Document généré le 12 oct. 2024 06:21

**International Review of Community Development**
**Revue internationale d'action communautaire**

# Phénomène d'acculturation et santé du migrant
# The Health of Migrant Workers and Problems of Acculturation
# El fenómeno de aculturación y la Salud del migrante

Jacqueline Alfatli et Nazim Alfatli

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1034831ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1034831ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)
2369-6400 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Alfatli, J. & Alfatli, N. (1979). Phénomène d'acculturation et santé du migrant. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 105–108. https://doi.org/10.7202/1034831ar

Résumé de l'article

Le migrant traduit dans son corps les difficultés de son acculturation. C'est à partir de cette compréhension de la dimension culturelle des maladies du migrant que l'équipe médicale peut intervenir. La Maison médicale de GRACE-HOLLOGNE, quartier populaire de Liège composé à 40 % d'habitants immigrés vise à intégrer ceux-ci dans un processus de prise en charge collective, à l'intérieur du quartier et d'une communauté. Autogestion, conseils de patients, travail de groupe, approche culturelle de la maladie physique et mentale caractérisent le fonctionnement de cette maison médicale.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1979

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

# Phénomène d'acculturation et santé du migrant

**par Jacqueline et Nazim Alfatli**

La maladie du migrant est un symptôme de son degré d'insertion sociale. On peut généralement définir le type de maladie dont souffrent les migrants turcs ; ce sont là des indicateurs très nets d'un malaise social et des contraintes de l'environnement sur l'immigré en général. "C'est par la maladie physique que l'individu exprimera inconsciemment sa souffrance psychologique."[1] La misère sexuelle affecte spécialement les travailleurs célibataires ou seuls.[2] Les accidents du travail sont aussi un reflet essentiel de la rupture culturelle et sociale par rapport au monde d'origine : le paysan intégré est devenu un ouvrier non intégré dans un milieu essentiellement différent.

La manière de gérer sa propre santé est un autre signe de l'abandon, de la faiblesse ou de la force culturels du migrant. "L'homme se cultive et crée sa culture dans l'acte de nouer des relations, dans l'acte même de répondre aux défis que lui oppose la nature, ainsi que dans l'acte même de critiquer, d'incorporer dans son être et de traduire, dans une action créatrice, l'acquis de l'expérience humaine faite par les hommes qui l'entourent, qui l'ont précédé et par lui-même." (Paulo Freire)

Comment l'immigré turc réagit-il devant la maladie ? Que fait-il de sa santé ? Répond-il, à travers ses réactions, à ces défis de l'environnement nouveau dans lequel il est plongé ?

L'attitude la plus fréquente est la passivité ou l'abandon fataliste. Même lorsque le migrant réagit positivement devant la maladie, il lui arrive de connaître les limites de la communication ; l'ignorance du français rend certains diagnostics impossibles. Sa maladie est alors prise en charge par des intermédiaires : amis connaissant mieux le français, compatriotes pratiquant une aide bénévole.

La femme, plus encore, est apathique face aux problèmes de santé. Ses croyances et les interdits socio-culturels pèsent de tout leur poids dans sa vie sexuelle. Avant de songer à consulter un gynécologue et de pratiquer une forme de contraception, elle a déjà un terrible barrage à franchir !

L'impossibilité de communiquer vient accroître les difficultés, de même que l'ignorance réciproque des modes de références. Ainsi, des gynécologues constatent des échecs répétés en matière de contraception auprès de femmes turques et nord-africaines, qui témoignent pourtant, en venant les consulter, d'une démarche volontaire. Mais combien de médecins peuvent rattacher leur explication, concernant l'usage de la pilule, aux références lunaires traditionnelles encore employées par certaines femmes ?

La femme se réfugie aussi dans la dépression liée à toute forme d'incommunicabilité. Or, qui, plus qu'elle, est solitaire, coupé de tout, objet, victime de l'oppression ?

Dès qu'elle manifeste quelque velléité de révolte, sa propre famille la stigmatise et la désavoue si elle tente de quitter un mari brutal... Les maisons d'accueil de Liège peuvent en fournir maints exemples.

Dans ce contexte, la première tâche d'une équipe médicale sera donc de sensibiliser le milieu des immigrés turcs aux problèmes de santé qui leur

sont spécifiques, de les aider à clarifier les liens qui unissent inévitablement les symptômes de maladie et le vécu difficile de migrant et, enfin, d'entamer ensemble un processus de gestion des questions d'hygiène et de santé.

