

2018

ÉTUDE :
OBSTACLES SUR LE
PARCOURS DE SOINS
DE FEMMES IMMIGRÉES
DANS LA MÉTROPOLE
LILLOISE

PRÉSENTATION



LE NON-RECOURS AUX SOINS

Le **Groupe de Recherche et de Réalisation pour le Développement Rural (Grdr)** est une association internationale de droit français créée en 1969 sous l'impulsion de ressortissants d'Afrique de l'Ouest vivant en France. Elle mène des actions de développement dans divers domaines auprès des personnes immigrées dans leurs pays de départ, de passage et d'accueil (Afrique de l'Ouest, Maghreb et France).

L'**Antenne Hauts-de-France du Grdr** anime depuis 2015 un projet contribuant à l'insertion sociale des femmes immigrées de la métropole lilloise. D'un côté, l'association intervient auprès des femmes immigrées dans trois quartiers politique de la ville dans les centres sociaux L'Arbrisseau et Lazare Garreau à Lille Sud, le centre social Boilly au sein du quartier Epidème à Tourcoing et le centre social Nautilus dans le quartier Epeule à Roubaix. À partir des besoins et des questionnements des femmes, des ateliers collectifs d'échanges leur permettent de mieux comprendre les codes, fonctionnements et démarches de la société française : logement, santé, droits des femmes, école... De nombreux services et associations sont rencontrés, soit au sein des ateliers, soit par le biais des visites des lieux avec les femmes, pour qu'elles puissent ensuite mieux connaître les acteurs de leur territoire de vie et les solliciter. De l'autre, le Grdr propose un appui aux professionnels et bénévoles de l'accompagnement socio-sanitaire en animant des journées de formation et des groupes de travail sur l'approche interculturelle.

Suite aux besoins et questionnements de professionnels et de femmes immigrées au sujet de la santé, le Grdr a organisé en mai 2017 avec l'association RIFEN un forum d'échanges intitulé « **Femmes immigrées : quelles approches de l'interculturalité dans les soins et l'accompagnement social ?** ». Une étude a ensuite été menée de janvier à juin 2018 afin d'approfondir les réflexions initiées et de mieux comprendre les difficultés des femmes immigrées en termes d'accès aux soins. Effectuée dans le cadre d'un stage de master de socio-anthropologie, elle examine les obstacles sur le parcours de soin de femmes immigrées de la métropole lilloise.

Plusieurs études sur le recours aux soins des immigrés ont montré qu'en France, les immigrés sont en moins bonne santé que les natifs. Il est de plus constaté un moins bon état de santé des immigrés de première génération, surtout pour ceux originaires d'Europe du Sud et du Maghreb. Une synthèse de ces travaux, réalisée en 2012, met en lumière le moindre recours au médecin par la population immigrée. Cela est d'autant plus prononcé pour les femmes, notamment les femmes immigrées maghrébines, qui réalisent par exemple moins d'examen cliniques gynécologiques que les femmes françaises¹.

Selon l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE)², le non-recours « renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre ». La Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale Hauts de France distingue trois motifs de non-recours aux droits et services³ :

- la méconnaissance des droits
- l'absence de demande de droit soit volontaire pour des raisons financières, d'estime de soi, de désintérêt, soit subie en raison des difficultés pour y accéder, d'un doute sur son éligibilité, de la crainte d'un traitement différentiel
- le refus d'attribution des droits demandés.

Cette absence de recours aux droits dans le domaine sanitaire peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé physique et la santé mentale des individus mais également affecter d'autres sphères de la vie (professionnelle, familiale, sociale). Le non-recours aux droits et services touche majoritairement des personnes invisibles dans l'espace public, dont les populations immigrées.



LA SANTÉ EN SITUATION INTERCULTURELLE

Peu de professionnels de santé étant formés à la communication interculturelle, un certain nombre d'entre eux hésitent à considérer la notion de culture dans leurs pratiques. Certains appréhendent en effet d'enfermer les patients dans des stéréotypes stigmatisants : « *En France, la seule évocation de la culture des migrants, des immigrés apparaît comme une attaque directe contre les principes les plus centraux et les plus sacrés de la tradition politique française*⁴ ».

Néanmoins, explorer les différences culturelles pourraient permettre aux professionnels d'avoir une meilleure connaissance des patients, de se détacher de représentations inconscientes et d'intégrer dans leurs pratiques des éléments qui font sens pour les patients.

Notes

1. BERCHET C., « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, n°172, IRDES, 2012 /
2. <https://odenore.msh-alpes.fr/> / 3. DRJSCS, Université Lille 3, CPAM Hainaut, *Non-recours et renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité, Les cahiers de la DRJSCS*, 2017 / 4. CAILLE et CHANIAL, cités par SICOT et TOUHAMI dans « Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère », *Anthropologie et Santé*, n°10, 2015



MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE ET PUBLICS RENCONTRÉS

Afin de mieux comprendre le moindre recours aux soins de femmes immigrées, cette étude cherche :

- à identifier certains des obstacles sur leur parcours de soin à travers leurs témoignages et ceux des acteurs du milieu socio-sanitaire
- de les expliquer grâce aux recherches scientifiques menées à ce sujet
- à trouver d'éventuelles solutions, ou a minima amorcer des stratégies permettant de s'y adapter au mieux.

