

Espagne

**María Angustia Martín Quirós,
Nuria Rodríguez Salas,
Eloisa de la Torre Martín (*)**



De tous les travailleurs étrangers en Espagne, 61 % proviennent de pays appartenant au monde en voie de développement. Les pays contribuant à l'immigration de cette main d'œuvre, sans compter les pays de l'UE, sont le Maroc, l'Équateur, le Pérou, la République Dominicaine, la Colombie, Cuba, l'Argentine et les Philippines (Ministère du Travail, 2000). Plus de la moitié sont des hommes (65,3 %) et 34,7 % sont des femmes. Ils travaillent principalement dans le secteur des services. Peu sont attirés par le secteur de l'agriculture, le bâtiment ou l'industrie. Cependant, les secteurs de l'agriculture et du bâtiment sont les secteurs vers lesquels les immigrants se dirigent le plus souvent quand ils n'ont pas de statut légal dans le pays et ainsi, ils ne font pas partie des statistiques officielles. Il est d'opinion courante que ce sont ces secteurs qui connaissent le plus d'immigrants clandestins. La plus grande concentration de travailleurs étrangers, ayant les documents officiels de déclaration de travail et payant la sécurité sociale peut être trouvée à Madrid, en Catalogne et en Andalousie. Un des facteurs déterminant leur position sur le marché du travail est leur niveau scolaire.

Dans la population immigrante, la plupart est en âge de travailler puisque c'est souvent les membres les plus jeunes de la famille qui émigrent. L'employabilité est la clé à l'intégration, essentielle pour obtenir un logement décent et pour permettre aux enfants de faire de meilleures études.

En outre, avoir un travail signifie avoir plus de chances de rester dans le pays. Pourtant les taux d'embauches illégales ou couvertes, l'inactivité et le chômage les plus hauts se trouvent dans ces minorités.

Les travailleurs étrangers âgés de plus de 55 ans représentent 4,4 % de la population étrangère active. Il existe un pourcentage plus élevé d'hommes de plus de 55 ans travaillant que de femmes pour la même catégorie bien que la différence soit minime. Ceux qui dans ce groupe travaillent encore sont catégorisés comme étant en profession libérale. Une grande proportion d'entre eux font du service à domicile (de toutes sortes).

Les Tziganes, autre minorité ethnique à laquelle nous nous intéressons, dont le taux de natalité est élevé et l'espérance de vie moins importante, forment une population jeune dont 50 % est en âge de travailler. Peu de Tziganes possèdent des qualifications professionnelles. Cette section de la population qui pourrait être le bénéficiaire principal des formations continues et des politiques envers l'emploi (ceux âgés entre 16-25 ans) peut être estimée à 100 000 personnes (20-25 % de la population gitane). Ils sont plus souvent sous-employés ou plus souvent non déclarés que le reste de la population espagnole. La plupart des Tziganes ne sont pas salariés, ils sont participants aux affaires familiales informelles, non réglementées (colporteurs, ramasseurs des biens usés, travailleurs saisonniers), une situation qui subit actuellement une transformation

et une régularisation radicales. Le pourcentage de Tziganes, qui dans leurs propres termes ne sont pas considérés comme des travailleurs «traditionnels», c'est à dire travaillant dans le bâtiment, les travaux publics ou la fonction civile, est d'environ 10-15 %.

[...]

Besoins en terme d'aide sociale et de santé

Les problèmes de santé des minorités immigrantes sont habituellement le résultat de leurs conditions de vie plus précaires et plus pauvres. Une mauvaise alimentation, peu de repos, de mauvaises conditions de logement et le type de travail qu'ils occupent, tout cela signifie que certaines maladies sont prévalentes dans certains groupes de cette catégorie : tuberculose, hépatite, les infections de poux et de parasites, ... En outre, la guérison est plus lente et peut ne pas être complète. L'information sur la santé est souvent hasardeuse, manquante ou insuffisante ; les immigrants ont tendance à n'aller chez le médecin qu'en cas d'extrême urgence souvent essayant de chercher assistance auprès des services sociaux en premier lieu. Les problèmes de santé peuvent venir des conditions insalubres dans lesquelles les personnes sont quelquefois obligées de vivre et, dans certains cas sont dus à des pratiques culturelles qui ne vont pas de pair avec la prévention des maladies, mais qui sont issues de leurs traditions, leurs conditions économiques ou leurs croyances religieuses (1).

