, avec d'abord la mobilisation des associations, puis de l'université et du Crous. Aqafi,

L'ESSENTIEL

■ **Le secteur associatif est en première ligne pour aider les étudiants étrangers, dont certains ont été plongés dans la précarité depuis la survenue de la pandémie de Covid-19. À Bordeaux, l'association Aquitaine Afrique initiatives (Aqafi) leur apporte un soutien matériel (colis alimentaires) et psychologique, et se fédère avec les autres acteurs pour leur porter assistance. L'association plaide pour une prise en charge adaptée de ces étudiants à leur arrivée, avec un accompagnement pédagogique, social et sanitaire pendant les études, puis durant les débuts de leur vie professionnelle.**

avec les associations d'étudiants africains, a distribué près de 700 colis alimentaires, chacun d'une valeur de 40 euros, ce qui apportait aux bénéficiaires une autonomie d'une semaine lors du premier confinement. Le soutien des universités et de quelques commerces de proximité a



© Thomas Bohl

été appréciable durant cette première phase de confinement. L'autre point de vulnérabilité était l'isolement. Le campus de Bordeaux compte de 3 500 à 4 000 étudiants durant le confinement, dont près de 70 % d'étrangers. Ils sont restés confinés sur place, seuls, dans des chambres de 12 m². Cela a eu un impact psychologique fort sur ces derniers. Un suivi a été mis en place par les services de santé de l'université, avec des permanences assurées par des psychologues bénévoles. Par ailleurs, des étudiants ont aussi organisé des groupes de discussion pour rompre la solitude, *via* les réseaux sociaux.

S. A. : Quelles leçons ont été tirées de la première vague de la Covid-19 ?

A. S. : Le second confinement, à l'automne 2020, a généré les mêmes difficultés, mais les institutions universitaires ont été opérationnelles plus rapidement pour soutenir les étudiants vulnérables, tant sur le plan matériel que sur le plan psychologique. Les collectivités locales ont en outre apporté des aides financières conséquentes – deux millions d'euros par le conseil régional de Nouvelle-Aquitaine – qui ont été gérées par le Crous et par la Banque alimentaire. Ce qui fait qu'Aqafi n'a pas eu besoin de faire de la distribution de nourriture. Cependant, nous

avons été présents, *via* nos correspondants associatifs sur le terrain, pour être en veille et faire remonter des problèmes particuliers. La crise sanitaire a aggravé la précarité étudiante : la Banque alimentaire est passée de 100 colis alimentaires distribués par mois aux étudiants en temps normal à 700 par mois ; cela montre l'ampleur de la détresse matérielle. À celle-ci s'ajoute une détresse psychologique qui touche particulièrement les étudiants étrangers et d'outre-mer, plus isolés que les autres, même si les nouvelles technologies permettent de garder un certain lien avec la famille. Les parents des étudiants africains étaient également inquiets pour la santé de leur enfant, puisque la France est un des pays très touchés par l'épidémie, ce qui apportait un effet anxiogène supplémentaire.

S. A. : L'enjeu de réussite scolaire n'est-il pas encore plus déstabilisant psychologiquement pour les étudiants migrants ?

A. S. : Ces étudiants ont en général plus de mal à suivre les cours à distance pour des raisons matérielles. Le risque de ne pas valider une année de cursus, à cause des conditions d'enseignement pendant la crise sanitaire, pèse beaucoup psychologiquement. Cette année, les demandes de titres

de séjour ont été dématérialisées, ce qui a entraîné de grosses difficultés pour ces étudiants. En plus, un *bug* informatique a retardé l'envoi du récépissé leur permettant de travailler et de percevoir les aides de la caisse d'allocations familiales (CAF). La situation était si dramatique que nous avons alerté les universités à ce sujet, qui en ont informé la préfecture. C'était la double peine : pas de titre de séjour, plus de travail, plus d'aides sociales. Ceci contribue aussi à leur fragilité.

S. A. : Les étudiants étrangers trouvent-ils un emploi décent une fois de retour dans leur pays ?

A. S. : C'est une question difficile, dans laquelle de nombreux éléments entrent en jeu. Pour revenir au pays, il faut y trouver des opportunités d'emploi, ce qui est loin d'être le cas, d'autant moins qu'ils font des choix de filières qui ne sont pas forcément adaptées au marché du travail en Afrique. Donc, la tentation est grande de rester en France ou ailleurs, mais ils n'y exerceront pas forcément le métier pour lequel ils ont été formés. Cet entre-deux géographique est compliqué à vivre sur le plan psychologique, d'autant que la pression est forte pour soutenir la famille. C'est ce qui pousse de nombreux jeunes diplômés étrangers

à rester en France, où ils acceptent n'importe quel emploi – gardiennage, restauration, sécurité – au risque d'une dévalorisation de leurs compétences. Cependant, c'est avant tout une décision individuelle. C'est un choix cornélien qui relève par ailleurs des orientations politiques des pays du Sud, en général.

S. A. : Quelles actions permettraient aux étudiants étrangers les plus vulnérables de bénéficier des mêmes chances que les autres ?

A. S. : L'accompagnement professionnel des étudiants internationaux est limité. Et ceci pose question surtout pour les primo-arrivants. Quand ils arrivent à 18 ou 19 ans, personne

n'est là pour les encadrer. Ils peuvent très vite se perdre, par envie de s'amuser, de découvrir autre chose ou pour subsister dans ce monde si difficile, en s'adonnant à la prostitution par exemple (surtout les étudiantes). Ils risquent l'échec dans leur cursus ou vont mettre cinq ou six ans à faire leur licence – ce qui est une perte de temps pour eux, leur famille, leur pays. C'est du côté de la prise en charge de ces primo-arrivants qu'il faudrait porter les efforts. Avec des interventions coordonnées de différents services – social, sanitaire, pédagogique. Par exemple, on pourrait densifier pour eux les journées d'insertion qui ont lieu à la rentrée universitaire. Dans les espaces santé étudiants sont maintenant présents

quelques étudiants étrangers ; c'est important pour instaurer la confiance avec des étudiants en souffrance, afin qu'ils puissent se confier. Les professionnels de la santé et du secteur social pourraient être davantage formés au dialogue interculturel pour mieux s'approprier les réalités des pays d'Asie, d'Afrique... Les étudiants étrangers, comme les autres, sont là pour apprendre et pour se former, afin de servir ensuite leur pays d'origine ou leur pays d'accueil, s'ils font le choix d'y rester. Toutes les dimensions doivent être prises en compte, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CETTE INTERVIEW.

ÉTUDIANTS ÉTRANGERS : « LES PLUS DUREMENT AFFECTÉS PAR LE CONFINEMENT »

La situation des étudiants étrangers est généralement devenue précaire depuis mars 2020 et les confinements, conséquence de la pandémie de Covid-19. Telle est la conclusion de l'enquête menée à la mi-2020 par l'Observatoire national de la vie étudiante sur le ressenti des étudiants pendant la période de confinement :

« En dehors des étudiants dont l'activité rémunérée a été interrompue, les étudiants étrangers, dont la situation se caractérise plus souvent par un éloignement de la famille et de l'aide matérielle et financière qu'elle peut apporter, sont ceux qui ont été les plus durement affectés par la situation de confinement. Ainsi, près d'un étudiant étranger sur deux a déclaré des difficultés financières plus importantes que celles rencontrées habituellement [...] Les étudiants étrangers, par l'éloignement de leur famille et leurs conditions de vie et de travail plus précaires, apparaissent ainsi comme les grands perdants de la crise sanitaire [...]. Dans l'ensemble, la moitié des étudiants déclare avoir été confrontée à des sentiments d'isolement ou de solitude pendant le confinement. Ceux qui en ont le plus souffert sont, en toute logique, les étudiants ayant vécu

seuls la période de confinement [...] Les étudiants étrangers sont également plus nombreux à déclarer avoir ressenti de la solitude ou de l'isolement pendant cette période (61 % contre 50 % dans l'ensemble). »

Le confinement a été et continue d'être un coup d'arrêt porté à l'activité rémunérée, en particulier pour les étudiants étrangers :

« La crise sanitaire a fortement modifié la donne : durant le confinement, 58 % des étudiants qui exerçaient une activité ont ainsi arrêté, réduit ou changé leur activité rémunérée. Parmi ceux-ci, 36 % ont interrompu leur activité rémunérée [...] Pour ceux qui ont interrompu leur activité rémunérée, la perte de revenu est estimée en moyenne à 274 € par mois. Les étudiants étrangers et les étudiants âgés de 26 ans et plus sont ceux qui ont subi les pertes les plus importantes, respectivement 426 € et 414 € par mois en moyenne. En outre, parmi les étudiants qui ont interrompu leur activité rémunérée, 27 % ont bénéficié du dispositif de chômage partiel. L'arrêt contraint de l'activité rémunérée a eu des conséquences sur la situation économique et financière des étudiants concernés : 44 % d'entre eux déclarent

avoir rencontré des difficultés financières pendant le confinement quand ce n'était le cas que de 24 % de ceux qui ont pu poursuivre leur activité. »

Sur le plan psychologique et de santé mentale : « Trois catégories d'étudiants apparaissent particulièrement fragiles : les étudiants en difficulté financière (46 % présentent les signes d'une détresse psychologique contre 24 % des étudiants sans difficulté), les étudiants étrangers (43 % contre 29 % chez les étudiants français) et les étudiantes (36 % contre 25 % des étudiants). »

Sur le plan de l'aide matérielle reçue depuis le début de la pandémie, les étudiants étrangers, qui sont « les plus durement touchés, sont également ceux qui déclarent le plus avoir bénéficié d'aides financières (51 %) et d'aides matérielles (28 %) ».

Source : Belghith F., Ferry O., Patros T., Tenret É. La Vie étudiante au temps de la pandémie de Covid-19 : incertitudes, transformations et fragilités. Observatoire national de la vie étudiante, OVE Infos, septembre 2020, n° 42 : 12 p. En ligne : <http://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2020/09/OVE-INFOS-42-La-vie-etudiante-au-temps-du-COVID-19.pdf>

Assistance aux migrants : voyage auprès des nouveaux citoyens engagés

Entretien avec

Évangeline Masson-Diez,

doctorante en sociologie des migrations (Dynamiques européennes – DynamE, Institut Convergences Migrations – ICM), enseignante en école de travail social et formatrice.