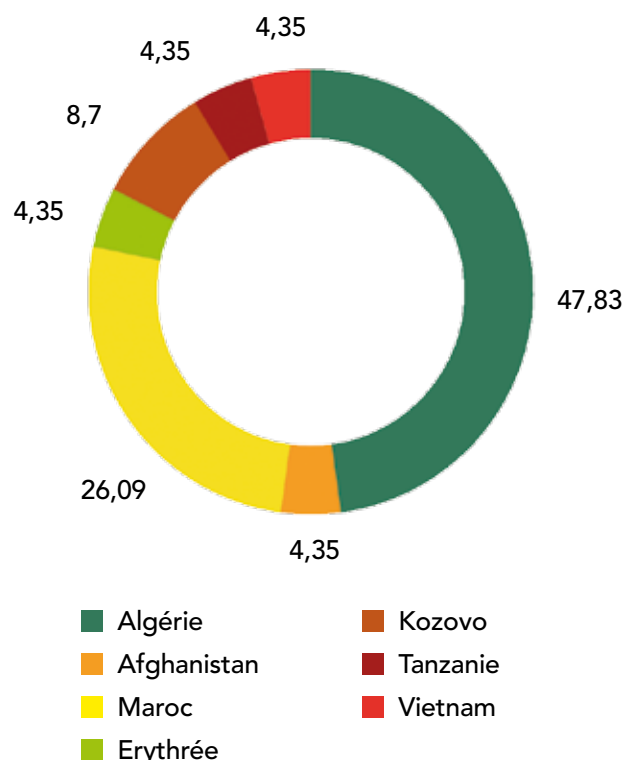
Ce travail a été réalisé à partir d'observations, d'ateliers d'échanges sur le thème de la santé avec les femmes et d'entretiens avec des professionnels ou bénévoles du domaine socio-sanitaire.

Dix entretiens ont été réalisés avec des professionnels de différents corps de métiers : médiateurs santé, médecins bénévoles, médecin en centre hospitalier, psychologue bénévole, psychologue en centre hospitalier, travailleurs sociaux. Les entretiens individuels ont balayé des thèmes pouvant avoir une influence sur le parcours de soin des femmes, tels que les pratiques quotidiennes des professionnels, les interactions avec les publics rencontrés, l'offre de soin du quartier, la politique de la ville, les caractéristiques du public « femme immigrée », les difficultés rencontrées et les stratégies mises en place. Les apports de ces entretiens ont été complétés par des témoignages des professionnels du secteur socio-sanitaire lors des formations interculturelles du Grdr.

Plusieurs ateliers d'échanges ont été menés auprès de 23 femmes immigrées dans les quartiers d'intervention du Grdr à Lille, Roubaix et Tourcoing. **La plupart des femmes viennent du Maghreb (73%), et de pays à majorité religieuse musulmane (78%). Parmi les femmes maghrébines, 65% sont originaires d'Algérie, 35% sont originaires du Maroc. La plus jeune est âgée de 21 ans et la plus âgée de 65 ans.** Les ateliers ont été l'occasion d'échanger sur leurs représentations de la santé, leur connaissance du système de soins en France, leurs habitudes et leurs appréhensions.



Pays d'origine des femmes étudiées (%)



Cette étude laisse entrevoir deux types d'obstacles auxquels se heurtent les femmes immigrées dans leur parcours de soin : des obstacles endogènes et exogènes.

OBSTACLES INDIVIDUELS SUR LE PARCOURS DE SANTÉ DES FEMMES IMMIGRÉES



DIFFÉRENTES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DU SOIN

« Il y a toujours un mélange de magie, et c'est vrai qu'on ne comprend pas, on observe les faits et on essaye de les expliquer, mais pour eux, c'est un sort. » - Mathieu, médecin bénévole

« Il y a un aspect culturel, des choses que nous, Occidentaux, on ne comprend pas. »
- Roxane, médecin bénévole

Chez les femmes interrogées, la définition de la santé se situe majoritairement dans le normatif : les femmes associent directement la santé au « sport », au fait de « bien manger », « bien dormir », ce qui souligne leur adhésion aux messages institutionnels. Toutefois, elles ne définissent à aucun moment la santé comme un état positif, de bien-être. Elles la caractérisent toujours en termes d'absence de pathologie : « pas de maladie », « pas de folie ». Or, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ces représentations spécifiques de la santé sont chez ces femmes à l'origine de normes et d'attentes qui pourraient en partie expliquer leur moindre recours au soin. En effet, si ces femmes n'évaluent leur santé qu'en termes de présence de pathologies identifiables, leur recours au soin est forcément plus faible que celui des individus pour qui les visites chez le médecin doivent être régulières, dans une démarche de contrôle et de prévention. De même, la santé « à la française » implique l'accès à la culture, aux vacances, aux loisirs... De tels éléments n'entrent pas en compte chez ces femmes pour déterminer si leur état de santé est bon. Leur vision de la bonne et de la mauvaise santé n'est pas la même que celle des natifs et des professionnels;

ce qui est pathologique pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre, la demande de soin sera différente, le diagnostic et les recommandations des professionnels de santé ne seront pas accueillis de la même manière. Dès lors, ce décalage influencera leur parcours de soin : régularité des visites chez les médecins, suivi plus ou moins continu, bonne prise de traitement...

Les représentations de la maladie sont forcément plus visibles dans les interactions interculturelles puisque les problèmes ne se posent pas de la même manière au sein des cultures. Il est donc indispensable de replacer la maladie dans un contexte socio-culturel : les faits culturels sont englobés dans les intérêts économiques, politiques, de développement. Les éléments sociaux et politiques conditionnent les représentations de la maladie et sa prise en charge. L'ordre social se traduit à travers les corps, c'est ce que Didier Fassin, anthropologue, appelle l'incorporation des inégalités. Cet aspect est appuyé par le discours des professionnels qui mentionnent régulièrement le fait que les patients « somatisent », ce qui expliquerait certains de leurs symptômes physiques par leurs vécus et leurs traumatismes.