En général, les personnes vivant clandestinement en Espagne ou travaillant au noir n'ont pas recours aux services sociaux et de santé sauf pour les services d'urgence (presque 30 % d'entre elles utilisent cette forme de services). Les problèmes principaux ne sont pas liés aux accidents imprévisibles ou à des blessures mais viennent d'un manque de régularité dans l'accès aux soins. Les services d'urgence en outre n'offrent pas de services de suivi.

De plus, les immigrants clandestins ne profitent pas des centres de santé publics car ils ont peur que leur présence soit connue par la police. [...]

Les ONG ont dans le passé pris en charge ces services et le font toujours dans certains cas. Ainsi, il est difficile, pour toutes ces raisons, d'affirmer avec justesse l'état de santé des immigrants. Cependant les troubles les plus souvent cités par les

travailleurs marocains (2) sont les maux de tête, des douleurs à la poitrine, les nausées, un malaise général, des douleurs abdominales et des blessures.

La population tzigane souffre également de problèmes spécifiques. Ils sont en général de stature plus petite, cela indiquant des niveaux de nutrition plus bas. Un pourcentage élevé d'enfants tziganes grandissent sans les vaccinations adéquates et sont exposés à des maladies qui sont presque éradiquées ailleurs. Dans certains cas, problèmes de sous-nutrition et de malnutrition peuvent être observés tout comme des accidents involontaires ou des blessures tels que les chutes, brûlures, fractures, empoisonnement.

Gomez (3) souligne un certain nombre de facteurs qui affectent la santé de façon négative les groupes les plus pauvres des Tziganes ou des immigrants : habitudes alimentaires, consommation de drogues et d'alcool. [...]

Mise à disposition des services

Les services sociaux sont de la compétence du Ministère des Affaires Sociales. Alors que le gouvernement national établit le cadre législatif, les Communautés autonomes sont responsables du développement des règles et des procédures. Chaque Communauté Autonome a ses propres règles.

La Loi sur les Nationaux Etrangers, 8/2000 (Article 14), affirme que les résidents étrangers ont les mêmes droits d'accès aux services sociaux que les espagnols. (services généraux & spécialisés). Néanmoins il est accepté que les immigrants, quel que soit leur statut administratif, ont droit d'accès aux services sociaux généraux, droit à partir duquel on peut déduire que les immigrants illégaux n'ont pas droit aux services sociaux spécialisés. Cela, en pratique et quel que soit le statut administratif de la personne, n'est pas vrai puisque les immigrants sont autorisés à accéder aux services sociaux spécialisés quand cela leur est essentiel par décision discrétionnaire. Le fait que cela fonctionne ainsi est une raison suffisante pour donner une impulsion au changement de la législation pour que les immigrants aient droit d'accès aux services sociaux spécialisés non simplement sur décision discrétionnaire mais comme droit reconnu.

Le système de soins de santé fonctionne de la même façon : le gouvernement national établit le cadre général ; chaque Communauté autonome développe ses propres règlements.

L'Article 12 de la Loi sur les Nationaux Etrangers établit le principe que les soins de santé sont accessibles à tous, mais définit qui sont éligibles : «tous les nationaux espagnols et les résidents étrangers à l'intérieur du territoire. Les résidents étrangers sont condamnés à être ceux qui possédant une carte de séjour. Ceux sans permis sont laissés sans couverture. Par conséquent, les immigrants n'ayant pas régularisé leur statut à l'égard de la loi se retrouvent sans droit à une protection médicale.