La Santé en action : Sous quelles formes se mobilisent les citoyens envers les migrants arrivés massivement depuis 2015 ?

Évangeline Masson-Diez : Tout d'abord il convient de souligner la diversité des modes d'intervention auprès des personnes en situation d'exil, contraintes de vivre à la rue. Distribution de repas, accompagnement, cours de français, hébergement, mise à disposition de douches ou de machines à laver chez les particuliers... Les actions, surtout à partir de 2015 et la publication de la photo du corps du petit Alan noyé sur une plage turque, ont été variées et multiples autour des campements parisiens et, par la suite, en des points de rassemblement urbains ou autour des centres d'accueil et d'orientation. Ces actions ont été mises en œuvre face à ce qui s'est révélé être non pas une « crise des migrants » mais une crise des politiques d'hospitalité [1]. Elles ont émané d'associations, de collectifs ou encore de personnes non affiliées, c'est-à-dire qui interviennent en leur nom propre. À Paris, la proximité immédiate des campements, en bas de chez soi ou sur la route des trajets quotidiens, a favorisé la mobilisation des voisins et de novices de l'aide ainsi que l'organisation pratique de cette aide [2]. Lors des entretiens¹

menés dans le cadre de mes travaux de thèse [3], pour de nombreux citoyens ayant apporté un soutien – bénévoles, aidants ou militants selon la manière dont ils se nomment –, l'irruption d'images fortes bouleversantes dans leur espace familial est avancée comme le déclencheur de leur action : naufrages, noyades, campements, véhiculées par les médias ou par les réseaux sociaux en 2015. Autres facteurs de passage à l'action : l'arrivée de migrants dans leur quartier ; le fait de connaître une personne, plus ou moins proche, qui est elle-même engagée. Pour James M. Jasper [4], le choc moral désigne un type d'expérience sociale qui se caractérise par un sentiment de colère et la nécessité d'agir face à un événement inattendu et brusque touchant l'environnement immédiat des personnes. C'est ce qu'ont vécu les personnes qui sont descendues de chez elles, bouleversant ainsi leur quotidien, lorsqu'elles ont pris connaissance de la réalité de la situation des exilés. À Paris, la proximité spatiale a favorisé la rencontre d'une situation sociale et politique qui était jusqu'à présent éloignée géographiquement et socialement. S'il n'y a ni unité ni homogénéité de la solidarité envers les exilés, il existe cependant des caractéristiques communes dans les profils des aidants, dans les ressorts de leur engagement et de leurs trajectoires biographiques. Ces personnes sont majoritairement des « primo-engagées » : c'est la première fois qu'elles s'engagent bénévolement. Âgées de 17 à 70 ans, elles sont en majorité des femmes, novices et peu formées à l'aide des personnes exilées. Il est à noter une prédominance

L'ESSENTIEL

■ **Ils ont entre 17 et 79 ans. Parmi eux, une majorité de femmes. Bouleversés par les conditions de vie dramatiques des migrants près de chez eux, ils sont devenus aidants, portent secours et assistance aux exilés et parfois les hébergent chez eux. La majorité d'entre eux vivent à leur premier engagement, de façon individuelle, en dehors d'un cadre associatif. Efficaces dans leur action, ils se retrouvent néanmoins en difficulté, et parfois s'épuisent. Voyage auprès de ces nouveaux citoyens engagés.**

de professions intermédiaires et de professions intellectuelles supérieures (enseignants et chercheurs, travailleurs sociaux ou médicaux, étudiants, journalistes, artistes). Ces personnes engagées sont souvent peu au fait des politiques publiques et institutionnelles à l'égard des étrangers et des pratiques associatives en termes d'accueil et d'accompagnement. Très disponibles pour la plupart, elles vivent un engagement « Post-it » tel que défini par Jacques Ion, c'est-à-dire « un engagement approfondi pouvant impliquer une forte mobilisation, requérir un investissement personnel important, mais révisable à tout moment » [5]. L'aide matérielle est souvent la porte d'entrée de ces engagés. Au départ, très peu d'entre eux se perçoivent et se définissent comme militants. C'est l'une des principales caractéristiques de ces aidants. Ces nouvelles mobilisations, à l'image de celles liées aux mouvements Nuit Debout et des Gilets jaunes, sont plus horizontales, moins structurées

et hiérarchisées que d'autres mouvements collectifs ; elles n'ont pas nécessairement de porte-parole, de charte, de cadre définissant les interventions et les engagements.

S. A. : Comment ces initiatives sont-elles perçues par les personnes migrantes ?

É. M.-D. : Ces initiatives sont perçues de manière confuse et imprécise. Les personnes migrantes ne savent pas toujours qui fait quoi, à quel titre, au nom de quelle structure, institution ou association. Elles ont parfois aussi du mal à comprendre la gratuité de ces actions, tant cela peut leur paraître surprenant en comparaison avec l'exploitation dont elles ont été parfois l'objet. Après plusieurs semaines, mois ou années de route, chargés de violence, d'exploitations et de traumatismes, croiser le chemin de soutiens est salvateur, mais aussi complexe à saisir. En outre, peu s'attendent à faire face à de telles complexités administratives et à une vie sur les trottoirs. Un jeune avait ces mots très forts à l'égard des coordinatrices et des hébergeuses qui avaient organisé sa mise à l'abri : « *elles m'ont redonné l'espoir* » et « *elles lavent l'honneur de la France* ».

S. A. : Quelles sont les grandes forces et faiblesses de cette mobilisation citoyenne spontanée ?

É. M.-D. : Concernant l'hospitalité privée, pour les personnes hébergées, ces dispositifs et ces pratiques sont, outre des moments de répit et de repos du corps et de l'esprit, de réels tremplins vers l'insertion scolaire ou professionnelle ainsi que l'inclusion sociale, comme cela a déjà été analysé par des travaux scientifiques antérieurs [6]. Lorsqu'un lien s'établit au-delà de la simple relation d'hospitalité, les hébergeurs soutiennent, accompagnent et orientent les personnes en les aidant à trouver un stage, un emploi, un logement, en leur offrant des vacances, en les invitant à dîner ou à passer les fêtes. Il ne faut pas toutefois tomber dans l'angélisme : la cohabitation peut être éprouvante pour les hôtes, accueillants ou accueillis, et les déménagements incessants d'hébergeurs en hébergeurs sont épuisants



© Thomas Bohl

pour les exilés qui ont la sensation de n'être nulle part chez eux. En outre, si ces pratiques favorisent les parcours individuels des exilés, elles rendent invisibles la cause des migrants, les situations de non-prise en charge par l'État et la non-application du droit à l'hébergement.

S. A. : Quels constats marquants ressortent des entretiens menés avec ces citoyens engagés ?

É. M.-D. : Concernant les pratiques d'hospitalité privée à l'égard des jeunes, j'ai été frappée par le niveau d'épuisement et de souffrance des engagés, et ce pour deux raisons principales : premièrement, la cohabitation, en mobilisant l'espace intime et personnel, est envahissante et déstabilisante. Les hébergeurs agissent, à l'inverse d'autres engagés, non parce qu'ils ont du temps, mais parce qu'ils ont de l'espace. Deuxièmement, les hébergeurs sont majoritairement des primo-engagés. Pour ces derniers, accueillir l'exilé à son domicile est perçu (et présenté par les programmes et les structures) comme une action facile, légère et non contraignante, un peu sous la forme « quand je peux, comme je veux ». Pourtant, dans l'engagement et dans la cohabitation, l'hébergement est un acte compliqué, éprouvant, qui

transforme les personnes et les bouleverse. Non seulement ces hébergeurs bénévoles ont besoin – et ils ont soif – d'être accompagnés, encadrés et formés, mais surtout ils ont besoin de verbaliser et de raconter leurs expériences. Après un certain temps et avec l'éloignement des campements des centres urbains, beaucoup de soutiens se retirent et cessent leurs activités. D'autres pérennisent leurs engagements en adhérant à des actions aux accents plus politiques : manifestations, distributions de tracts, actions dénonçant l'absence de politique commune d'asile au niveau européen... Ils vivent un certain écœurement vis-à-vis des institutions et des structures officielles, qui a pour conséquence une remise en cause de la politique. Pour autant, ils se sentent de nouveau acteurs politiques du vivre-ensemble par leur engagement au niveau local.

S. A. : Comment ces engagements citoyens trouvent-ils leur place parmi les structures sanitaires et sociales déjà existantes ?

É. M.-D. : L'articulation entre ces engagements citoyens et les dispositifs plus traditionnels d'accompagnement n'est ni évidente ni spontanée. Lorsqu'elle fonctionne, elle repose plus sur une volonté



© Thomas Böh

interindividuelle des acteurs que sur de vraies volontés partagées des structures, et ce malgré la complémentarité des pratiques. Nombre des aidants qui se sont mobilisés au cours des dernières années ont eu la sensation d'être seuls face aux réalités des campements et de l'errance des exilés. L'absence des associations et des institutions est une raison largement invoquée pour expliquer « l'obligation d'agir » qu'ont ressentie ces nouveaux acteurs. Plus généralement, ce qui est frappant est que ces aides se renouvellent et se transforment. Elles ont toujours fait preuve d'une très forte capacité de réactivité, d'inventivité et d'innovation. Certains collectifs, constitués de non-professionnels et de personnes non formées, ont été capables en quelques jours d'organiser la distribution de repas pour des centaines de personnes, voire des milliers. Dans certains territoires, des collaborations inter-associations mêlant associations mandatées ou non par l'État et collectifs ont vu le jour au regard de certaines réalités locales : protection des mineurs², distributions alimentaires. Pour l'avenir, la pérennisation de ces engagements demeure

inconnue. L'immense majorité de ces soutiens et de ces acteurs pensaient se mobiliser pour une période courte et urgente puisque le vocable utilisé pour caractériser la situation était le mot « crise ». Les dernières actualités et l'évacuation de plus de 2 000 personnes aux portes de Paris le 17 novembre 2020 montrent qu'il ne s'agit pas d'une situation temporaire, mais qui s'est installée dans la durée. ■

Propos recueillis par Emmanuelle Hamel, responsable unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France, et Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Enquête socio-ethnographique réalisée entre 2015 et 2018 en Île-de-France et entretiens semi-directifs auprès de 40 hébergeurs et de 20 hébergés mineurs, ainsi qu'une trentaine d'entretiens approfondis avec des acteurs de la prise en charge des mineurs. En outre, un questionnaire anonyme de 45 questions a circulé auprès d'hébergeurs affiliés à une association ; 121 réponses reçues.