Du côté des professionnels, les différences de représentation de la santé peuvent également constituer un frein à la prise en charge. Il est souvent difficile pour ces professionnels de comprendre les représentations de la santé des patientes venues d'ailleurs, surtout pour celles originaires d'Afrique Subsaharienne, tellement elles diffèrent de celles de nos sociétés Occidentales. En effet, celles-ci peuvent expliquer leurs problèmes de santé par une



dimension symbolique, voire magique (sort, magie noire...), ce qui peut nous sembler relever de la fabulation. La difficulté se situe alors des deux côtés : les femmes reprochent aux professionnels de ne pas prendre en compte l'importance des éléments spirituels dans leurs vies, tandis que les professionnels doivent réussir à démêler et distinguer ce qui relève du pathologique et du symbolique. De plus, les rites et traditions des sociétés d'origine des femmes demandent aux professionnels un effort d'adaptation constant pour que leur suivi soit accepté par les patientes. Une négociation s'entame alors entre les deux parties qui doivent d'une part mettre de côté leurs représentations, mais aussi d'autre part, s'efforcer à accepter celles de l'autre, afin qu'un juste milieu, le plus neutre possible, soit trouvé pour que le suivi porte ses fruits.

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour aller plus loin : Les formations sur l'approche interculturelle proposées par différentes associations, telles que le GRDR et la RIFEN dans le Nord, offrent des espaces de réflexions et d'échanges pour mieux appréhender les situations d'interculturalité. De même, l'ethnopsychiatrie peut permettre de comprendre et de lever certaines barrières ; ce courant explore en effet l'alliance entre le soin et la culture. Les auteurs suivants s'y sont intéressés : Georges Devereux, Claude Lévi-Strauss, Maurice Godelier, Jeanne Favret-Saada, Tobie Nathan...



LA PLACE DE LA SANTÉ

« Les primo-arrivantes, mais même les personnes comme toi et moi, juste éloignées du soin, après un divorce, une perte de travail, la santé n'est pas une priorité du tout. » - Julietta, médiatrice santé

« Mon patient, le pourquoi il est là est complètement en arrière-plan, il y pense mais il n'a pas tellement le temps d'y penser parce qu'il vit au jour le jour, ce qui fait qu'il est inquiet, se soigner n'est pas une priorité. » - André, psychologue

Alors que dans nos sociétés, la santé est une priorité pour beaucoup d'entre nous, ce n'est pas forcément le cas pour ces femmes, parfois isolées, ou dans des situations irrégulières et/ou précaires. Elles peuvent vivre dans une temporalité différente de celle des natifs, une temporalité centrée sur d'autres priorités. De nombreux professionnels soulignent l'urgence des besoins de survie avant la santé, qui ne peut arriver qu'en arrière-plan dans les

priorités de certaines personnes immigrées, surtout au vu de la difficulté administrative que représente un accès au soin : « Il y a une grosse lourdeur administrative qui est vraiment compliquée. Alors que la priorité des personnes, ce sont les besoins primaires : manger, dormir, se nourrir » (propos d'une assistante sociale en centre hospitalier). La dimension de la santé est davantage prise en compte chez les immigrées installées, résidant en France depuis plusieurs années, qui ont la sécurité d'avoir leurs besoins primaires assurés.

Le problème de priorisation de la santé se situe aussi du côté des professionnels pour qui la santé est évidemment essentielle, mais ne constitue « qu'une priorité parmi d'autres »⁵. Les frontières entre travail social et travail sanitaire sont parfois floues et l'articulation entre les deux secteurs peut parfois être compliquée. Cette faille entre le suivi social et le suivi sanitaire peut à son tour provoquer une interruption dans le parcours de soin de ces femmes (parfois avant même qu'il n'ait commencé). Une meilleure coordination des différents champs d'action serait donc favorable à tous les acteurs du parcours de soin des femmes immigrées.

POUR ALLER PLUS LOIN

Des initiatives en matière de coordination des acteurs sociaux et sanitaires sont déjà à l'œuvre sur certains territoires. Dans la métropole lilloise, des services et associations proposent de mettre en réseau et d'articuler les activités sur des thématiques ciblées : tels que le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole pour les personnes sans domicile et/ou en situation de précarité, les Pôles Ressources Santé, l'équipe Diogène dans le champ de la santé mentale des populations en grande précarité...



LA PEUR DU MÉDECIN

« Pour les femmes migrantes, il y a une certaine méfiance, un discours un peu tout fait, une appréhension. » - Roxane, médecin bénévole

La peur du médecin est un obstacle soulevé par les travailleurs sociaux qui suivent les femmes dans leurs parcours de soin. Cette peur est réelle, et peut s'expliquer par le manque de confiance que ces femmes ressentent.

Notes

5. BOSSIERE D., « Favoriser le travail en réseau entre les travailleurs du social et ceux de la santé », La Santé en Action, n°435, INPES, 2016, p. 14

Le parcours de migration fragilise énormément la confiance en soi de ces femmes, qui, une fois en France, se retrouvent non seulement portées par les différents acteurs qui les accompagnent sans vraiment être actrices de leurs parcours, mais doivent aussi se plier à des injonctions institutionnelles. Tous ces éléments peuvent créer chez elles un manque de légitimité qui les fait se sentir inférieures aux Français de naissance, surtout lorsqu'il s'agit d'individus aux statuts élevés et respectés, tels que les médecins.

Pour contourner le contact direct et la prise de rendez-vous parfois difficile, les femmes immigrées adhèrent aux campagnes de dépistage, organisées gratuitement par les associations, centres sociaux ou centres de santé de quartier. Cela représente pour elles l'occasion de faire un bilan de santé sans que la question de leur statut administratif, de leur ouverture de droit ou la question financière ne rentrent en compte. Les dépistages constituent également pour les travailleurs sociaux et les médiateurs santé l'opportunité de nouer un premier lien avec ces femmes éloignées du système de soin, et débiter un suivi qui passera par l'ouverture de droits, l'entrée dans le système de soin et une meilleure insertion sociale. Par exemple, dans le cadre d'un dépistage du cancer du sein organisé par le Centre de Santé Polyvalent de Lille Sud, certaines femmes ont pu prendre conscience de l'importance de la question et ont décidé de commencer un suivi.