Selon la législation internationale, nationale et régionale, les immigrants illégaux ou non régularisés ont uniquement accès aux services d'urgence. [...]

En réalité tous les immigrants ont accès aux services de santé. En fait, certaines Communautés Autonomes ont contracté des accords avec les ONG et les associations de migrants afin d'assurer un accès par la population toute entière à la protection sociale et aux soins médicaux. Cette situation pourrait aboutir à un changement dans la législation actuelle. Cependant il est important de souligner qu'il n'existe pas de législation particulière concernant les personnes âgées minoritaires, à aucun niveau gouvernemental.

Statut actuel du système de santé

Les informations disponibles sur la santé des immigrants sont souvent de pauvre qualité ou insuffisantes. Les immigrés vont consulter un médecin principalement pour une urgence et préfèrent habituellement utiliser les ressources sociales qui leur sont ouvertes telles que les ONG et les associations de migrants. Ils peuvent y trouver des informations sur l'accès aux soins médicaux.

Selon le réseau pour l'intégration sociale des immigrants, qui étudia les soins de santé donnés aux immigrants et aux réfugiés utilisant le réseau en 1999 la plupart des usagers (81,2 %) ont utilisé le système de sécurité sociale (62,8 % étant inscrits/enregistrés ou non); 7,9 % ont utilisé les ONG et ceux qui déclarèrent qu'ils ne savaient pas où

aller (3,1 %). IMERSO, 1999.

Bien que les problèmes de santé peuvent être causés par des pratiques et des croyances relatives à des méthodes de guérison traditionnelles (accompagnées d'un manque de ressources financières pour accéder aux soins de santé modernes et efficaces), ces problèmes résultent en majorité du fait que les conditions d'habitat sont choquantes, et les postes de travail occupés sont non sécurisés et souvent dangereux.

En 2000, les chiffres enregistrés en Andalousie sur les soins donnés à la population immigrante sont :

- Soins de santé primaires : 50,1 %
- Soins de santé secondaire (hôpital) : 49,9 % dont les admissions à l'hôpital (7,3 %), et les services d'urgence (92,7 %)

Raisons : accès aux services d'urgence uniquement pour les illégaux, plus facile pour une personne ne connaissant pas la procédure normale d'aller directement aux urgences, accès aux urgences uniquement quand cela est absolument nécessaire, en plus, Almería est la région où se trouvent le plus de travailleurs migrants de pays en voie de développement et font un travail physique très dur dans l'agriculture et l'horticulture – c'est la province qui a le record dans l'utilisation des soins de santé, en particulier pour les urgences. Almería est suivie par la région de Grenade.

L'administration andalouse a initié des mesures en faveur des immigrés pour l'accès aux soins de santé : l'une d'entre elles est la mise à disposition d'un «livret de santé». Ce livret contient tous les documents dont l'usager aura besoin : information sur la nature du système de santé andalous, conseils sur l'accès aux différents services de santé, sur l'obtention d'un droit d'accès temporaire à ce système de santé, les renseignements médicaux du patient, une liste des coordonnées des ONG et des syndicats qui aident à promouvoir l'utilisation des services de santé par les immigrants. Il contient également une brochure sur les dates des vaccinations pour les enfants et les adultes. Toute cette information est actuellement en cours de traduction en Anglais, Français, Arabe et Russe. Ce livret donne des informations au professionnel de santé sur l'usager.

En tant que module participant au programme

pour les soins de santé envers les immigrants, un guide est actuellement en cours d'élaboration, à destination des professionnels (docteurs et infirmières) dans le système de soins de santé primaire. Ce guide inclut les caractéristiques de la population immigrante en Andalousie et souligne les spécificités relatives aux différents groupes de population. [...]