2. Évangéline Masson-Diez mène actuellement des recherches sur les dynamiques de soutien et d'engagements auprès des exilés et plus particulièrement les dynamiques d'hébergement solidaire et privé de jeunes isolés exilés non reconnus mineurs par les institutions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Akoka K., Carlier M., de Coussemaker S. Ce n'est pas une crise des migrants, mais une crise des politiques d'hospitalité. *Revue Projet*, 2017, n° 360, vol 5 : p. 77-83. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-projet-2017-5-page-77.htm>

[2] Coutant I. *Les Migrants en bas de chez soi*. Paris : Éditions du Seuil, 2018.

[3] Masson-Diez É. *Éprouver l'hospitalité privée : l'accueil chez soi du jeune exilé isolé*. [Thèse] sous la direction de Smaïn Laacher, soutenue en décembre 2020.

[4] Jasper J. M. The emotions of protest: Affective and reactive emotions in and around social movements. *Sociological Forum*, 1998, vol. 13, n° 3 : p. 397-424. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1022175308081>

[5] Ion J. *S'engager dans une société d'individus*. Paris : Armand Colin, coll. Individu et société, 2012 : p. 58.

[6] Gerbier Aublanc M., Masson-Diez É. Être accueilli chez l'habitant : de l'hébergement-épreuve à la cohabitation-tremplin pour les migrants. *Rhizome*, 2019, n° 71 : p. 51-60. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2019-1-page-51.htm>

Profession : médiatrice en santé auprès de la communauté asiatique

Entretien avec TeWei Lin,

médiatrice en santé auprès des populations chinoises et asiatiques à l'Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements (Arcat).

La Santé en action : Dans quelles circonstances êtes-vous arrivée en France ?

TeWei Lin : J'étais infirmière de bloc opératoire à Taipei, la capitale de Taïwan ; j'ai décidé de migrer en France. Après avoir suivi une formation en psychosocial et santé publique et obtenu un master à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), j'ai beaucoup travaillé auprès des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et plus particulièrement en prison. Le poste de médiatrice en santé « sinophone »/en mandarin au sein de l'Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements (Arcat)¹ a été créé en 1999, sur mon initiative, pour diffuser des informations sur le VIH auprès de la communauté chinoise et, plus généralement, asiatique. La médiation n'était pas facile à mettre en œuvre. Les sujets qui touchent à la sexualité ne sont pas aisés à aborder auprès de cette population, sauf parmi les plus jeunes générations. Il ne faut pas le faire de front, au risque de heurter un tabou, ne pas commencer directement à parler de VIH, mais prendre un chemin détourné en commençant par évoquer l'hépatite B par exemple. La communauté venue d'Asie à laquelle je m'adresse est la résultante de plusieurs vagues de migrations : la première a trait à la guerre du Vietnam. La seconde a vu

des personnes quitter l'Asie pour des raisons économiques. La troisième est liée à l'ouverture de la Chine dans les années 2000. La quatrième tient au nombre croissant d'étudiants venus poursuivre leur formation en France.

S. A. : Comment faire de la médiation en santé auprès d'un public difficile à contacter ?

T.W. L. : Effectivement, il y a peu d'associations asiatiques œuvrant dans le secteur médico-social. L'un de mes premiers relais a ainsi été une association religieuse bouddhiste, car elle atteignait un large public. Je faisais des conférences devant 200 à 300 personnes. Je suis également passée par une association qui donne des cours de français et qui propose une aide pour les demandes d'asile et autres démarches administratives. J'ai aussi diffusé des informations via les journaux chinois et la radio. Depuis 2008, j'écris des articles sur un site Internet commercial en chinois, à ce jour très connu dans la communauté. Les responsables sont français et ont embauché des « sinophones » pour les contenus. J'y ai donc un espace personnel, avec une petite vidéo qui présente ma fonction, où je publie des articles dès que j'ai une idée de sujet sur la prévention en santé. Par exemple, cet été, j'en ai écrit un sur les possibilités de dépistage de la Covid-19 à Paris-Plage. Les articles sont courts, j'y présente en quelques lignes les points les plus importants. Je travaille aussi avec des centres médico-sociaux sur Paris et dans les établissements de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), notamment sur la question de la pose du stérilet chinois, lequel est différent de celui utilisé généralement en Europe. J'accompagne les personnes,

L'ESSENTIEL

■ **La médiatrice de l'Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements (Arcat) fait de la prévention et de l'accompagnement en santé au plus près des personnes migrantes venues d'Asie de l'Est. Pour ce faire, elle adapte les informations de prévention en prenant en compte leur culture, leur façon de penser, de parler, de ressentir. Elle adapte aussi l'information selon le niveau social et éducatif pour que celle-ci soit comprise et acceptée. Si nécessaire, la médiatrice fait aussi le lien avec les équipes médicales ; en particulier, elle décrypte les consultations que les patients n'ont pas comprises. L'enjeu : donner à ces personnes – défavorisées par un environnement qu'elles ne maîtrisent pas – les moyens de prendre leur santé en main, en accédant à l'information et aux soins adaptés.**

si nécessaire, et je fais l'intermédiation avec les équipes médicales. J'anime également un atelier de santé avec une association franco-chinoise médico-sociale, où on aborde des sujets parfois simples, comme « Comment soigner correctement ? ». Deux jours par mois, je tiens une permanence au centre de santé Yvonne-Bouzin, dans le 3^e arrondissement de Paris, où vit et travaille une communauté asiatique assez importante.

S. A. : Quelles sont les difficultés pour communiquer sur la prévention auprès de cette communauté ?

T.W. L. : Le plus complexe, c'est de réécrire l'information scientifique dans la langue de la communauté, avec ses spécificités, pour être



© Thomas Bohl

compris du plus grand nombre. Par exemple, médiatrice en santé... c'est un terme typique de l'état d'esprit français qui n'a pas d'équivalent propre dans la langue chinoise ! La langue reflète la mentalité d'une communauté. Pour moi, davantage qu'une traduction du message initial, je procède à une transcription. Celle-ci garde les éléments de fond, mais elle prend une forme différente qui est adaptée à la façon de penser, de parler, de ressentir des personnes à qui ce message est destiné. Et cette forme peut être variée, selon le niveau social et éducatif des gens de la communauté à laquelle je m'adresse. Cette approche est essentielle, non seulement pour que l'information soit comprise, mais aussi pour qu'elle soit acceptée. C'est particulièrement sensible quand on évoque les maladies sexuellement transmissibles, comme je l'évoquais précédemment.

S. A. : Quelles thématiques abordez-vous le plus souvent ?

T.W. L. : Chez les femmes, il est beaucoup question de la prévention du cancer du col de l'utérus par le frottis et la vaccination contre le papillomavirus. Chez les hommes, ce sont les problèmes de santé liés à la sexualité. Le fait que je travaille depuis vingt ans sur ce sujet me donne une crédibilité ; au téléphone du moins, beaucoup d'hommes surmontent leur difficulté à parler de leur intimité. Et je peux ensuite les orienter vers des structures pour procéder à un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST).

J'ai aussi souvent des questions sur le diabète, concernant les résultats d'examen, le traitement, le suivi, car même après leur consultation – que je leur demande de me relater en détail –, certains patients n'ont pas tout compris.

S. A. : Comment cette communauté asiatique vit-elle l'épidémie de Covid-19 ?

T.W. L. : Les gens posent effectivement beaucoup de questions sur cette nouvelle maladie. J'ai rédigé plusieurs articles sur le site Internet en chinois pour diffuser les messages de prévention sur les gestes barrières. J'observe que la communauté asiatique s'est montrée particulièrement vigilante en général pour se prémunir du risque de contamination, avec un suivi important des mesures de confinement et des règles de distanciation physique et de port du masque, quand celui-ci a été disponible pour le grand public. Lors du premier confinement, je constatais un état dépressif, voire une forme de panique chez certaines personnes qui appelaient. Maintenant, au second confinement s'ajoute la détresse de ceux qui ont perdu leur travail, de ceux qui ne bénéficient pas d'aides, car ils n'ont pas de papiers. Les gens ont envie de parler. Je fais donc office de psychologue, parce que je parle la langue et aussi parce que les Asiatiques ont encore de la distance par rapport au recours à la psychologie en prise en charge – et que nombre d'entre eux n'ont pas envie de se rendre dans une structure spécialisée.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de votre travail de médiatrice en santé ?