POUR ALLER PLUS LOIN

Les rencontres et dépistages collectifs propose une modalité intéressante pour initier un parcours de soin avec des personnes éloignées du système de santé. Des associations lilloises, telles que Médecins du Monde ou le Centre de Santé Polyvalent de Lille Sud organisent ainsi des dépistages gratuits, des journées d'informations pour sensibiliser et aller à la rencontre de tous les publics.



LES MÉDECINS HOMMES ET FEMMES

« Le fait d'être un homme pour les examens gynécologiques, ça peut poser problème. Ceci dit, ça pose rarement problème aux femmes, c'est plus quand elles sont accompagnées d'un homme. »
- Mathieu, médecin bénévole

Le fait d'être prise en charge par un homme peut être un obstacle chez les femmes immigrées – notamment musulmanes. En effet, celles-ci expriment une gêne, un inconfort à être examinée par un homme, notamment s'il s'agit d'examens gynécologiques. Elles soulignent en effet qu'avec les femmes, elles sont « plus à l'aise pour parler et enlever les vêtements ».

Toutefois, cette idée est nuancée par certains professionnels qui précisent que le refus total de prise en charge par un homme est plus important quand les maris des femmes sont présents. Les femmes concèdent en effet que s'il n'y a pas de femme médecin disponible, un homme médecin sera tout aussi compétent. C'est parfois pour leurs maris que cette interaction est inadmissible. Certaines sociétés patriarcales ou certains individus entretiennent un rapport de domination plus marqué qu'en France entre les hommes et les femmes, ce qui se ressent lors des consultations médicales. Le mari peut alors représenter un obstacle dans le parcours de soin. Cette difficulté peut être néanmoins contournée par un temps de suivi plus conséquent qui permettra aux professionnels de la santé d'établir un lien de confiance avec la femme, mais également avec son mari, facilitant ainsi la prise en charge.

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour atténuer cette difficulté, le Centre Françoise Minkowska spécialisé en psychiatrie transculturelle, propose par exemple un temps de suivi plus conséquent qui inclut le mari afin d'établir un lien de confiance et de faciliter la prise en charge.



LE RÔLE DES LIENS SOCIAUX

« Le public des femmes immigrées ne se lâche pas facilement. Le côté rassurant pour elles, c'est d'être à deux, trois ou quatre. »
- Julietta, médiatrice santé

« Qu'est-ce qu'on va dire de moi ? C'est la honte ! »
- Khadija, femme immigrée

« L'accès au soin se fait par le bouche-à-oreille, le réseau. » - Roxane, médecin bénévole

Les liens sociaux sont un atout essentiel dans le parcours de soin des femmes immigrées. En effet, en arrivant en France, ces dernières ont tendance à se regrouper par communautés dans des réseaux dans lesquels circulent les informations et au sein desquels les femmes s'entraident. Ainsi, la plupart des femmes connaissent les associations d'accès aux droits par le bouche-à-oreille. C'est un élément capital dans leur parcours de soin puisque les acteurs non-institutionnels que sont les associations sont souvent les premiers interlocuteurs de ces femmes quand elles ont besoin d'être orientées (que ce soit en matière de soin, ou dans d'autres domaines). Néanmoins, la sphère sociale a une autre facette qui peut parfois compliquer le recours au soin : le regard des autres. Plusieurs professionnels soulignent en effet que le regard des autres a une forte importance chez les femmes immigrées, qui peuvent renoncer à aller chez le médecin pour ne pas se faire remarquer et éviter le qu'en dira-t-on (« elle va chez le médecin, elle ne va pas bien », « elle doit être malade »), favorisé dans ces communautés plus ou moins minoritaires et fermées. La santé faisant partie de la vie intime et pouvant parfois constituer un tabou, la visibilité des démarches de soin de ces femmes peut finalement freiner leur mise en oeuvre. De même, elles ne savent pas ou oublient souvent que le médecin est soumis au secret professionnel et craignent donc que ce dernier aille répéter leurs problèmes à la première connaissance qu'il traitera par la suite.

POUR ALLER PLUS LOIN

Les professionnels rencontrés soulignent l'importance de la confiance, qui peut prendre du temps à se construire, mais qui passe par l'écoute, la compréhension et le réconfort, outils essentiels des professionnels. De plus, les médiateurs santé constituent un intermédiaire pertinent entre des individus isolés et l'entrée dans la boucle de soin. A Lille, d'autres acteurs permettent ce lien entre quartier et

- médecins : ce sont les ambassadeurs santé qui ont
- pour but de promouvoir la santé, de prévenir les
- comportements à risque et d'informer les habitants
- d'un quartier quant à l'offre de soin disponible. Les
- ambassadeurs santé bénéficient de ce statut créé à
- l'initiative de l'Espace Santé du Faubourg de
- Béthune il y a quelques années. Le rôle de ces
- acteurs est d'autant plus important que les
- associations de soin qui peuvent venir en aide aux
- personnes isolées ne sont pas forcément connues
- de tous, et n'ont pas toutes une grande visibilité.



LA PUDEUR

« Elles ont du mal à aborder leur santé intérieure. A partir du moment où on aborde la vie affective ou sexuelle, il y a une grosse barrière. »
- Thierno, médiateur santé

Un élément récurrent dans les observations menées est la pudeur qu'ont ces femmes à évoquer les thèmes relevant de la sphère privée : la santé, la sexualité, les sentiments. Lorsque ces sujets sont abordés, les femmes ne franchissent jamais les limites du discours normatif, totalement dépersonnalisé et dépourvu de tout avis ou expérience individuelle. Dès lors, la démarche d'aller vers un professionnel de la santé se trouve complexifiée. Cette retenue, plus proche de la pudeur que de la peur de se dévoiler, peut être atténuée par le collectif, où les femmes sont toutes amenées à se dévoiler un peu, et se situent ainsi toutes en situation d'égalité. Bien qu'aborder des sujets intimes soit difficile pour nous tous, cette difficulté peut être accentuée par des habitudes culturelles qui délimitent les sphères du public et du privé avec plus de précision et de résistance que les nôtres.