En Catalogne, malgré le fait que les soins de santé soient disponibles universellement, fait établi comme étant un des principes du système de santé de cette province, l'accès des immigrants aux services de santé est toujours très restreint. Le Département de la Sécurité Sociale et de la Santé a mis en place un programme de santé pour la population immigrante en 2001 dont le but est d'identifier et répondre aux problèmes spécifiques des communautés immigrantes et les encourager à utiliser le système de santé.

Une étude faite dans la région de Madrid en 1998 affirme que les immigrants ont tendance à être en bonne santé dans les mois qui suivent leur arrivée. Plus ils restent, plus il est probable qu'ils vont tomber malades ou vont avoir un accident au travail. Les plaintes les plus communes par ordre décroissante d'importance sont : problèmes musculaires et articulaires (liés à des conditions de travail et de vie) ; plaintes psychosomatiques avec des symptômes tels que les maux de tête, de la fatigue des problèmes gastriques et intestinaux qui sont étroitement liés au sentiment de vulnérabilité, de séparation du reste de la famille et du stress général du fait d'être migrant et des maladies respiratoires rendues encore plus graves du fait de la surpopulation dans les logements [...].

Jusqu'à la fin des années 80, quelques Tziganes avaient une couverture sociale et la plupart allait voir les organismes caritatifs locaux ou toute autre institution s'ils avaient besoin de consultation médicale. Cette dernière décennie, la couverture sociale pour les Tziganes s'est améliorée : la Loi sur l'Aide Médicale Universelle de 1989 garantit un accès universel aux services de santé. Depuis, un certain nombre de bureaux de service social ont traité les demandes des familles Tziganes pour un accès aux services de santé locaux, les hôpitaux et les cliniques.

Cependant la population tzigane a une attitude

différente envers la maladie et la santé de celle du reste de la population. Ils montrent peu d'intérêt envers les actions de prévention et semblent avoir peu de conscience collective en ce qui concerne l'éducation relative à la santé et que celle-ci soit appropriée. Ainsi, quand les tziganes ont besoin d'attention médicale, c'est généralement pour un cas sérieux, avec des symptômes présentant une urgence devant être levée le plus rapidement possible. En outre, la plupart des hommes et des femmes tziganes associent la bonne santé au fait de ne pas sentir de douleurs, de ne pas prendre de médicaments et de ne pas avoir de maladies, cela signifie qu'ils ne s'inquiètent pas de leur santé tant qu'ils ne se sentent pas malades, ont des douleurs ou sont dans l'incapacité de vaquer à leurs occupations quotidiennes. Cela limite leur compréhension du concept de santé en tant que phénomène intégré qui implique une approche biologique, psychologique, sociale et préventive. Cela conduit également à l'impression générale que garder une bonne santé dépend du système social mais que les individus, les familles et la communauté enfin, en général, ne peuvent rien faire pour la prévention des maladies. Une telle situation peut conduire à une sorte de dépendance envers les institutions de santé qui empêche les tziganes d'en faire un usage approprié [...].

Ils manquent de connaissances en ce qui concerne leurs droits en tant que citoyens et trouvent difficile de traiter de façon adéquate avec l'administration. Ils ne considèrent pas les services sociaux et de santé comme étant garantis par la société mais plus comme une source de bénéfices spécifiques et immédiats. [...]

Il est clair, qu'étant donné toutes ces problématiques, les centres de santé publics ont des ressources insuffisantes pour répondre à la demande et pour proposer une formation spécifique couvrant la grande variété de services offerts. Il existe également une difficulté dans la compréhension des systèmes de valeurs différents.

Les indicateurs de santé de la population tzigane sont pauvres. Ainsi, les associations tziganes font des efforts significatifs pour promouvoir une meilleure connaissance de la santé au sens large parmi cette population. Le secrétariat général pour les associations tziganes (ASGG), en particulier,

travaille afin de faciliter l'accès par la communauté aux ressources de santé générales en mettant en place des services de médiation. En outre, il développe actuellement une campagne pour une prise de conscience, proposant une formation et des conseils techniques aux institutions privées et publiques et aux associations tziganes.