T.W. L. : Je suis parvenue à créer un lien avec la communauté, laquelle me fait confiance, ce qui permet de répondre à des besoins importants. J'ai d'abord acquis un savoir-faire dans la diffusion d'information de prévention sur le VIH. Et je peux depuis quelques années l'étendre à d'autres problèmes médicaux dans de nombreux champs : gynécologie, urologie, hépatologie... Être médiatrice, c'est prendre en compte les contextes culturels différents. Ainsi en Chine, la fonction d'assistante sociale n'existe pas en tant que telle. Le poids de la communauté peut être très fort. Par exemple, si vous ne voyez pas de sans-domicile fixe (SDF) d'origine asiatique dans la rue, cela n'est pas surprenant : c'est une honte. À une chanteuse chinoise qui faisait la quête dans le métro, des gens de la communauté sont venus lui dire : « *Tu nous fais honte.* » Il faut composer avec toutes ces dimensions culturelles. ■

Propos recueillis par Emmanuelle Hamel, responsable unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France, et Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Créée en 1985, l'Arcat est reconnue association de bienfaisance par arrêté préfectoral du 6 octobre 2003. L'Arcat, association historique de lutte contre le VIH/sida, rassemble des professionnels et des bénévoles au service de la solidarité, des droits des malades et de la promotion de la santé. L'Arcat met en œuvre les actions suivantes :

- accompagner les personnes et défendre leurs droits. L'accompagnement des personnes atteintes par le VIH et les pathologies associées commence par une information juste. Elle se poursuit par des actions de soutien, d'orientation, assurées par des personnes compétentes. Accompagner les personnes touchées, c'est aussi accompagner leurs proches, et travailler avec ceux qui les soignent ;
- informer, former et prévenir : l'information permet à chacun d'être responsable. Elle concerne les personnes atteintes, ceux qui les accompagnent, ceux qui les soignent tout comme l'ensemble des citoyens et des décideurs. L'Arcat propose des publications, des formations, des actions de prévention. Les publics auprès desquels travaille Arcat sont essentiellement : les personnes atteintes par le VIH/sida et les pathologies associées et rencontrant des difficultés socio-économiques, médicales, psychologiques ou juridiques ; les populations migrantes, les travailleurs du sexe et leurs clients, les acteurs de l'emploi et les professionnels paramédicaux et médicosociaux, les pouvoirs publics et la société civile. Source : informations de l'Arcat, <https://www.arcat-sante.org/qui-sommes-nous/30-ans-dengagement/>

Des ressources pour l'accompagnement sanitaire et social des personnes migrantes en situation précaire – Publications pour les professionnels et les personnes migrantes

Le guide destiné aux professionnels va paraître en 2021 pour la quatrième fois en partenariat avec Santé publique France et le Comité pour la santé des exilés (Comede)¹. Destiné à favoriser une approche pluridisciplinaire, ce guide dispense des informations théoriques et pratiques, développées sous quatre thèmes : repères, droits et soutien, accès aux soins, soins et prévention. Il prend en compte la complexité croissante des problèmes de santé des personnes étrangères vulnérables : précarisation du statut administratif, transformation épidémiologique et diversification de l'origine géographique. Suite à l'évaluation réalisée en 2018 auprès des utilisateurs, cette nouvelle édition innovera en proposant une édition papier enrichie d'un site Internet dédié et régulièrement mis à jour qui permettra d'accéder en toute situation aux informations relatives aux champs de la maladie, de la prévention et des soins médico-psychologiques, ainsi

qu'à l'accès aux soins, aux droits et à la lutte contre les discriminations dans le contexte de la migration. Les informations relatives à la parution du guide seront données sur le site de Santé publique France et sur celui du Comede.

Les *Livrets de santé* bilingues, supports de communication et de dialogue pour les personnes migrantes vulnérables et les professionnels de la santé ou du social, sont conçus pour aider chacun à mieux comprendre le système français de protection maladie, les droits et les démarches. Édités pour la première fois en 2006 dans le cadre d'un partenariat entre Santé publique France et le Comité pour la santé des exilés (Comede), les livrets sont aujourd'hui réalisés en liens avec neuf associations. Ils seront disponibles gratuitement en 15 langues à la commande et téléchargeables sur les sites des deux partenaires. Ces présentations bilingues sur une double page abordent les principales thématiques

de santé et de prévention et les informations pratiques facilitant l'accès aux soins et la vie quotidienne. Ce principe bilingue et la richesse du contenu ont été pleinement validés par les personnes migrantes lors des évaluations qualitatives réalisées. L'édition 2021 est en cours de mise à jour suite aux changements réglementaires et elle intégrera également des informations sur la Covid-19. ■

Livrets de santé bilingues disponibles en albanais, anglais, arabe, bengali, chinois mandarin, dari, créole haïtien, espagnol, géorgien, ourdou, portugais, roumain, russe, turc, à la commande et en téléchargement.
<https://www.santepubliquefrance.fr/revues/les-livrets-de-sante-bilingues-outils-de-liaison-entre-migrants-et-professionnels-de-la-sante-ou-du-social>
<https://www.comede.org/livret-de-sante/>

1. <https://www.comede.org/>

MIGRATION : QUELQUES FORMATIONS DE NIVEAU MASTER EN FRANCE

Voici un aperçu non exhaustif de quelques formations de niveau master, diplôme universitaire (DU) et diplôme interuniversitaire (DIU), traitant de la thématique des migrants :

- Master 2 parcours Santé, Migrations, Médiations, université de Bordeaux.
En ligne : <https://anthropologie-sociale.u-bordeaux.fr/Formations/Master-2-parcours-Sante-Migrations-Mediations>
- DU Santé des migrants, Paris 13.
En ligne : <https://smbh.univ-paris13.fr/index.php/fr/formations/autres-formations/du-diu/item/191-diu-sante-des-migrants.html>
- Master Migrations internationales, université de Poitiers, UMR Migrinter.
En ligne : <https://mi.hypotheses.org>
- Master *Migration Studies*, université Côte d'Azur, Urmis.
En ligne : <https://www.urmis.fr/nouveau-parcours-de-master-a-nice-migration-studies/>

- Master Sociologie et Anthropologie : politique, culture et migration. Parcours Migrations, racisme, altérités, université de Paris, Urmis.

En ligne : <https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/master-lmd-xb/sciences-humaines-et-sociales-SHS/sciences-sociales-K2NDH30S/master-sciences-sociales-parcours-migrations-racisme-alterites-JRXGMTJD.html>

- Diplôme interuniversitaire Hospitalité, Médiations, Migrations (H2M), Institut national des langues et civilisations orientales (Inalco), Paris Descartes, université de Paris.

En ligne : <http://www.inalco.fr/actualite/diplome-inter-universitaire-hospitalite-mediations-migrations-h2m>

Par ailleurs, un nouveau master a ouvert dès la rentrée 2020-2021 : le master Migrations est un diplôme créé à l'initiative et avec le soutien de l'Institut Convergences Migrations et co-accrédité par l'École des hautes études

en sciences sociales (EHESS) et l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. Il répond aux besoins accrus d'expertise sur les questions migratoires, l'asile et les discriminations. Il entend former des spécialistes qui recevront un enseignement solide articulant plusieurs disciplines : droit, économie, démographie, histoire, sociologie, géographie et anthropologie. L'autre ambition de ce master est de développer la capacité à produire des savoirs sur les conditions de vie et de santé des migrants, leurs motivations, leurs parcours et leurs expériences, en se fondant sur des collectes de données qualitatives et quantitatives. La plus-value de cette nouvelle formation est ainsi de construire un véritable tronc commun interdisciplinaire auquel s'ajoutent des ateliers mettant les étudiants en relation avec les acteurs de terrain, en particulier issus des milieux de la santé. (Texte officiel de l'organisme, *NDLR*.)

Allemagne : un programme pour améliorer l'accès des migrants aux services de santé

Ramazan Salman,
directeur exécutif,
association Centre ethno-médical
(*Ethno-Medizinisches Zentrum – EMZ e.V.*),
Allemagne.

Le programme Avec les migrants pour les migrants (*mit Migranten für Migranten – MiMi*) améliore l'accès des migrants et des réfugiés aux services de santé en augmentant les connaissances en matière de santé et en renforçant les capacités. La méthode-clé de *MiMi* pour l'éducation à la santé et pour l'inclusion sociale comprend :

- une formation de haut niveau des médiateurs interculturels ;
- des campagnes de santé dans les communautés de migrants ;
- des guides de santé multilingues pour expliquer les systèmes de santé, les sujets de santé connexes et les styles de vie sains ;
- la mise en réseau et l'évaluation.

Développé par l'Association des centres ethno-médicaux en Allemagne, le programme *MiMi* a été lancé en tant que projet en 2003. En 2013, Le programme *MiMi* a également pu être mis en œuvre en Autriche. L'approche du programme peut être adaptée à de nouveaux sujets et de nouveaux groupes-cibles, ce qui permet un transfert vers d'autres pays d'Europe et donne aux autorités sanitaires locales les moyens de répondre plus efficacement aux besoins de leurs populations migrantes et/ou de leurs minorités ethniques.

L'ASSOCIATION CENTRE ETHNO-MÉDICAL (*ETHNO-MEDIZINISCHES ZENTRUM – EMZ E.V.*¹)

Cette organisation de santé relie des personnes de cultures et de traditions différentes. Fondée en 1989, l'association Centre ethno-médical (*Ethno-Medizinisches Zentrum – EMZ e.V.*) aide les migrants et les réfugiés à s'orienter dans les systèmes de santé, promeut des modes de vie sains et met les migrants en contact avec les systèmes de santé et d'éducation officiels. L'*EMZ* opère dans toute l'Allemagne depuis son siège national à Hanovre. Le centre a des succursales à Berlin, Munich, Mannheim et Hambourg. Outre la mise en œuvre du programme Avec les migrants pour les migrants (*mit Migranten für Migranten – MiMi*) dans environ 68 sites en Allemagne, l'*EMZ* mène également des recherches sur les questions de migration et de santé et propose des formations pour les

professionnels. En 2015, l'*EMZ* et le *MiMi* ont reçu le prix européen de la santé (Forum européen de la santé).

L'*EMZ* est financé par le ministère fédéral de la Santé allemand, les ministères responsables de la santé de Basse-Saxe, de Bavière, du Schleswig-Holstein, de Hambourg, le ministère fédéral autrichien des Affaires extérieures, de l'Europe et de l'Intégration, l'Union européenne, la caisse de retraite allemande ainsi que par plusieurs fournisseurs d'assurance maladie allemands et autrichiens, des entreprises privées internationales (programmes Responsabilité sociétale des entreprises – RSE) et des fondations.

1. <https://www.mimi-gegen-gewalt.de/das-projekt/ueber-das-emz/>

Le programme *MiMi* ne cible pas un seul groupe ethnique ou national. Il ne s'agit pas d'un projet isolé pour les réfugiés ou pour les migrants, mais d'un programme qui rassemble tous ceux qui entrent dans la catégorie des « migrants », y compris les immigrants des pays de l'Union européenne et des pays tiers ainsi que les personnes nées en Allemagne dont les parents sont des migrants (personnes issues de l'immigration).