POUR ALLER PLUS LOIN

Le rapport au corps et à l'intimité est forgé par la culture, et l'environnement dans lequel un individu évolue. S'informer sur les cultures d'origine des personnes immigrées, parfois directement avec elles, peut permettre de mieux comprendre les réactions de gêne, de pudeur ou même d'hostilité lorsque l'intimité physique ou psychique est abordée.



LA PROXIMITÉ

« Se rendre une première fois chez le dentiste ou l'ophtalmo, c'est pas facile. On a un public fragile, la proximité est très importante. »
- Julietta, médiatrice santé

Les modes de sociabilité des femmes rencontrées sont souvent limitées au quartier, qui représente leur zone de confort. Ainsi, les médecins qu'elles vont voir se situent tous dans leur quartier, ce qui leur permet de s'y rendre à pieds. Sortir de l'entre-soi est une difficulté pour les femmes. En effet, beaucoup préfèrent par exemple marcher des kilomètres plutôt que de prendre le métro, car elles ne s'y sentent pas en sécurité. De la même façon, beaucoup de femmes immigrées sont complexées par leur maîtrise de la langue française – que beaucoup d'entre elles tendent à sous-évaluer. Par conséquent, parler français et subir le regard des autres est une épreuve pour elles. Dans ce sens, elles privilégient autant que possible la solution « de quartier », la proximité, pour répondre à leurs besoins.

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour lutter contre le non-recours aux soins, il semble important de proposer une offre de soin à proximité des lieux d'habitation des femmes immigrées. Ainsi, dans certains quartiers de Lille, comme le Faubourg de Béthune ou Lille Sud, des actions de santé communautaire ont été mises en place, proposées, construites et gérées en partie par les habitants afin de favoriser l'insertion dans un parcours de soin.



LES LIENS FAMILIAUX

« Je ne veux pas que mon fils aie des diabolos [aérateurs transtympaniques, système de drainage des oreilles] car mon beau-frère me le déconseille, ça s'est mal passé pour lui. »
- Jasmine, femme immigrée

Pour les personnes immigrées, les liens familiaux peuvent parfois représenter les seuls repères présents dans une société inconnue. Lorsque les femmes ont besoin d'aide ou de conseil, leurs familles peuvent être les premiers groupes vers lesquels elles se tournent. Pour les plus isolées, les liens familiaux peuvent même être les seuls rapports sociaux qu'elles entretiennent. De plus, ils représentent souvent les seuls liens qu'entretiennent encore les immigrés avec leur pays d'origine et sont ainsi précieusement entretenus par ces derniers.

D'autres enjeux se jouent à travers la santé. Les modes de traitement peuvent être par exemple en opposition aux valeurs familiales. De plus, l'individu migrant peut constituer la seule source de revenus pour sa famille, qu'elle soit en France ou restée dans le pays d'origine. Dès lors, l'individu ne veut ou ne peut pas se permettre de prendre soin de sa santé. Ces éléments expliquent l'importance qu'a l'avis du cercle familial sur les modes de vie des immigrés.



OBSTACLES EXTÉRIEURS ET SYSTÉMIQUES



LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ

« Il y a ce pourquoi ils ont fui, le parcours d'exil, puis la situation dans laquelle ils se situent au moment où on les reçoit : situation précaire, instable, incertaine, avec de l'attente, une attente propice à la décompensation, donc d'emblée la question sociale et administrative est toujours présente. » - André, psychologue

« On a des personnes qui ont fui pour des raisons économiques, qui n'ont pas forcément vécu des événements traumatisants au pays, mais ils arrivent ici et se retrouvent en situation instable et irrégulière. » - Karine, psychologue

La migration constitue une étape de vie majeure, et un tournant dans la santé et le parcours de soin d'un individu. En migrant, les individus subissent la plupart du temps un déclassement qui les place dans une situation de fragilité économique et sociale. Or, il est communément admis que l'état de santé d'un individu est lié à sa position sociale. Cette fragilité sociale recouvre plusieurs déterminants sociaux de la santé, identifiés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui expliqueraient en partie un moins bon état de santé et un moindre recours au soin chez les immigrés que chez les natifs. Ce fait ne s'explique pas par la migration en tant que telle, mais par l'isolement social et les conditions de vie difficiles auxquels les immigrés sont plus exposés. Ces facteurs influent sur leur santé, selon la conception européenne de celle-ci qui englobe les aspects physique, mental, et social.

L'Assurance Maladie quant à elle utilise différents critères pour évaluer la précarité d'une situation (selon le score EPICES) : existence d'un suivi social, existence d'une assurance maladie complémentaire, situation de famille, habitat, existence de difficultés financières, accès au sport, aux loisirs, aux vacances, existence de liens sociaux sur lesquels compter moralement et matériellement en cas de difficultés... Certaines conditions indispensables doivent être réunies selon l'OMS pour qu'un individu soit en bonne santé : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable »⁶. Toutes ces variables ont un impact sur l'état de santé d'une personne et peuvent

potentiellement influencer son parcours de soin. L'accès au soin dépend donc plus largement de l'accès aux droits, qui permet, par l'accès à un logement, à des liens sociaux, à la culture, à un individu de se maintenir en bonne santé. C'est pourquoi l'OMS a défini en 1986 la promotion de la santé comme « un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes ».