Les services sociaux

La législation en Espagne fait la distinction entre les services sociaux de la communauté et les services sociaux spécialisés. Les premiers sont la porte d'accès au système. Ces services sont décentralisés et sont plus proches de l'utilisateur et ils vont de pair avec le système de soins de santé primaire. En général, la population toute entière en Espagne peut bénéficier des services sociaux de la communauté bien que la plupart des municipalités demandent une inscription locale comme condition d'usage. Les services sociaux spécialisés sont destinés à des catégories spécifiques de la population telles que les personnes âgées, les handicapés, les immigrants, les enfants, etc. et sont les équivalents des soins de santé secondaires.

Les services sociaux pour les personnes âgées ont augmenté de façon constante. Les politiques et les programmes actuels en gériatrie développés par l'Institut de Migration et de Services Sociaux (IMSERSO) en réponse aux besoins des personnes âgées inclut une grande variété de services tels que la mise à disposition d'aides à domicile, d'assistance téléphonique, des excursions à la journée, des séjours de courte durée en résidence de soins, des programmes de vacances organisées et de cures thermales, des centres de soins, etc...[...]

Le programme d'intégration sociale pour les immigrants est une des stratégies nationales en direction de la population immigrante. Il a été développé par IMSERSO par le biais de son conseil d'administration pour la promotion sociale de la migration et des programmes pour les réfugiés. Ses buts sont larges et incluent l'incitation à l'intégration des immigrants et des réfugiés, le soutien d'activités des corps administratifs et des associations sociales relatives à cette fin. Son but est d'éradiquer la discrimination, promouvoir des bonnes relations basées sur la démocratie et la tolérance, assurer un environnement légal à cet égard et

une stabilité sociale, démonter les barrières empêchant l'intégration, mener des campagnes contre l'exploitation des travailleurs étrangers, et mobiliser la société contre le racisme et la xénophobie.

Une autre avancée significative a été en 1994 la mise en place du programme d'observatoire d'immigration permanent (OPI) afin de rassembler et d'analyser les données de façon systématique dans le but d'élaborer une politique permettant d'appréhender la problématique de l'immigration de façon soutenue. L'OPI est une agence gouvernementale qui dépend de l'IMSERSO où elle a installé ses bureaux. C'est un système d'information centralisé qui reçoit des données de différents centres régionaux, tels que l'Observatoire Permanent de l'Immigration Andalou (OPAM). Actuellement, l'OPI introduit progressivement ses unités dans les différentes communautés et provinces. Son but principal est d'étendre et de consolider ces unités à cette étape et pour l'étape suivante. [...]

L'Espagne met en place actuellement de nouveaux projets d'aide en direction des Tziganes, démontrant que les autorités ont commencé à aborder les problèmes de la population gitane, bien que cela ne soit pas aussi vigoureusement que l'exigent les besoins en cette matière. La participation la plus importante est celle du gouvernement mais les associations gitanes en gèrent la répartition. [...]

En ce qui concerne l'utilisation faite de ces aménagements par la communauté gitane, ils ont tendance à ne pas profiter des services offerts et ont des difficultés à utiliser pleinement les possibilités individuelles disponibles. Cela est principalement dû au fait que les Tziganes ont du mal à entretenir des rapports avec les autorités [...].

Conclusion

Il est clair que par les données rassemblées l'immigration est un phénomène relativement nouveau en Espagne et qu'il continuera à croître. Par exemple, ces cinq dernières années, le nombre des immigrants a doublé, pourtant la capacité des services sociaux et de santé est saturée. Ainsi, nous pouvons affirmer que le pays n'est pas préparé à faire face aux besoins des immigrants nouvellement arrivés, et encore moins encore à ceux qui sont ici de façon illégale et sans papiers.