Les médiateurs de santé *MiMi* diffusent dans leurs communautés les connaissances en matière de santé, qu'ils ont acquises grâce à la

formation *MiMi* et qui contribuent à réduire les obstacles à l'accès aux services de santé. L'expertise des médiateurs ne se limite pas à la santé : elle inclut un large éventail d'informations sur la santé et sur les systèmes de soins de santé afin de motiver d'autres migrants à adopter des comportements sains et à utiliser des services de santé appropriés.

Entre 2003 et 2019, ce vaste programme de promotion de la santé a été élaboré et mis en œuvre dans 68 sites à travers l'Allemagne, en collaboration avec les caisses d'assurance maladie et les gouvernements des



© Thomas Bohl

Länder de Basse-Saxe, Bavière, Hambourg, Schleswig-Holstein, Hesse, Rhénanie du Nord – Westphalie et Berlin. Actuellement, *MiMi* est actif dans onze États fédéraux. Grâce à des programmes soutenus par l'Union européenne (*AIDS and Mobility Europe* ou *Mig-HealthCare*), le *MiMi* a été testé dans huit sites européens, dont Copenhague, Bruxelles et Rome.

Pour chaque implantation du projet, la mise en œuvre a duré environ 18 mois, composée des éléments de base suivants :

- la formation standardisée des médiateurs interculturels en santé, recrutés dans les communautés de migrants (formation transculturelle de haut niveau) ;
- des sessions de groupes communautaires (d'environ trois heures chacune), dispensées par les médiateurs formés, pour informer les migrants sur l'accès au système de santé, les questions de santé et les modes de vie sains ;
- des guides de santé qui expliquent le système de santé, les sujets liés à la santé et les modes de vie sains (disponibles en 16 langues) et d'autres matériels éducatifs ;

- un réseau de partenaires multidisciplinaires ainsi que des activités visant à accroître la capacité des partenaires à répondre aux besoins des communautés de migrants, notamment des conférences de projet et des formations pour les professionnels de la santé ;
- un système de suivi et d'évaluation pour assurer la durabilité et l'efficacité du programme en place.

Un programme d'études complet (100 heures) a été créé pour le programme *MiMi*. Les candidats doivent répondre à des normes minimales en matière d'éducation, de compétences linguistiques et d'expérience professionnelle. Cela permet au programme *MiMi* de recruter des migrants à un niveau avancé d'intégration sociale. Les formations sont dispensées en langue allemande.

L'association fait appel à des professionnels de l'enseignement hautement qualifiés pour la formation transculturelle d'excellence. Il s'agit de professeurs et de conférenciers d'universités, d'écoles d'infirmières et d'autorités sanitaires, ainsi que d'associations de la profession médicale, de psychologues et de sages-femmes.

L'ESSENTIEL

► La littératie en santé et le renforcement, avec les migrants, de leurs capacités sont les clés du programme *MiMi* pour améliorer la santé et l'inclusion sociale des populations migrantes en Allemagne.

Après la formation, les médiateurs transmettent leurs connaissances à d'autres migrants de leur propre communauté ethnique, par le biais d'une série de sessions de trois heures dans la langue maternelle de la communauté (événements d'information).

Les médiateurs *MiMi* sont généralement accueillis à bras ouverts dans les communautés de migrants. Lors des sessions des groupes communautaires, ils distribuent des guides de santé multilingues, qui fournissent aux participants des informations écrites dans leur langue maternelle, par exemple sur les services de santé, les vaccinations ou le diabète. Les guides de santé sont des livrets contenant des informations multilingues sur l'un des 21 sujets

de santé pertinents dans lesquels le programme *MiMi* est actuellement actif. L'EMZ élabore actuellement des formations supplémentaires sur la Covid-19 (SRAS-CoV-2).

À la fin de chaque événement, les participants sont invités à remplir un questionnaire. Cela permet d'étudier les intérêts, les besoins et les préférences des migrants et de réajuster le fonctionnement du programme en accord avec les besoins des groupes-cibles.

Les médiateurs doivent préparer un rapport après l'événement et fournir des données sur l'événement. Ils perçoivent une rémunération (200 euros) pour la tenue de l'événement et la rédaction du rapport. Ce n'est pas vraiment suffisant pour l'important effort qu'ils fournissent, mais cette rémunération exprime la gratitude de l'association pour l'excellent travail accompli.

Au cours des quinze dernières années, 2 800 médiateurs ont été formés dans 68 sites de projets et 14 200 événements de groupes communautaires ont été organisés dans 55 langues et dialectes, auxquels ont participé 150 000 migrants. En

comptant les quelque 940 000 guides de santé distribués, 1 090 000 bénéficiaires ont été atteints au total. Il s'agit de personnes de presque tous les groupes culturels et religieux présents sur le territoire allemand, quels que soient leur statut social ou leur niveau d'éducation.

L'analyse du milieu social des médiateurs *MiMi* et des participants aux sessions de groupes communautaires révèle que plus de 75 % d'entre eux sont des femmes. Les médiateurs appartiennent généralement à une catégorie socioprofessionnelle supérieure. En revanche, les participants à l'événement se caractérisent par l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle inférieure : personnes ayant peu de connaissances en allemand, avec un faible taux d'emploi, un faible niveau d'éducation et un faible niveau de connaissances du système de santé et des modes de vie sains, appartenant à des familles nombreuses.

Avec *MiMi*, une méthode d'intégration et d'inclusion sociale a été développée, mise en œuvre et testée avec la participation des migrants pour assurer des processus holistiques

d'inclusion. Le programme *MiMi* et l'utilisation de ses outils et de sa technologie montrent que l'intégration et la participation peuvent être réalisées durablement si les perspectives sociales, politiques, scientifiques et économiques sont pondérées de manière égale et interconnectées. Par conséquent, les objectifs ne peuvent être atteints que sur la base d'une responsabilité partagée entre tous les niveaux de la société, de sorte que les processus d'intégration soient lancés à tous les niveaux pertinents, en donnant des moyens d'action aux parties prenantes et en augmentant leur compétence et leurs performances sociales globales.

MiMi assure l'implication des migrants dans les processus d'intégration, mobilise leurs propres ressources, stimule la responsabilité personnelle et encourage l'auto-assistance. Ce programme a développé, testé et mis en œuvre une technologie sociale efficace et facilement transférable. Il garantit l'engagement en faveur du renforcement des capacités, de l'autonomisation transculturelle et de l'éducation à la santé, et les rend mesurables et holistiques. ■

CAMPAGNE « ENSEMBLE CONTRE LA COVID-19 »

L'association Centre ethno-médical (*Ethno-Medizinisches Zentrum – EMZ e.v.*) dispose d'une expertise scientifique et d'une expérience de longue date en matière de campagnes contre les maladies infectieuses et la protection vaccinale (avec 600 événements dans 20 langues). En février 2020, l'EMZ a pu lancer une campagne nationale relative au Covid-19 (SRAS-CoV-2) pour les migrants et les réfugiés, soutenue par la Covid-Alliance¹ réunissant 40 organisations et une trentaine de scientifiques issus de la recherche médicale. Ce réseau d'experts ainsi que l'Institut national Robert-Koch ont aidé l'EMZ à développer des informations fiables et validées dans 35 langues différentes (brochures imprimées, PDF téléchargeables et guides de poche pour Smartphone) et à les mettre à jour en fonction de l'actualité. Les médiateurs *MiMi* ont aidé à la traduction, à la sensibilisation dans les foyers pour réfugiés et ont organisé 300 événements d'information en ligne pour différentes

communautés culturelles. En coopération avec le ministère fédéral de la Santé, l'EMZ et le *MiMi* sont également co-responsables de la campagne multilingue du gouvernement fédéral « Ensemble contre la Covid-19 », qui comprend un volet relatif à la violence intrafamiliale en période de crise sanitaire. Le succès du projet *MiMi* s'est confirmé également pendant cette pandémie, car au-delà de ses réseaux de migrants, *MiMi* a su mettre en réseau le gouvernement fédéral, les ministères de la Santé au niveau fédéral et des *Länder*, les autorités sanitaires, ainsi que le monde universitaire.

Pour en savoir plus

Ensemble, surmontons le Covid. Guide en ligne pour les familles stressées. *Délégué du gouvernement fédéral pour les migrations, les réfugiés et l'intégration, Ethno-Medizinisches Zentrum. En ligne : <https://mimi-gegen-gewalt-franzoesisch.info-data.info/>*

1. www.covid-information.org

Remerciements à Dagmar Soleymani, chargée d'étude scientifique, PhD, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Unité personnes âgées et populations vulnérables, pour le suivi et la révision post-traduction de cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brzoska P., Ellert U., Kimil A., Razum O., Sass A.-C., Salman R. *et al.* Reviewing the topic of migration and health as a new national health target for Germany. *International Journal of Public Health*, 2015, vol. 60, n° 1 : p. 13-20. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/268985386_Reviewing_the_topic_of_migration_and_health_as_a_new_national_health_target_for_Germany
- Salman R., Weyers S. *MiMi project – with migrants for migrants. In: Koller T. (éd.) Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* World Health Organization, Regional Office for Europe, 2010 : p. 52-63. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf.

La première partie de cette bibliographie présente quelques références sur les enjeux de santé publique liés à la santé des personnes migrantes. Sont proposés ensuite des documents relatifs aux vulnérabilités et à l'état de santé de cette population ainsi qu'à son accès aux soins. Puis les rapports officiels, recommandations, guides, suivis de quelques références sur la prévention et la promotion de la santé des personnes migrantes. Deux populations parmi les plus vulnérables sont ensuite mises en lumière : les mineurs étrangers isolés ou non et les femmes migrantes. La question de la souffrance psychique, ainsi que les conséquences de l'épidémie de Covid-19 sur les migrants font l'objet de deux sections. Quelques dossiers ou numéros spéciaux de revues complètent cette bibliographie, ainsi qu'une liste de bibliographies ou dossiers documentaires sur la santé des personnes migrantes réalisés par d'autres institutions. Une liste d'associations agissant sur la santé des migrants clôt cette rubrique.