Les conditions pour un parcours de soin optimal ne dépendent donc pas uniquement des individus, mais aussi des politiques publiques qui peuvent agir sur les inégalités sociales de santé (définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale »⁷). Des solutions concrètes sont proposées : l'élaboration d'une « politique publique s'attaquant en amont aux déterminants macro-économiques, culturels, environnementaux » qui pourrait se traduire par des actions environnementales ou de redistribution des richesses, le renforcement « des aptitudes individuelles de plus défavorisés », le renforcement « des communautés les plus défavorisées » et la création de « milieux favorables »⁸ et surtout l'amélioration des conditions de vie et de travail. Toutefois, l'application de ces mesures ne passe pas seulement par l'État, mais aussi par les travailleurs sociaux qui favorisent l'accès aux droits et l'amélioration des conditions de vie des individus. Néanmoins, les professionnels du secteur social ne sont que très peu formés à la question de la promotion de la santé et à la santé en règle générale qui ne constitue qu'une très faible partie de leurs formations, notamment par manque de temps et par « l'absence de mention explicite dans les référentiels de formation »⁹. En 2015, le gouvernement a mis en place un plan d'action interministériel pour la promotion du travail social, qui comprend « la formation intersectorielle et interprofessionnelle » afin de « favoriser la coopération entre les intervenants et de faciliter le travail en réseau » pour que la lourde tâche de faire le lien entre professionnels de la santé et professionnels du social pèse moins sur les individus en difficulté¹⁰. L'optimisation des conditions d'accès au soin et du parcours de santé des personnes en situation de précarité, notamment les immigrés, dépasse le pouvoir d'action des premiers concernés et dépend d'acteurs pluridisciplinaires.

Notes

6. Organisation Mondiale de la Santé, 1986

7. GUICHARD A., POTVIN L., « Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », Réduire les inégalités sociales en santé, La Santé en Action Dossier, INPES, 2010, p. 38

8. Ibid., p. 46

9. KARRER M., « Promotion de la santé : un cadre pertinent d'intervention pour les travailleurs sociaux », La Santé en Action, n°435, INPES, 2016, p. 13

10. BOSSIÈRE D., « Favoriser le travail en réseau entre les travailleurs du social et ceux de la santé », La Santé en Action, n°435, INPES, 2016, p. 14



LA LANGUE

« La barrière de la langue, un vrai problème. Il y a un gros travail à faire sur cette question là. »
- Mathieu, médecin bénévole

« On parle anglais, on prend des traducteurs de fortune, un ami qui rend service, mais après quelle place on leur donne ? On fait avec, on bricole. »
- Karine, psychologue

Dans un parcours de soin où des femmes immigrées rencontrent des professionnels de la santé, la langue peut constituer un obstacle majeur qui se pose dès le début du parcours de soin. En effet, le fait de prendre rendez-vous chez un professionnel constitue la première difficulté dans la prise en charge des femmes immigrées : la communication entre deux personnes aux langages différents est compliquée, d'autant plus lorsqu'elle se fait par téléphone, où les gestes et les mimes sont inutiles. Les femmes se retrouvent alors démunies face à des professionnels qui ne sont pas forcément formés à la communication interculturelle et qui peuvent se montrer impatients ou irrités. Ces échanges placent les femmes dans une situation inconfortable qui accroît leur sentiment d'insécurité et d'infériorité, et qui explique que certaines, même si elles parlent un français largement compréhensible, s'auto-censurent et ne sont pas assez sûres d'elles quant à leur maîtrise du français pour oser appeler un médecin. Ainsi, le sentiment de manque de légitimité des femmes amplifie l'obstacle de la communication difficile.

La barrière de la langue est un obstacle pratique qui fait également l'unanimité chez les professionnels : c'est la difficulté la plus évidente et la plus récurrente dans les rendez-vous médicaux en situation d'interculturalité. Cette difficulté semble facile à surmonter, grâce à l'interprétariat, mais dans les faits, le recours à l'interprétariat professionnel est compliqué. En effet, malgré les incitations de l'État à développer l'interprétariat dans les structures de soin, ce recours est complexifié non seulement par la lourdeur de la démarche (souci de planification), par le manque de budget, mais aussi parce que seules les langues les plus courantes peuvent bénéficier d'interprétariat. C'est pourquoi les professionnels de la santé ont souvent recours à des aides informelles (principalement les collègues, mais aussi la famille ou l'ensemble

de la communauté), mais qui relèvent souvent du « bricolage » et qui constituent de la traduction approximative (« un Marocain ne va pas forcément parler le même arabe qu'un Saoudien, mais il faut faire avec »). Beaucoup de professionnels s'appuient également sur la communication non-verbale pour essayer de mieux comprendre leurs patients : le langage corporel permet effectivement de percevoir nombres d'éléments sur l'état physique du patient, son état psychologique, le degré de confiance instauré dans la relation médecin-patient, sa disposition à être pris en charge, etc.

Toutefois, ces stratégies d'adaptation ne permettent pas un suivi optimal puisque rien ne remplace un échange verbal direct entre un médecin et son patient, surtout dans le domaine de la santé où les ressentis doivent être exprimés avec précision. La spécificité du jargon médical, l'aspect intime de ce sujet apparenté à la sphère privée et la précision sur laquelle repose le diagnostic médical sont autant d'éléments qui s'ajoutent à la barrière initiale du soin et la renforcent. Accéder au soin est important, mais la façon dont cet accès se fait a également un impact majeur sur la prise en charge.

POUR ALLER PLUS LOIN

- Faute de financement dédié à l'interprétariat, les professionnels et les services sociaux et de santé peuvent solliciter ponctuellement l'aide d'associations locales de personnes immigrées pour les traductions, comme par exemple les associations du réseau FORIM (Forum des Organisations de Solidarité Internationale issues des Migrations)



LA COMPLEXITÉ DU SYSTÈME DE SOIN FRANÇAIS

« La carte vitale, c'est l'essentiel, sans ça, on est perdues. »
- Ginette, femme immigrée

Beaucoup de femmes immigrées ne comprennent pas le système de soin français. La tradition écrite de notre pays alourdit considérablement toutes les démarches administratives qui peuvent vite se révéler kafkaïennes, d'autant plus pour des personnes primo-arrivantes ou venues d'ailleurs. Même si elles connaissent le système en surface (savent ce qu'il faut faire, quelques orga-



nismes essentiels, les principaux papiers à fournir), elles n'en comprennent pas pour autant le fonctionnement. Bien que la carte vitale semble être pour elle le symbole essentiel à un parcours de soin efficace en France, elle ne savent pas définir précisément son utilité et en quoi elle est indispensable. En effet, ces femmes retiennent les indications des différentes associations et travailleurs sociaux qui les accompagnent dans leur parcours de soin, mais de façon purement pragmatique : « *j'ai besoin de ça pour aller là* ». Elles n'arrivent pas pour autant à se situer dans ce parcours et à comprendre leurs rôles et leurs droits dans cette grande machine administrative.