Dans le cadre du projet MEC, nous avons centré

notre recherche sur les arrivées les plus récentes dans notre pays en provenance du Maroc et des parties de l'Amérique du Sud (Equateur, Colombie et Pérou) ainsi que sur le groupe indigène que compose la minorité ethnique des Tziganes. Toutes ces minorités ont certaines expériences en commun : de mauvaises conditions de vie, un haut pourcentage de demandeurs d'emploi ou travaillant au noir ; un manque de sensibilisation, en particulier parmi les immigrants, sur la façon dont on peut accéder aux services sociaux et de santé, etc...

Tous ces groupes ont un fort pourcentage de jeunes gens dans leurs populations. Notons qu'il n'y a pas d'information ou de données disponibles sur ceux âgés de plus de 55 ans, ni auprès du système de santé, ni auprès des services sociaux. Ce genre d'information, tellement vital pour notre recherche, devra être trouvé lors de la prochaine phase de notre étude.

Le cadre législatif général relatif à la population immigrante relègue les immigrés clandestins dans le non droit aux services sociaux spécialisés et aux soins de santé, sauf pour des soins d'urgence grave. Néanmoins, nous avons observé que ces services sont assurés indépendamment du statut légal de l'immigrant, ce qui nous paraît être une raison suffisante pour amender la loi afin que l'utilisation de tels services devienne un droit plutôt qu'en forçant la bonne volonté des administrateurs ou du personnel médical. Les immigrants ont tendance à utiliser les services des ONG ou des institutions religieuses ou caritatives, en partie pour des raisons culturelles, par ignorance de ce qui est mis à leur disposition, et également par peur d'être dénoncé et expulsé dans le cas d'immigrants sans papiers.

Les problèmes de santé les plus fréquents parmi les immigrants et les Tziganes proviennent principalement des conditions dans lesquelles ils sont contraints de vivre. Les autorités doivent examiner ce problème plus en profondeur car il se situe aux racines de la plupart des problèmes conséquents dont souffrent les minorités ethniques.

D'après nos observations, une série de questions relatives aux services sociaux et de santé sont soulevées inévitablement. Jusqu'à quel point les services sociaux et de santé et leur personnel professionnel sont-ils prêts à recevoir ces groupes ? Qu'est ce

qui est fait pour remédier à la situation ? Et comment ces agences se préparent-elles à recevoir ces groupes dans le futur ? Nous pouvons nous attendre à ce que les réponses soient plutôt négatives, mais une recherche plus approfondie est nécessaire afin de produire des données appropriées pour que les problèmes soient compris en détail, et que des propositions spécifiques applicables à tous les groupes soient faites.

Il est essentiel de regarder la situation des immigrants et des minorités dans le contexte de la hausse alarmante du racisme et de la xénophobie qui affecte toutes les sociétés européennes et qui n'a pas épargné l'Espagne.

Le multiculturalisme est plus un concept intellectuel qu'une pratique réelle dans la société espagnole. Nous devons nous interroger, comme le fit un des membres de la communauté africaine de Barcelone, sur quels aspects de notre style de vie nous sommes prêts à lâcher afin de mettre en place une société multiculturelle et en bénéficier ■

(*) **María Angustia Martín Quirós** : Professeur associé au Département de psychologie sociale de l'Université de Grenade.

Nuria Rodríguez Salas : psychologue-gérontologue. Eloisa de la Torre Martin : Travailleur social.

1. Solas, O. , Ugalde, A. (eds) (1997), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Mongografias de la EASP. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica.

2. Ugalde, A. (1997), "Salud e Inmigración economica del Tercer Mundo en España", in O. Solas, A. Ugalde (eds), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Mongografias de la EASP. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica.

3. Gómez, E. (1998), "Descripción analítica de la población pobre", in EDIS L. Ayala, F. Esteve, A. Garcia, R. Muñoz, V. Renes, G. Rodriguez, *Las condiciones de vida de la población pobre en España*. Madrid : Fundacion FOESSA.