Il s'agit donc, en définitive, d'un choix politique que seul un autre type de médecine peut réaliser. C'est le choix qu'a posé la maison médicale de Grâce-Hollogne, dont l'alternative est d'intégrer le migrant dans un processus de prise en charge collective, à l'intérieur du quartier et d'une communauté.

**La maison médicale de Grâce-Hollogne**

Compositon
. 2 médecins,
. 3 infirmières,
. 1 kinésithérapeute.

Situation
. Quartier populaire,
. 40 % d'habitants immigrés pour la plupart Italiens, quelques familles turques;
. 45 % de clientèle immigrée.

Fonctionnement global
. Recherche d'une totale autogestion,
. formation de conseils de patients,
. élargissement de l'acte médical au contexte socio-culturel du patient,
. élaboration des méthodes prophylactiques.

Les avantages du travail en groupe sont considérables :
- La complémentarité des fonctions permet d'assumer beaucoup plus de types de soins et d'associer dans un même contexte le traitement des maladies et les relations d'aide psychosociale dans les familles ;
- les réunions entre membres de l'équipe facilitent la mise à jour des problèmes les plus fréquemment rencontrés et permettent de mettre au point plus rapidement des méthodes opérationnelles ;
- les questions administratives multiples sont, elles aussi, prises en charge par le groupe : le migrant est donc assuré d'une plus grande continuité entre les soins médicaux et tous les mécanismes bureaucratiques d'habitude contraignants (mutuelle - recours au Centre public d'aide sociale).
- la position stratégique de l'équipe, sa force représentative lui permettent de jouer un rôle prépondérant auprès des pouvoirs communaux : elle peut défendre les droits des migrants et quand il le faut, être le porte-parole lors des prises de décision qui les concernent ;
- le statut d'Association sans but lucratif permet l'élargissement du collectif strictement médical par l'adjonction de membres au rôle plus social : assistant social, conseiller connaissant la langue... ;
- l'inclusion naturelle du centre dans le tissu social du migrant l'autorise à intervenir dans les conflits du quartier et à aider à la mise en place de meilleures relations de voisinage en prévenant, par exemple, l'expression du racisme ; de même il agit dans la mesure de ses moyens sur les structures locales pour une intégration au milieu.

Les *objectifs* qui guident l'équipe sont :
- d'apprendre à connaître les problèmes spécifiques des migrants ;
- de se familiariser avec ses coutumes, les principes fondamentaux de ses croyances religieuses ;
- de situer au mieux son contexte social antérieur, dans le pays d'origine, et actuel, dans le quartier qu'il habite et dans le travail qu'il exerce ;
- de pouvoir assurer très vite des soins efficaces et donc de faciliter la communication par l'adjonction d'un personnel connaissant la langue du migrant ;
- d'assurer une prévention individuelle et collective par tout un travail de sensibilisation à l'hygiène et à la santé ;
- d'exercer une action réelle sur l'ensemble de la population du quartier afin de supprimer les barrières du racisme et de clarifier auprès des autochtones les problèmes aigus que rencontrent les migrants.

Il est particulièrement difficile d'ajuster les *méthodes* de travail à tous les objectifs et de définir

une stratégie de type unique : nous avons affaire à des groupements humains dont les références socio-culturelles sont très diversifiées. Selon le cas, il faut accepter de n'obtenir des résultats qu'à très long terme, et donc de travailler sans percevoir de changement tangible ; parfois, au contraire, il s'agit de mettre sur pied des actions à l'efficacité immédiate.

Il faut alors éviter de se laisser piéger par la satisfaction que procurent le succès à court terme et les actions ponctuelles pour les resituer dans un ensemble de tactiques dynamiques et raisonnées.