La difficulté est accentuée pour les primo-arrivantes qui ne seraient ni prises en charge, ni informées, et souvent désorientées lors de leur arrivée en France. Hormis les rendez-vous à la préfecture, ces femmes ont difficilement les informations sur leurs droits en matière de santé. Certains professionnels déplorent le fait qu'il n'y ait aucun service de santé dédié aux primo-arrivants qui pourrait leur expliquer leurs droits et les démarches et que leur situation de santé ne soit pas suivie dès leur arrivée sur le territoire.

La spécificité des démarches administratives pour les personnes immigrées est également difficilement prise en compte par les professionnels. En effet, les institutions et leurs acteurs sont souvent eux-mêmes en manque d'information ou de formation, ce qui nuit à leur efficacité. De plus, les changements fréquents et subtils des protocoles et procédures ne font qu'accroître le flou des démarches administratives pour les professionnels comme pour les bénéficiaires. Enfin, les professionnels sont débordés par le manque d'articulation et le manque d'effectif ; ils ne peuvent donc pas être performants sur tous les fronts et couvrir tous les thèmes. Ces éléments montrent qu'une meilleure mise en réseau des différents professionnels pourrait être bénéfique pour tous et permettrait de mieux articuler les différentes démarches administratives.

POUR ALLER PLUS LOIN

Plusieurs associations sur la métropole lilloise aident les personnes immigrées dans leurs démarches administratives, notamment d'accès au système de santé, comme par exemple La Cimade, Aïda, la Croix-Rouge...



LES DISCRIMINATIONS

Les discriminations dans le parcours de soin sont une réalité. Certaines femmes ont témoigné d'expériences avec des médecins annulant ou refusant tout rendez-vous : c'est le refus de soin. Malgré l'ambiguïté de la législation à ce sujet, le Code de Santé Publique stipule que « *le médecin doit écouter, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap et leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* »¹¹, et ajoute « *qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* »¹². Toutefois, les pratiques de certains médecins restent douteuses : refus de soin, retenue de la carte vitale en attendant le paiement, refus de soigner les patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale d'État (AME).

POUR ALLER PLUS LOIN

En cas de refus de soins et/ou de discriminations, les médecins ou professionnels de santé discriminants peuvent être dénoncés à la sécurité sociale et à l'ordre des médecins. De plus, la personne victime peut aussi écrire directement au procureur pour porter plainte. Les délégués du Défenseur des droits ainsi que des associations spécialisées, comme le collectif Kif-Kif à Lille, orientent et accompagnent les personnes victimes de discrimination.

Notes

11. Article R4127-7 du Code de la Santé Publique

12. Article L1110-3 du Code de la Santé Publique

RADAR DES FREINS

AU RECOURS AUX SOINS DES FEMMES IMMIGRÉES

Cet outil radar permet de représenter le degré d'incidence de plusieurs critères freinant le parcours de santé. Il comprend 5 niveaux.

A qui cet outil s'adresse-t-il ?

Ce radar s'adresse aux professionnels du social ou du sanitaire (travailleurs sociaux, médiateurs santé, médecins, ...), et tous les professionnels travaillant auprès de publics immigrés et les accompagnant dans leur parcours de soin. Cet outil doit permettre aux professionnels de mieux analyser les blocages et obstacles aux recours aux soins des femmes migrantes prises en charge afin de proposer des solutions plus adaptées à chaque situation.

Quand et comment l'utiliser ?

Ce radar peut être utilisé dans les situations suivantes :

- Lors d'une première rencontre pour se représenter et comprendre les freins et proposer des pistes d'améliorations qui pourraient être mises en place tout au long du suivi.
- Lorsque qu'un ralentissement ou une stagnation dans un suivi avec une personne immigrée est identifié. Il peut permettre d'analyser la situation sous un spectre culturel et de l'évaluer à partir de critères identifiés et établis.
- Lors d'un point d'étape avec la personne suivie pour évaluer la progression par rapport au premier radar effectué.

Ce radar est divisé en cinq parties, chaque partie correspondant à un possible obstacle dans le recours aux soins de la personne suivie. Pour chaque critère, il s'agit d'évaluer, sur une fourchette de 0 à 5, l'importance de l'influence que ce critère peut avoir sur le recours aux soins.

0 = ce critère ne pose aucun problème

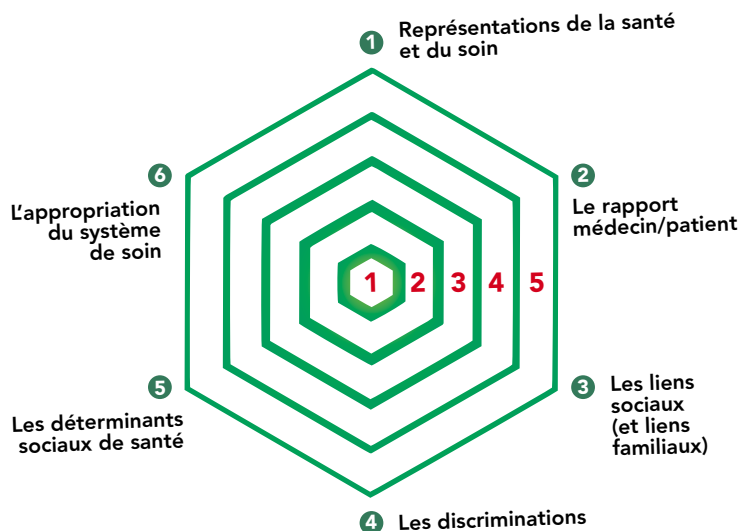
5 = ce critère est un obstacle majeur

Les critères seront identifiés pour chaque personne suivie, ils peuvent varier d'un individu à un autre. De même, la pondération affectée à chaque critère est subjective et peut varier pour un même critère selon la personne qui remplit le radar. **L'important dans cet outil n'est pas d'obtenir une image exacte du recours ou du non-recours aux soins des personnes suivies, mais de visualiser les marges de progression possible et d'identifier des leviers d'action.**

