
Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants

*Djamel CHERIDI**

**Couverture maladie incomplète,
méconnaissance des droits et
du fonctionnement du système de
soins, conditions de logement et
de travail éprouvantes...
Les obstacles à l'accès aux droits
et aux soins des résidents des foyers
sont divers et leur dépassement
nécessite de créer les conditions
de la participation active
des intéressés.**

Entre septembre 1998 et mars 1999, une étude a été menée dans trois foyers AFTAM de la Seine-Saint-Denis sur la situation sanitaire et sociale des résidents. Cette étude s'inscrivait dans le cadre d'une action visant à diagnostiquer les difficultés rencontrées par les résidents des foyers de travailleurs migrants (FTM) dans les domaines de l'accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins. Elle devait servir de base à la mise en œuvre d'actions orientées vers la promotion de l'accès des résidents en situation de précarité aux dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun.

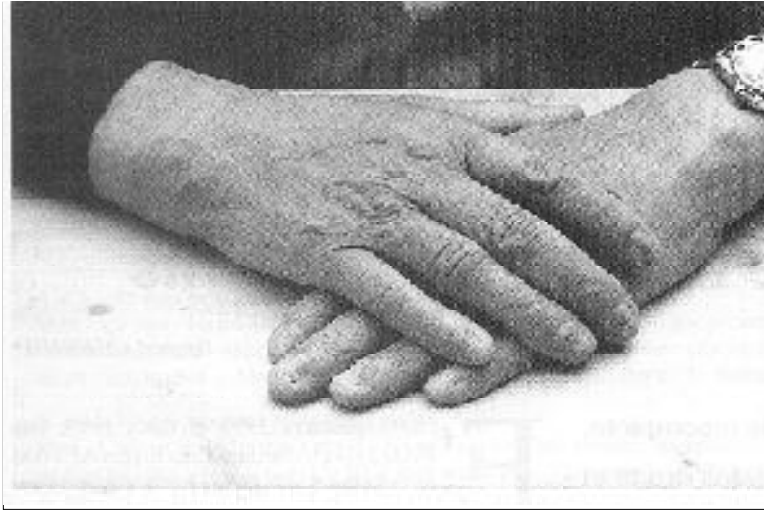
La population concernée par cette enquête correspond au public traditionnel des foyers de travailleurs migrants. Numériquement, la communauté la plus importante est de loin celle constituée par les résidents originaires de la vallée du fleuve Sénégal, les ressortissants maliens, en particulier. Les résidents originaires des pays du Maghreb constituant la seconde communauté.

Pour l'essentiel, les hommes accueillis dans les FTM ne sont passés ni par l'école, ni par un quelconque système de formation professionnelle. Analphabètes en majorité, ils n'ont pas accès à l'écrit et rencontrent des difficultés majeures en matière de communication. Dans la plupart des cas, les résidents ont passé une partie importante de leur existence en foyer. Plus qu'un espace logement, le foyer constitue un lieu de vie à part entière.

Une population socialement fragile

Les résidents de FTM forment ainsi une population qui se trouve ou se trouvera à moyenne échéance concernée par le phénomène du vieillissement. C'est

* *Responsable d'hébergement, AFTAM, Paris*



plus particulièrement le cas de la population maghrébine dont l'âge moyen est sensiblement plus élevé que le public malien. Se pose alors avec une dramatique acuité le problème de la prise en charge sanitaire et sociale d'hommes dont la mobilité et les fonctions sont réduites, dans un cadre de vie totalement inadapté, mais qui pourtant occupe une position tout à fait centrale dans la vie de l'immigré vieillissant. En outre, vieillir en exil (1), c'est vieillir dans une société où, contrairement aux sociétés d'origine, l'expérience sociale et le vécu du « vieux » ne font l'objet d'aucun respect particulier et ne sont pas reconnus, ni valorisés socialement. En vieillissant, l'immigré devient un inactif et, partant, un inutile.

Cela n'est pas sans conséquence sur l'équilibre psychologique des personnes concernées qui sont confrontées au nécessaire travail d'adaptation à une nouvelle identité sociale ; ce qui suppose une remise en ordre et en forme de leur parcours existentiel. Cela suppose aussi de donner un sens nouveau à leur présence en France et une légitimité renouvelée à leur absence du pays d'origine.

Sur le plan socio-économique, on ne peut qu'être frappé par l'instabilité socio-professionnelle et l'insécurité matérielle qui caractérisent l'existence des résidents. Si la majeure partie d'entre eux peut être classée dans la catégorie des salariés, la proportion de ceux qui se trouvent privés d'emploi est considérable. Nombre de résidents se débattent ainsi quotidiennement dans des problèmes sociaux et financiers aigus. En fait, dans bien des cas, chômage et travail sont étroitement

imbriqués ; la frontière entre les deux espaces est floue et l'activité salariée apparaît trop souvent comme une pause plus ou moins longue dans un parcours marqué par l'absence d'emploi.