- Pour faciliter la communication, les médecins recourent au personnel d'origine italienne ou aux services du ressortissant turc, mais aussi aux enfants qui connaissent souvent mieux le français et qui sont les interprètes naturels de leurs parents. Ceci permet d'ailleurs aux médecins d'établir des contacts avec ces enfants et d'entamer un dialogue avec eux, qui pourra se poursuivre par une éducation sanitaire de ces enfants.
  Une limite cependant : les parents renoncent à exprimer leurs difficultés d'ordre sexuel par l'intermédiaire de leurs enfants. Quant aux autres interlocuteurs, il faut qu'ils aient gagné la confiance des familles pour assumer ce type de traduction !
- L'équipe médicale tente d'exercer une véritable action éducative dans la communauté turque elle-même par l'intermédiaire de quelques membres déjà plus conscientisés. Ceux-ci sont les relais dans l'établissement d'un rapport créatif entre le groupe médical et l'ensemble des familles turques.
- La collaboration la plus profonde se concrétise dans le conseil des patients. Ce collectif est ouvert à tous les patients. Il permet de réajuster les objectifs généraux de l'équipe médicale et la demande du public ; de tels échanges sont indispensables pour cerner les besoins réels de la population immigrée. Lors des réunions, le collectif de patients est initié au fonctionnement interne et à la gestion de la maison médicale. Jusqu'ici, les résultats restent médiocres : la participation est faible, la plupart des immigrés se sentent encore exclus de l'action médicale ; ils craignent de n'être pas compris et sont les premiers étonnés de cette participation inhabituelle...
  L'équipe poursuit pourtant la réalisation de ce projet, car il est capital dans le processus de prise en charge collective.
- Le nombre de types d'interventions du personnel médical ou d'assistance permet d'éviter les hospitalisations trop rapides ; la famille est aidée au maximum dans les cas difficiles ; si c'est nécessaire, elle est immédiatement mise en rapport avec les services adaptés (garde-malades, aides familiales, etc.)
- Il est difficile de sensibiliser les migrants aux problèmes de santé ; pour eux, le médecin n'intervient que très tard, lorsque le mal s'est bien installé ou devient insupportable. Ainsi l'équipe médicale se trouve-t-elle souvent dans des situations doublement difficiles : d'une part, la maladie est plus longue à traiter ; d'autre part, le moral des patients est généralement atteint. Les implications psychologiques de l'état de maladie n'en deviennent que plus complexes et plus difficilement perceptibles.

Il faut donc mettre en oeuvre tous les *moyens* propres à assurer la prévention individuelle et collective.

Les programmes de prophylaxie sont encore au stade élémentaire ; il s'agit surtout de vaccinations, de mesures pratiques face aux négligences en matière d'hygiène familiale. Certaines dispositions préventives sont réalisables aussi dans le cadre scolaire.

A plus long terme, il faudra réaliser tout un programme au niveau de l'information sexuelle ; actuellement, en ce qui concerne les femmes, la seule occasion d'entamer une quelconque initiation est la grossesse, encore une fois de manière ponctuelle.

Les structures de la maison médicale permettraient, par exemple, l'utilisation de méthodes audio-visuelles, dans le cadre d'assemblées féminines d'une part, masculines d'autre part, pour en arriver petit à petit à une formation de couple...

Le patient possède un carnet de santé dans lequel son histoire est écrite, l'équipe essayant de collecter en plus le maximum de renseignements sur son passé médical. Ainsi n'est-il pas un in-

connu, isolé dans chaque nouvelle maladie – comme si elle était chaque fois la première – ou que le migrant n'appartenait jamais à un quelconque contexte et pouvait être soigné à la manière d'une mécanique endommagée.

Il arrive que les membres de l'équipe médicale soient amenés à intervenir soit au niveau de l'hygiène et de l'aménagement intérieur du logement, soit, tout bonnement, pour faire sortir la famille d'un habitat sordide pour une maison sociale par exemple : c'est déjà un premier pas vers une prophylaxie essentielle : l'hygiène de l'environnement.

En fin de compte, les réunions multiples permettront de plus en plus de réajuster la politique d'action car d'autres questions délicates et inattendues surgissent déjà ; s'il faut définir un type d'action particulier pour les immigrés turcs, appartenant tous à la première génération, il faut aussi savoir que le public jeune ne se heurtera pas aux mêmes difficultés, qu'il faudra donc toujours être attentif à l'extrême mobilité des besoins en matière de santé... et reconsidérer chaque fois tout système de prévention, afin que cette prévention soit réellement efficace et que l'ensemble des soins de santé aide le migrant à surmonter son dilemme intérieur pour le rendre à lui-même...

J. et N. Alfatli

---

**notes**

1 Ph. De Briey, *Les travailleurs turcs et la santé*, mémoire, Université de Louvain, Faculté ouverte de politique économique et sociale, 1977.

2 Nous renvoyons à l'excellent ouvrage de Tahar Ben Jelloun, *La plus haute des solitudes*, Seuil, Paris, 1976.