Les différents critères : (les questions posées ne sont pas exhaustives et sont proposées à titre indicatif. Il est possible de les compléter en fonction des besoins, des pratiques, et des publics rencontrés.)

- **Les représentations de la santé et du soin :** comment la personne considère-t-elle la santé, la maladie et le soin ? La santé est-elle une priorité pour la personne ou passe-t-elle au second plan ? La personne a-t-elle recours à des médecines

5 degrés pour évaluer l'importance de l'obstacle



« traditionnelles » ? Percevez-vous des représentations de la santé ou de la maladie différentes des représentations occidentales (magique, mystique...) ? Etes-vous confronté à un blocage interculturel (non compréhension du point de vue de l'autre, de son positionnement) ? ...

- **Le rapport médecin/patient (peur du médecin, genre du médecin, pudeur) :** la personne est-elle anxieuse, réservée, intimidée ou hostile avec vous ? Le fait que vous soyez un homme ou une femme pose-t-il problème dans la prise en charge ? La personne refuse-t-elle de se dévoiler physiquement ou émotionnellement ? ...
- **Les liens sociaux (et liens familiaux) :** la personne a-t-elle peur de consulter seule ? Ses connaissances ont-elles une influence sur son parcours de soin ou son rapport à la santé ? La famille a-t-elle un impact quelconque sur le parcours de soin de la personne ?
- **Les déterminants sociaux de santé :** la personne est-elle dans une situation sociale instable, compliquée ou précaire qui influence son parcours ? Existe-t-il un changement social fort à travers son parcours migratoire (déclassement, accès au sport et aux loisirs, environnement de vie...) ?
- **L'appropriation du système de soin :** la personne comprend-elle le système de soin français ? Où en est-elle dans ses démarches administratives liées à son statut, à santé ? Est-elle déstabilisée ou découragée par les démarches administratives ? A-t-elle connaissance des acteurs sanitaires de proximité ?
- **Les discriminations :** la personne rencontre-t-elle des difficultés liées à son origine, son sexe, sa religion, son statut administratif ? A-t-elle déjà subi des discriminations de la part de professionnels de la santé ? ...

Le non-recours aux soins des femmes immigrées représente un enjeu important et apparaît être une problématique persistante qu'il s'agit de mieux comprendre. La présente étude a mis en lumière une multiplicité des obstacles et souvent une pluralité de causes à l'absence de recours aux soins des femmes immigrées. Il n'existe bien entendu pas de solution toute faite et les leviers sont parfois difficiles à mettre en œuvre. Néanmoins, quelques pistes de travail ont été présentées pour chacun des obstacles identifiées et nous proposons ci-après un outil simple de diagnostic des causes du non-recours aux soins. Une des priorités semble être de décloisonner les professionnels et les services en favorisant un travail de collaboration plus accentué.

CERTAINS DES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LA MÉTROPOLE LILLOISE

Médecin Solidarité Lille

112 chemin des Postes
59120 Loos
Tél. 03 20 49 04 77

Equipe Diogène Site de Saint-André

1 rue de Lommelet
59850 Saint-André-lez-Lille
3^{ème} étage du bâtiment B
Tél : 03 59 09 04 28
diogene@epsm-lm.fr

L'ABEJ

Tél : 03.66.19.07.10

Pôles ressources santé (Faubourg de Béthune, Fives, Lille Sud, Moulins, Wazemmes)

Service santé de la Ville
de Lille
Direction des solidarités
et de la santé
service.sante@mairie-lille.fr
Tél : 03 20 49 56 14

Les ambassadrices santé du Faubourg de Béthune

**E.S.P.A.C.E Santé du
Faubourg de Béthune**
76 Boulevard de Metz
59000 Lille
Tél : 03 20 57 00 29

Centre de santé polyvalent

462 Rue du Faubourg d'Arras
59000 Lille
Tél : 03 20 96 19 51

BIBLIOGRAPHIE

BERCHET C.

« État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », Questions d'économie de la santé, n°172, IRDES, 2012

BOSSIERE D.

« Favoriser le travail en réseau entre les travailleurs du social et ceux de la santé », La Santé en Action, n°435, INPES, 2016, p. 14

CAILLE et CHANIAL,

cités par **SICOT et TOUHAMI** dans « Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère », Anthropologie et Santé, n°10, 2015

DRJSCS, Université Lille 3, CPAM Hainaut, Non-recours et renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité, Les cahiers de la DRJSCS, 2017

GUICHARD A., POTVIN L.

« Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », Réduire les inégalités sociales en santé, La Santé en Action Dossier, INPES, 2010, p. 38

SICOT F., TOUHAMI S.

« Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère », Anthropologie et Santé, n°10, 2015

WARIN P.

« Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », Caisse nationale d'allocations familiales : Informations sociales, n°178, 2013

CETTE ÉTUDE DU GRDR A BÉNÉFICIÉ DU SOUTIEN DE



DRJSCS

Direction Régionale de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion Sociale



Tourcoing



CRÉDITS

Charlotte Le Meter, coordination et rédaction
Julien Loock, conception graphique
Grdr Hauts-de-France 235 Boulevard Paul Painlevé, 59000 Lille
grdr.org