Olivier Delmer,
documentaliste,
Direction scientifique et international,
Santé publique France.

Les ressources sont présentées par ordre chronologique inversé, des plus récentes aux plus anciennes. Les liens ont été vérifiés en janvier 2021. L'accès à certains documents nécessite un abonnement à la revue concernée ou un achat en ligne (*pay-per-view*).

BIBLIOGRAPHIE

SANTÉ DES MIGRANTS : ENJEUX SOCIÉTAUX ET POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

• Wittwer J., Raynaud D., Dourgnon P., Jusot F. **Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France : L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue.** *Questions d'économie de la santé*, 2019, n° 243 : p. 1-8. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/243-protger-la-sante-des-personnes-etrangees-en-situation-irreguliere-en-france.pdf>

• Spira A., Quach-Hong M. **Les migrants, quelle santé ?** In : *Manuel indocile de sciences sociales*. Paris : La Découverte, 2019 : p. 948-953. En ligne : <https://www.cairn.info/manuel-indocile-de-sciences-sociales--9782348045691-page-948.htm>

• Geisser V. **Les migrants coupables de la crise du système de santé publique ? Déconstruire les fantasmes sur le « tourisme médical ».** *Migrations Société*, 2019, vol. 178, n° 4 : p. 3-11. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-migrations-societe-2019-4-page-3.htm>

• André J.-M. **La santé des migrants en question(s).** Rennes : Hygée Éditions, 2019 : 113 p. En ligne : <https://www.presses.ehesp.fr/produit/sante-migrants-questions/>

• Ginot L., Kirschen B., Laporte A., Riou F., Devys C. **Mise en place d'une politique publique de santé des migrants.** *Santé Publique*, 2018, vol. 30, n° 5 : p. 611-616. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-5-page-611.htm>

• Desgrées du Loû A. **Migrations et santé : des (nouvelles) questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux.** *Questions de santé publique*, 2018, n° 34 : p. 1-8. En ligne : https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/01/IRSP-n%C2%B034.web_.pdf

• Chambaud L., Azzedine F. **Santé des migrants : les préjugés ont la vie dure** [page web]. The Conversation : 2017. [mise à jour le 17/12/2017]. En ligne : <http://theconversation.com/sante-des-migrants-les-prejuges-ont-la-vie-dure-87200>

• Mandel L., Bouagga Y. **Les nouvelles de la jungle (de Calais)** [Bande dessinée]. Paris : Casterman, coll. Sociorama, 2017 : 304 p.

VULNÉRABILITÉS, ACCÈS AUX SOINS ET ÉTAT DE SANTÉ DES MIGRANTS

• Rustico J., Weinich L., Veisse A., Lefebvre O., Tambourindeguy M. **Tuberculose chez les personnes exilées : une prévalence élevée et un parcours de santé marqué par de nombreuses difficultés.** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020, n° 10-11 : p. 203-209. En ligne : http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_2.html

• Roux-Demare F.-X. **La santé des personnes vulnérables.** Bayonne : Institut Francophone pour la Justice et la Démocratie, coll. Colloques & Essais, 2020 : 307 p.

• Médecins du Monde. **Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2019.** Paris : Médecins du Monde, 2020 : 116 p. En ligne : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2019>

• Gentilini M., Kerouedan D. **Rapport 20-01. L'immigration en France : situation sanitaire et sociale.** *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2020, vol. 204, n° 5 : p. 455-469. En ligne : https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/03/Rapport-20-01-L-immigration-en-France-sit_2020_Bulletin-de-l-Acad-mie-Nat.pdf

- **Brisset C., Kotobi L. Soutenir l'interprétariat dans la rencontre et l'accompagnement des personnes migrantes.** *Le journal des psychologues*, 2020, n° 375 : p. 45-48. En ligne : <https://www.jdpsychologues.fr/article/soutenir-l-interpretariat-dans-la-rencontre-et-l-accompagnement-des-personnes-migrantes>
- **Spira A., Quach-Hong M. L'accès aux soins des personnes migrantes, enjeu de santé publique.** *Hommes et libertés*, 2019, n° 185 : p. 24-26. En ligne : <https://www.ldh-france.org/wp-content/uploads/2018/11/HL185-Actualit%C3%A9-8.-Lacc%C3%A8s-aux-soins-de-s-personnes-migrantes-enjeu-de-sant%C3%A9-publique.pdf>
- **Maillefer F., Bovet É., Jatton L., Bodenmann P., Ninane F. Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations.** *Recherche en soins infirmiers*, 2019, vol. 137, n° 2 : p. 26-40. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-2-page-26.htm>
- **Jusot F., Dourgnon P., Wittwer J., Sarhiri J. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas.** *Questions d'économie de la santé*, 2019, n° 245 : p. 1-8. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.html>
- **Dourgnon P., Guillaume S., Jusot F., Wittwer J. Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour. L'enquête Premiers pas.** *Questions d'économie de la santé*, 2019, n° 244 : p. 1-8. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-244-etudier-l-acces-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-sans-titre-de-sejour.html>
- **Siffert I., Cordone A., Réginal M., Le Méner E. L'accès aux soins des « migrants » en Île-de-France : Une enquête auprès des centres d'hébergement d'urgence migrants en Île-de-France, au printemps 2017.** Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, 2018 : 181 p. En ligne : <https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/santemigrantsrapportarsiledefrance.pdf>
- **Mangin F., Sulli L., Matra R., Nicoulet I., Deslandes A., Marmier M. Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primo-arrivantes au Caso de Médecins du Monde de Saint-Denis, de 2012 à 2016.** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018, n° 40-41 : p. 805-812. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_3.html
- **Bodenmann P., Jackson Y., Wolff H. Vulnérabilités, équité et santé.** Chêne-Bourg : RMS Éditions, 2018 : 432 p.
- **Vignier N., Spira R. D., Lert F., Pannetier J., Ravalihasy A., Gosselin A., et al. Accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique.** *Santé publique*, 2017, vol. 29, n° 3 : p. 361-370. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-3-page-361.htm>
- **Revault P., Giacomelli M., Lefebvre O., Veisse A., Vescovacci K. Infections par le VHB et le VHC chez les personnes migrantes, en situation de vulnérabilité, reçues au COMEDE entre 2007 et 2016.** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017, n° 14-15 : p. 271-276. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_3.html
- **Larsen C., Limousi F., Rahib D., Barin F., Chevaliez S., Peytavin G., et al. Infections VIH et VHB parmi les Afro-Caribéens d'Île-de-France : des prévalences élevées et des dépistages insuffisants.** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017, n° 29-30 : p. 609-616. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_3.html
- **Guisao A., Quéré M., Riou F. Profil socio-sanitaire et besoins de suivi sanitaire des personnes accueillies dans les structures d'Île-de-France hébergeant des migrants évacués de campements de fortune parisiens : Bilans infirmiers d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016.** Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, 2017 : 79 p. En ligne : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/rapport2_bilans_infirmiers_dorientation.pdf
- **Desgrées du Loû A., Lert F. Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France.** Paris : La Découverte, 2017 : 360 p. En ligne : <https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453.htm>
- **De Spiegelaere M., Racape J., Sow M. Pauvreté et trajectoires migratoires : influence sur la santé autour de la naissance.** Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2017 : 48 p. En ligne : https://www.kbs-frb.be/~media/Files/Bib/Publications/3463_sant%C3%A9-p%C3%A9rinatale_FR.pdf
- **Cultures&Santé. Accès à la santé et parcours d'exil : De la reconnaissance à l'agir. Journées d'échanges et de réflexion, Bruxelles, 8 et 9 décembre 2016.** Bruxelles : Cultures&Santé, 2017 : 74 p. En ligne : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/457-acces-a-la-sante-et-parcours-d-exil-de-la-reconnaissance-a-l-agir-actes.html>
- **Adam C., Faucher V., Micheletti P., Pascal G. La santé des populations vulnérables.** Paris : Ellipses, 2017 : 413 p.
- **Hoyez A.-C. Trajectoires de santé et trajectoires migratoires chez les migrants sud-asiatiques en France. La santé à l'épreuve de la précarité et du sentiment d'isolement.** *Migrations Société*, 2015,

vol. 161, n° 5 : p. 157-172. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-migrations-societe-2015-5-page-157.htm>

• **Hamel C., Moisy M. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008.** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2012, n° 2-3-4 : p. 21-24. En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV10346

• **Cognet M., Hamel C., Moisy M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe.** *Revue européenne des migrations internationales*, 2012, vol. 28, n° 2 : p. 11-34. En ligne : <https://doi.org/10.4000/remi.5863>

RAPPORTS OFFICIELS, GUIDES, AVIS, RECOMMANDATIONS

• **Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers.** Paris : HCSP, 2020 : 12 p. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=672>

• **Académie nationale de médecine. L'immigration en France : situation sanitaire et sociale.** Paris : Académie nationale de médecine, 2020 : 40 p. En ligne : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/03/Rapport-Limmigration-en-France-situation-sanitaire-et-sociale-vot%C3%A9-2020-02-25.pdf>

• **Défenseur des droits. Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer.** Paris : Défenseur des droits, 2019 : 78 p. En ligne : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2019/05/personnes-malades-etrangees-des-droits-fragilises-des-protections-a-renforcer>

• **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). La prise en charge sanitaire des personnes placées en centre de rétention administrative (CRA) : Rapport issu de vérifications sur place aux CRA de Bordeaux, Paris-Palais de Justice et Marseille.** Paris : CGLPL, 2019 : 48 p. En ligne : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2019/02/Acc%C3%A8s-aux-soins-en-CRA-v%C3%A9rifications-sur-place.pdf>

• **Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction n°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.** Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2018. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43755>

• **Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins : Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques.** Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de santé, 2017 : 70 p. En ligne : https://www.hautsanté.fr/IMG/pdf/la_mediation_en_sante.pdf

www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

• **Académie nationale de médecine. Précarité, pauvreté et santé [rapport].** *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2017, vol. 201, n° 4 : p. 567-587. En ligne : <https://www.academie-medecine.fr/precarite-pauvrete-et-sante>