Au-delà de la distinction classique entre chômage et travail, la situation d'une proportion trop importante de résidents est marquée par la faible visibilité par rapport à l'avenir le plus proche, dans un contexte de pression financière très forte que fait peser la famille restée au pays. Cette situation est génératrice d'un sentiment d'instabilité et

d'insécurité qui s'exprime par une angoisse plus ou moins diffuse, mais presque permanente. La progression de la précarité est un phénomène qui touche l'ensemble de la société (2), mais avec une ampleur plus marquée dans les FTM, où une partie importante de la population concentre un certain nombre de facteurs de vulnérabilité : absence de ressources financières suffisantes et durables, mauvaises conditions de travail et de logement, blocages dans l'accès aux droits sociaux fondamentaux. Ces facteurs contribuent à rendre les personnes concernées plus fragiles devant le risque sanitaire, suscitant des comportements d'auto-dévalorisation et le développement de sentiments d'inutilité sociale et d'insécurité. Plus généralement, la dureté des conditions de travail et la pénibilité des tâches effectuées par la majeure partie des travailleurs migrants ont des effets négatifs sur la santé en augmentant le risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Un accès à la prévention et aux soins insuffisant

Si, dans l'ensemble, la couverture maladie de base est très largement assurée, en revanche, le taux de couverture complémentaire est très en-deçà de la moyenne nationale. Dans la quasi-totalité des cas, l'assurance complémentaire maladie relève de la mutuelle d'entreprise. Ainsi, plus de deux résidents concernés par l'étude précitée sur trois bénéficiaient d'une couverture maladie incomplète ; une partie non négligeable des frais de santé restant à leur charge ; ce qui

constitue un obstacle de taille à l'accès aux soins pour des personnes en situation de fragilité sociale et économique.

Certes, des dispositifs spécifiques existent pour corriger les inégalités : l'aide médicale gratuite (AMG), auparavant, la couverture maladie universelle (CMU) depuis le 1er janvier 2000. Pour autant, les résidents en situation de précarité ne bénéficient pas systématiquement des dispositifs destinés à faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes défavorisées. En outre, les personnes se trouvant juste au-dessus du plafond fatidique des 3 500 francs, c'est-à-dire au niveau du seuil de pauvreté, demeurent exclus de ces dispositifs.

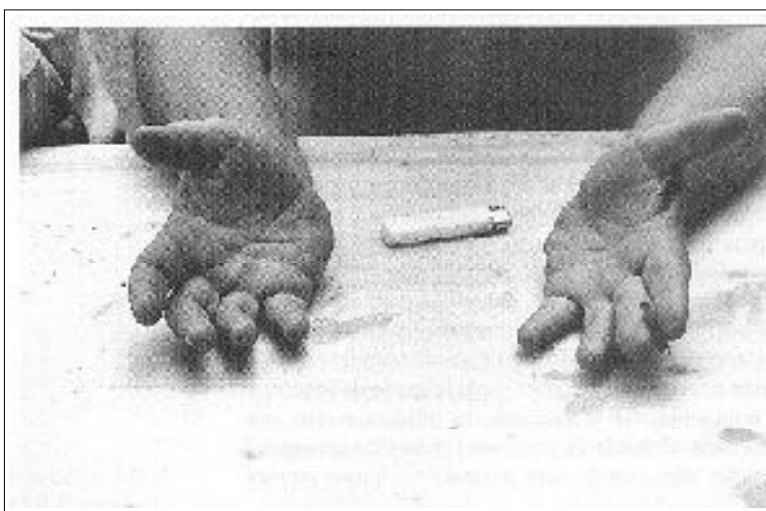
L'un des principaux obstacles réside dans la méconnaissance des droits et du fonctionnement d'un système de soins dont la réglementation et les procédures sont complexes. Les résidents sont souvent ignorants de l'existence des dispositifs spécifiques et/ou de leur fonctionnement. En outre, si la reconnaissance des droits implique que les personnes concernées en soient informées, elle nécessite aussi une démarche volontaire des intéressés dans la mesure où la mobilisation automatique des dispositifs sanitaires et sociaux destinés aux personnes défavorisées n'intervient que pour les seuls bénéficiaires du revenu minimum d'insertion. Or, les résidents des foyers de travailleurs migrants sont très souvent confrontés à des difficultés linguistiques, qui constituent une véritable barrière, et plus généralement à des problèmes d'adaptation aux règles de fonctionnement des organismes publics et administratifs qui opèrent comme des entraves à la communication et suscitent des réflexes d'isolement et de repli sur soi.