• **Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n° 127 du CCNE : Santé des migrants et exigence éthique.** Paris : CCNE, 2017 : 26 p. En ligne : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants_0.pdf

• **Comité pour la santé des exilés - Comede. Migrants/étrangers en situation précaire : Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels - édition 2015.** Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 2015 : 537 p. En ligne : <https://www.comede.org/guide-comede/>

• **Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux. La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.** Saint-Denis : Anesm, 2014 : 104 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836176/fr/la-personnalisation-de-l-accompagnement-des-personnes-accueillies-dans-les-centres-d-accueil-pour-demandeurs-d-asile-cada

PRÉVENTION, PROMOTION DE LA SANTÉ DES PERSONNES MIGRANTES

• **Organisation mondiale de la Santé. Promotion de la santé des réfugiés et des migrants : Projet de plan d'action mondial 2019-2023. Rapport du Directeur général.** Genève : OMS, 2018 : 12 p. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328692>

• **Lion L., Dieleman M., Dongmo C. Une analyse commune pour l'action : Cadre de référence 2018-2022 pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH et des autres IST chez les migrants dans la région de Bruxelles-Capitale.** Bruxelles : Observatoire du sida et des sexualités, 2018 : 83 p. En ligne : <http://www.strategiesconcertees.be/vih-et-sante-sexuelle-dans-les-milieus-afro-descendants-un-plan-operationnel/cadre%20de%20reference%20SC%20migrants%20Bruxelles20181206.pdf>

• **Tessier S., Kotobi L., Boussouar M. Interculturalité, médiation, interprétariat et santé [dossier].** *La Santé en action*, 2017, n° 442 : p. 8-40. En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00004091

• **Office fédéral de la santé publique. *Population migrante : prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets.*** Berne : Office fédéral de la santé publique, 2008 : 55 p. En ligne : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/gesundheitsfoerderung-fuer-migrantinnen-und-migranten/hilfsmittel-fuer-migrationsgerechte-projekte/migrationsgerechte-praevention.pdf.download.pdf/promotion-sante-migrants.pdf>

JEUNES, MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

• **Lazerges C. Les droits des enfants migrants non accompagnés. *Actualité et dossier en santé publique*, 2020, n° 111 : p. 32-35. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1113235.pdf>**

• **Hourdet A., Rénier M., Van de Steeg F., Rieutord G., de Champs Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs/ enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020, n° 27 : p. 531-537. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_2.html**

• **Faye A. La santé des enfants étrangers, isolés ou non. *Actualité et dossier en santé publique*, 2020, n° 111 : p. 25-26. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1112526.pdf>**

• **Fagardo B., Zonderman M. *Sexualité, violences sexuelles et jeunes en exil. Quels outils et quelles pistes pour l'avenir ?*** Bruxelles : Plate-forme Mineurs en exil, 2020 : 28 p. En ligne : <https://www.mineursenexil.be/files/files/rapports/Sexualite-violences-sexuelles-en-jeunes-en-exil-19-juin-2020.pdf>

• **Haut Conseil de la santé publique. *Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés.*** Paris : HCSP, 2019 : 82 p. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=753>

• **Médecins Sans Frontières. *Les mineurs non accompagnés, symbole d'une politique maltraitante. Rapport de la mission de Médecins Sans Frontières auprès des mineurs non accompagnés en France.*** Paris : Médecins Sans Frontières, 2019 : 60 p. En ligne : <https://www.msf.fr/sites/default/files/2019-09/201909%20-%20Rapport-Mission-France%20MSF.pdf>

• **Tison B., Leconte J. *Mineurs étrangers non accompagnés : Dires et réflexions de psychologues.*** Paris : L'Harmattan, 2018 : 213 p.

• **El Moubaraki M., Riard É.-H., dir. *La santé mentale des jeunes.*** Paris : L'Harmattan, coll. Migrations santé, 2017 : 256 p.

• **Castillo rico B., Panico L. Statut migratoire des parents et inégalités de santé dans la petite**

enfance. *La Santé en action*, 2017, n° 441 : p. 49-50. En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/DOC00003861

• **Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux. *L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « Mineurs isolés étrangers (MNA) ». Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.*** Saint-Denis La Plaine : Anesm, 2017 : 116 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833668/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrangeurs-mna

• **Boeno D., Dutertre Oujdi S. La consultation interculturelle d'évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. *L'Autre*, 2016, vol. 17, n° 1 : p. 44-53. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2016-1-page-44.htm>**

FEMMES MIGRANTES : ACCÈS AUX SOINS, VIOLENCES SUBIES...

• **Sauvegrain P., Gosselin A., Bertuzzi L., Melchior M., Kotobi L. La santé des femmes immigrées en France. *Actualité et dossier en santé publique*, 2020, n° 111 : p. 23-25. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1112325.pdf>**

• **Andro A., Eberhard M., Gelly M. *DSAFHIR : Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées. Rapport final.*** Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, 2020 : 169 p. En ligne : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2020-05/RAPPORT%20DEF%20JANVIER%202020%20DSAFHIR%20Rapport_sans_annexes_2020_01_21_0.pdf

• **Petruzzi M., Veisse A., Wolmark L., Fessard C., Weinich L., Rustico J. Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 17-18 : p. 327-333. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_2.html**

• **Lesclingand M., Andro A., Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 21 : p. 392-399. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019_21_1.html**

• **Andro A., Scodellaro C., Eberhard M., Gelly M., L'équipe D. Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. *Enquête Dsafhir. Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 17-18 : p. 334-341. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_3.html**

• **Vasseur P. Établir une relation de soins entre migrantes et professionnels de santé. *La Santé en action*, 2016, n° 437 : p. 24-25. En ligne : <http://>**



© Thomas Bohl

portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00003378

Orspere-Samdarra, 2019 : 45 p. En ligne : http://www.infomie.net/IMG/pdf/actes_je_2018_vf_fusionnes.pdf

SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS

• Müller F., Thorshaug K., Stamm M. *Interventions à bas seuil de courte durée pour les requérants d'asile et les réfugiés souffrant de troubles psychiques. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique*. Lucerne : Interface, 2020 : 54 p. En ligne : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-asylsuchende/kurzinterventionen-fur-psychisch-belastete-asylsuchende.pdf.download.pdf/Interventions%20de%20courte%20dur%C3%A9e%20pour%20requ%C3%A9rants%20d%E2%80%99asile.pdf>

• Saglio-Yatzimirsky M.-C., Wolmark L. *Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité*. *Revue européenne des migrations internationales*, 2018, vol. 34, n° 2 : p. 21-27. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-europeenne-des-migrations-internationales-2018-2-page-21.htm>

• Orspere-Samdarra. *Partir, grandir, devenir - La santé mentale des enfants et des adolescents à l'épreuve des parcours migratoires et du pays d'accueil [Actes]*. Journée d'étude Orspere-Samdarra, Clermont-Ferrand, 2018. Lyon :

• Agrali S., Morel E., Vuillard J., Fanget D., Laurence S., Reboul C. *La souffrance psychique des exilés : Une urgence de santé publique*. Paris : Médecins du Monde, Centre Primo Levi, 2018 : 34 p. En ligne : https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s_Rapport%20pages.pdf

• Le Goff G., Zeroug-Vial H. *Cliniques et migrations [dossier]*. *Cahiers de Rhizome*, 2017, n° 63 : p. 5-97. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2017-1.htm>

LES MIGRANTS FACE AU COVID-19

• Comité international de la Croix-Rouge. *Note sur la protection des migrants face à la pandémie de Covid-19*. Genève : CICR, 2020 : 7 p. En ligne : https://www.icrc.org/fr/download/file/117873/fr_public_note_on_the_protection_of_migrants_in_the_face_of_the_covid-19_pandemic.pdf

• Agier M., Atlani-Duault L., Desgrées du Loû A., Hérin F., Durand A., Wand S., et al. *Les migrants dans l'épidémie : un temps d'épreuves cumulées [dossier]*. *De facto*, 2020, n° 18 : 56 p. En ligne : https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers20-05/010078534.pdf

• Marsaudon A., Dourgnon P., Jusot F., Wittwer J. Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour. *Questions d'économie de la santé*, 2020, n° 253 : p. 1-6. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-253-anticiper-les-consequences-de-l-epidemie-covid-19-et-des-politiques-de-confinement-pour-les-personnes-sans-titre-de-sejour.html>

DANS LES REVUES : DOSSIERS ET NUMÉROS SPÉCIAUX

• Unterreiner A., *coor.* Parentalités en migration : Normes, pratiques et perceptions [dossier]. *Revue des politiques sociales et familiales*, 2020, n° 134 : p. 5-122. En ligne : <https://www.caf.fr/presse-institutionnel/recherche-et-statistiques/publications/revue-des-politiques-sociales-et-familiales/revue-des-politiques-sociales-et-familiales-ndeg-134>

• Marsella S., Dauvrin M., Heymans S., Lievens C.-M., Gunes C., De Ridder P., *et al.* La santé des migrants : Ancrer le soin dans un séjour précaire [dossier]. *Santé conjugulée*, 2020, n° 90 : p. 11-48. En ligne : <https://www.maisonmedicale.org/-La-sante-des-migrants-Ancrer-le-soin-dans-un-sejour-precaire-.html>

• Halley des Fontaines V., Kerouedan D. Santé des migrants [dossier]. *Actualité et dossier en santé publique*, 2020, n° 111 : p. 14-62. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>

• Daure I., Reveyrand-Coulon O., Idris I., Perbet E., Masoni A., Alla M., *et al.* Clinique de la migration : apports de l'interculturel [dossier]. *Le journal des psychologues*, 2020, n° 375. En ligne : <https://www.jdpsychologues.fr/revue/le-journal-des-psychologues-ndeg375>

• Bouchaud O., Cailhol J., Desgrées du Loû A., Vignier N., Lefebvre O., Maille D. Santé des migrants (I) : Données générales et accès aux soins [dossier]. *La Revue du praticien*, 2019, vol. 69, n° 5 : p. 545-572. En ligne : <https://www.larevuedupraticien.fr/dossier/sante-des-migrants-i-donnees-generales-et-acces-aux-soins>

• Bouchaud O., Cailhol J., Lombrail P., Baubet T., Saglio-Yatzimirsky M.-C., Tantet C., *et al.* Santé des migrants (II) : Situations de vulnérabilité [dossier]. *La Revue du praticien*, 2019, vol. 69, n° 6 : p. 667-686. En ligne : <https://www.larevuedupraticien.fr/dossier/sante-des-migrants-ii-situations-de-vulnerabilite>

• Clavagner I., Abbas S., Vignier N., Namoune-le-Moal N., Bamberger M., Zerr M., *et al.* La santé des migrants [dossier]. *La revue de l'infirmière*, 2019, vol. 68, n° 251 : p. 15-36. En ligne : <https://www.em-consulte.com/revue/REVINF/68/251/table-des-matieres/>

• Cavalin C., *coor.* Populations migrantes : violences subies et accès aux soins [n° thématique].