La comparaison avec les études menées au niveau national (3) ne permet pas de conclure à une situation particulière dans les FTM, en matière de santé publique. Comme à l'échelle de la société dans son ensemble, les deux domaines pathologiques les plus fréquemment cités par les résidents interrogés sont les problèmes bucco-dentaires et les troubles

de la vue. Par contre, nous avons pu constater une concentration des pathologies en rapport avec le vieillissement, d'une part, et des lacunes inquiétantes en ce qui concerne la prévention et le suivi des traitements dans le cadre d'affections chroniques. Les résidents manifestent, de manière générale, un intérêt peu marqué pour l'information à caractère médical. Pour eux, face à la maladie, l'action ne peut être que curative. Ils n'ont pas conscience d'être dans une situation et d'avoir des comportements susceptibles de les exposer au risque sanitaire. Ainsi, la maladie n'est réellement prise en compte que quand ses effets deviennent visibles et sont ressentis.

Pour autant, on a pu noter une préoccupation latente et diffuse concernant les maladies contagieuses qui peut être mise en relation avec la fréquence relative des maladies infectieuses dans les pays d'origine – en milieu sud-sahélien notamment – d'une part, et des conditions de logement marquées par la promiscuité, d'autre part. La faiblesse relative de l'intérêt manifesté par les résidents pour l'information à caractère médical ne doit donc pas nous conduire à conclure trop rapidement à un désintérêt pour la santé. Il existe en effet chez les résidents une sensibilité diffuse, mais permanente, à tout ce qui a trait à la santé ; celle-ci mettant en jeu la vigueur et, partant, la capacité à assurer la sécurité matérielle des siens.

Cette sensibilité se retrouve dans l'importance accordée par les résidents aux droits sociaux et, en particulier, à ceux qui concernent la protection sociale. L'analyse des demandes émises par les résidents inter-



rogés fait ressortir deux grands domaines d'intérêt : l'assurance maladie, *lato sensu*, et les droits en matière de retraite. Le souci des résidents pour le domaine sanitaire est donc bien réel, mais il ne s'exprime pas dans des termes médicaux. Cette préoccupation apparaît dans l'intérêt accordé aux actions et dispositifs susceptibles de leur assurer un accès aux soins le plus large possible, au moindre coût. Comme on l'a souligné, l'analyse des données issues de l'enquête n'a pas permis de mettre en évidence une situation sanitaire particulière dans les FTM. En revanche, la mise en relation de la problématique sanitaire et des caractéristiques démographiques, socio-professionnelles et culturelles des populations vivant en FTM débouche sur plusieurs constats.

Isolément des foyers et marginalisation des résidents

Les migrants résidant en foyer cumulent un certain nombre de caractéristiques qui se conjuguent pour accroître la vulnérabilité des résidents face au risque sanitaire : absence d'autonomie due à une non maîtrise de la langue et des normes qui régissent les rapports des usagers avec les services publics, dureté des conditions de travail, difficultés accrues dans l'accès à l'emploi stable à temps plein, conditions de logement éprouvantes. Ces difficultés sont aggravées par la situation des foyers de travailleurs migrants qui sont littéralement marginalisés dans les quartiers et les villes d'implantation. L'absence d'intégration urbaine des foyers renforce les problèmes d'insertion sociale des résidents. Et, par effet de retour, ce phénomène contribue à la mise entre parenthèse des foyers qui se trouvent, ainsi, isolés par rapport aux réseaux de circulation de l'information et des personnes.

La promotion de l'accès des résidents à la prévention et aux soins – et plus généralement aux droits sociaux – s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les inégalités et contre les discriminations, et, en l'occurrence, la lutte contre les inégalités dans l'accès aux dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun. Le but recherché étant l'insertion sociale des travailleurs migrants résidant en foyer, dont le mode de logement a longtemps été le symbole du refus d'assurer une insertion véritable de personnes dont on supposait, à tort, qu'elles repartiraient au bout de quelques années.

La promotion de l'insertion sociale passe par un accès plus efficace au droit commun et par la mise en place de passerelles entre les résidents et leur environnement social. Mais la réalisation d'un tel objectif ne se conçoit que dans un contexte de décloisonnement des foyers de travailleurs migrants. C'est dans cette perspective que se situe l'AFTAM qui s'attache, au travers, notamment, d'actions de médiation et d'accompagnement social initiées dans de nombreux établissements, à décloisonner les foyers et à les inscrire dans le quartier et dans la ville, en développant un partenariat avec l'ensemble des acteurs de la politique d'intégration urbaine et sociale

L'objectif poursuivi, ce faisant, est ainsi d'assurer une indispensable fonction de relais afin de permettre aux résidents de se construire comme acteurs dans la démarche d'insertion ou de réinsertion sociale et de se voir reconnaître comme tels. Tant il est vrai, qu'en la matière, on ne pourra mener d'actions véritablement efficaces si l'on ne prend pas conscience, dans le discours et dans les actes, de l'impérieuse nécessité d'associer les résidents en créant les conditions de leur participation active.



(1) Cf. *Vieillir et mourir en exil. Immigration maghrébine et vieillissement*, Presses Universitaires de Lyon, 1993, 148p.

(2) Cf. Haut Comité à la Santé Publique : *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Paris, ENSP, février 1998, 349 p.

(3) Idem : *La santé en France : 1994 – 1998*, Paris, La Documentation Française, novembre 1998.