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2019, n° 17-18 : p. 309-360. En ligne : <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/index.html>

• Tessier S., Kotobi L., Boussouar M. Interculturalité, médiation, interprétariat et santé [dossier]. *La Santé en action*, 2017, n° 442 : p. 8-40. En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00004091

• Lot F., Quelet S., *coor.* La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique [n° thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017, n° 19-20 : p. 371-436. En ligne : <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/index.html>

• Cognet M., Hoyez A.-C., Poirer C. Expériences de la santé en migration [Dossier]. *Revue européenne des migrations internationales*, 2012, vol. 28, n° 2 : p. 7-170. En ligne : <https://journals.openedition.org/remi/5841>

DOSSIERS DOCUMENTAIRES, BIBLIOGRAPHIES

• Safon M.-O. *Les enquêtes auprès des migrants : bibliographie thématique*. Paris : Irdes, 2020 : 111 p. En ligne : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-enquetes-aupres-des-migrants.pdf>

• Defaut M. *Migrations et santé : dossier documentaire*. Dijon : Ireps Bourgogne-Franche-Comté, 2020 : 48 p. En ligne : https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/md-dossier_doc_migrants-vdef.pdf

• Cultures&Santé asbl. *Parentalité et migrations*. Bruxelles : Cultures&Santé, coll. Dossiers thématiques, n° 10, 2020 : 42 p. En ligne : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/63-parentalite-et-migrations-n-10.html>

• Cultures&Santé asbl. *Migrations, vulnérabilités et santé mentale*. Bruxelles : Cultures&Santé, coll. Dossiers thématiques, n° 13, 2019 : 58 p. En ligne : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/386-migrations-vulnerabilites-sante-mentale.html>

• Safon M.-O. *La santé des migrants : bibliographie thématique*. Paris : Irdes, 2018 : 298 p. En ligne : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>

• Migrations santé. *Femmes immigrées : Droits - Conditions de vie - Santé - Vieillesse*. *Bibliographie*. Montreuil : Migrations santé France, 2016 : 10 p. En ligne : <https://migrationsante.org/wp-content/uploads/2020/07/Bibliographie-Femmes-immigr%C3%A9es.pdf>

• Migrations santé. *Vieillesse et migration : Bibliographie sélective*. Montreuil : Migrations santé France, 2015 : 10 p. En ligne : <https://migrationsante.org/wp-content/uploads/2017/01/MS-bibliographie-Vieillesse-migration.pdf>

ASSOCIATIONS, FONDATIONS

Afrique Avenir

Espace d'échanges et d'actions en faveur des populations d'origine africaine en France et en Europe, l'association a pour vocation de contribuer à la mobilisation des personnes et familles d'origine africaine et de les inciter à assumer leurs responsabilités pour leur mieux-être en développant des actions pour la santé, l'intégration sociale et économique et l'éducation à la citoyenneté. L'association a développé la web-série afro « Les Bonnes Nouvelles » avec l'association « Vers Paris sans sida ».

<http://www.afriqueavenir.fr>

<https://lesbonnesnouvelles.org/>

Comede – Comité pour la santé des exilés

Association loi 1901 créée en 1979, le Comede ou Comité pour la santé des exilés a pour objectif d'« *agir en faveur de la santé des exilés et défendre leurs droits* ». Elle propose des soins et des aides concrètes aux exilés. Composé d'une équipe pluridisciplinaire. Le Comede est présent en Île-de-France, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, dans la Loire et en Guyane. Il gère également un centre de formation, un centre de ressources nationales et une ligne téléphonique. Le Comede édite la revue trimestrielle *Maux d'exil* sur la santé des personnes exilées. En partenariat avec Santé publique France, il propose les livrets de santé bilingues en 15 langues ainsi que le guide pour les professionnels.

<http://www.comede.org/>

Croix-Rouge française

La Croix-Rouge française mène des actions auprès des populations en situation d'exil en vue de garantir leurs droits et besoins fondamentaux: premiers soins infirmiers, accueil, écoute et orientation, transferts vers la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), etc.

<https://www.croix-rouge.fr/Nos-actions/Action-sociale/Personnes-migrantes>

Cultures&Santé

Cultures&Santé est une association sans but lucratif belge de promotion de la santé, d'éducation permanente et de cohésion sociale, située à Bruxelles et active sur la Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle met en œuvre et soutient plus spécifiquement des actions à destination des personnes vivant dans des contextes où les inégalités sociales se font particulièrement sentir et parmi elles, les personnes migrantes. Elle met ses ressources méthodologiques et documentaires à la disposition des professionnels du champ de la santé, du social, de l'éducation permanente et de la formation.

<https://www.cultures-sante.be/>

Fondation de France

Dans le cadre de son programme « Solidarité Migrants », la Fondation de France encourage les projets d'appui psychosocial visant à soulager les personnes victimes de psycho trauma, rebâtir l'estime de soi et construire des perspectives sur le long terme pour favoriser l'intégration. Elle soutient également les personnes les plus vulnérables et se mobilise pour venir en aide aux populations fuyant

les conflits armés et la misère. Elle apporte son soutien aux projets qui apportent une aide sanitaire aux populations au cours de leur parcours migratoire.

<https://www.fondationdefrance.org/fr/sante-migrants>

InfoMIE : Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers

L'association InfoMIE est une plateforme nationale visant à concourir à la protection, à la défense et à l'accès aux droits (dont le droit à la santé), et à l'insertion sociale et professionnelle des mineurs et jeunes majeurs isolés étrangers, en outillant notamment les différents acteurs accompagnant et travaillant avec ces jeunes. Son site propose de très nombreuses ressources : dossiers thématiques, texte de référence, documentation, etc.

<http://www.infomie.net/>

Médecins du Monde France

Présent en France au travers de 15 délégations menant plus de 60 programmes ainsi que dans 73 pays, Médecins du Monde est un « mouvement international indépendant de militants actifs qui soignent, témoignent et accompagnent le changement social ». Militant pour l'accès aux soins des plus vulnérables, Médecins du Monde agit pour le droit des migrants à la santé, pendant leur parcours migratoire ou dans leur pays d'accueil en aidant ces populations à intégrer un parcours de soins classique.

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/populations/migrants-deplaces>

Médecins Sans Frontières

Médecins Sans Frontières offre, depuis 2015, une assistance médicale d'urgence aux migrants sur le territoire français, notamment aux mineurs non-accompagnés via l'ouverture en 2017 à Paris d'un centre d'accueil et d'orientation médical et administratif pour les mineurs non-accompagnés, en collaboration avec plusieurs associations et réseaux citoyens, ou encore le lancement d'un réseau d'hébergement solidaire.

<https://www.msf.fr/eclairages/medecins-sans-frontieres-en-france>

Migrations santé

Migrations Santé est une association qui se propose de contribuer à la promotion de la santé des migrants, des réfugiés et de leur famille et à l'accès aux soins et aux droits pour une meilleure intégration, ceci en développant des actions de proximité, de formation et d'information.

<https://migrationsante.org>

Samu social de Paris

Depuis 2015, la Mission Migrants du Samu social de Paris est chargée de réaliser, à la demande de l'Agence régionale de Santé, un ensemble d'actions sanitaires en direction des personnes migrantes en Île-de-France. Composée d'infirmier.e.s et de traducteurs allant à leur rencontre dans les centres d'accueil ou sur les campements, elle réalise des bilans infirmiers, prodigue des soins et oriente vers des structures de soins extérieures. Elle exerce également un rôle de veille sanitaire.

<https://www.samusocial.paris/rencontrer#MM>

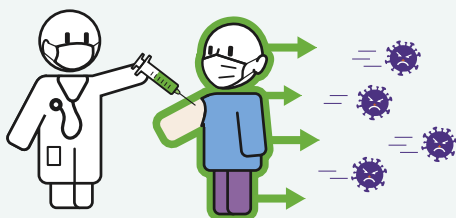


Vaccins Covid – Pour comprendre

Janvier 2021

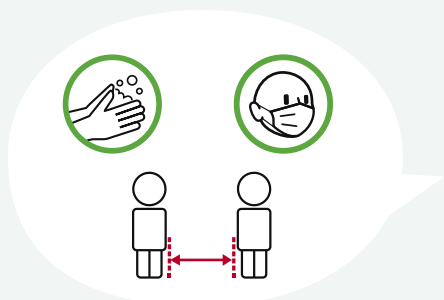
Vaccins Covid-19, les infos à connaître

À quoi servent les vaccins ?



Grâce aux vaccins, votre corps apprend à reconnaître la Covid et à se défendre.

Les vaccins Covid sont très efficaces pour se protéger des formes graves de la Covid.



Même vaccinés, nous devons continuer les gestes barrières (masque, lavage de mains, distance).

Qui peut se faire vacciner ?

Le vaccin est proposé aux adultes. Certains sont prioritaires :

- personnes âgées
- personnes avec une santé fragile (par exemple cancer, maladies rares)
- personnes qui ont plus de risque d'attraper la Covid. Par exemple les personnes qui vivent en foyer, les professionnels de santé.

