



HAL
open science

Trajectoires de santé et trajectoires migratoires chez les migrants sud-asiatiques en France : la santé à l'épreuve de la précarité et du sentiment d'isolement

Anne-Cécile Hoyez

► **To cite this version:**

Anne-Cécile Hoyez. Trajectoires de santé et trajectoires migratoires chez les migrants sud-asiatiques en France : la santé à l'épreuve de la précarité et du sentiment d'isolement. Migrations Société, 2015, L'immigration sud-asiatique en questions, 27 (161), pp.157-172. halshs-01360384

HAL Id: halshs-01360384

<https://shs.hal.science/halshs-01360384>

Submitted on 8 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Trajectoires de santé et trajectoires migratoires chez les migrants sud-asiatiques en France : la santé à l'épreuve de la précarité et du sentiment d'isolement

Anne-Cécile Hoyez¹

Résumé :

Cet article propose de discuter des liens complexes entre recours aux soins, états de santé et trajectoires migratoires des personnes originaires du sous-continent indien en revenant sur deux études menées dans deux terrains différents en France. Pour traiter des trajectoires migratoires et de santé de cette population, l'article met en miroir des discours recueillis auprès de médecins généralistes d'origine indienne exerçant auprès d'une patientèle tamoulophone en Ile-de-France, et des propos recueillis auprès de migrants primo-arrivants originaires d'Asie du Sud vivant en Bretagne. L'article révèle que les trajectoires de soin de ces migrants sont largement dépendantes des expériences migratoires au quotidien, marquées par certaines ruptures (éloignements, mobilités contraintes variées) et des ressources (réseaux sociaux notamment) propres à ces personnes. Nous proposons d'éclairer les mondes sociaux dans lesquels évoluent les migrants originaires d'Asie du Sud, tout en soulignant la diversité des expériences quotidiennes et leur poids dans les trajectoires du soin en France.

Abstract :

This article proposes to discuss the complex relationships between healthcare pathways, health status and migration paths of migrants from the Indian subcontinent. The article comes back on two studies in two different settings in France. To deal with migration trajectories and health of this population, the article aims to mirror discourses collected among general practitioners of Indian origin practicing in a Tamil-speaking patient base in Ile-de-France, and materials gathered in interviews conducted with migrants newly arrived from South Asia living in Britain. The article reveals that trajectories of healthcare are largely dependent on migratory experiences in everyday life, marked by some break-ups (remoteness, various mobility constraints) and resources (social networks) specific to these populations. We propose to inform the social worlds in which migrants from South Asia evolve, highlighting the diversity of their daily experiences and their weight in the trajectories of healthcare in the French context.

Dans cet article, nous proposons quelques éléments de discussion et de débat sur les liens complexes entre recours aux soins, états de santé et trajectoires migratoires des personnes originaires du sous-continent indien. Cette population nous intéresse particulièrement ici car elle est signalée par les acteurs de terrain comme distincte des autres groupes de migrants et surtout, mal connue : les rapports du COMEDE, notamment, signalent et soulignent, outre l'importance des patients originaires du sous-continent indien (et principalement de Sri Lanka) dans leurs consultations médicales, leur faible taux de recours aux soins, leurs difficultés d'accès aux soins en raison de problèmes administratifs et leur extrême fragilité sur le plan psychologique². Dans les travaux produits au Royaume-Uni ou en Amérique du Nord au sujet de cette population, on trouve au premier plan la question de la

¹ Anne-Cécile Hoyez est chargée de Recherche CNRS, UMR 6590 ESO / Université Rennes 2

² <http://www.comede.org/-Rapports-du-Comede,154->

santé mentale et des inégalités sociales de santé³, mais également des analyses sur les pratiques de santé au quotidien avec un regard particulier sur le pluralisme médical⁴.

Dans cet article, nous tenterons de connaître et comprendre la façon dont s'imbriquent trajectoires migratoires et trajectoires de santé et de soins. Nous nous appuyerons pour cela sur deux études réalisées en France. La première étude que nous développerons prolonge une réflexion sur la place des médecines indiennes au sein du pluralisme médical⁵ ; elle permettra de décrire et analyser les expériences de la santé telles qu'elles sont vécues par des médecins d'origine indienne exerçant en Ile-de-France. La deuxième étude analyse des matériaux recueillis dans la cadre d'un projet interrogeant l'accès aux soins, les logiques de recours aux soins et les états de santé des migrants primo-arrivants en Bretagne. Cet article propose de mettre en miroir ces deux terrains afin d'illustrer deux facettes indissociables dans l'étude des trajectoires et des négociations autour du soin⁶ : le rôle central des soignants (ici, des médecins généralistes) dans les parcours de leurs patients et la multiplicité des ressources que les migrants peuvent mobiliser afin de mettre en œuvre des démarches de santé. De façon transversale, l'article analysera les effets de contexte relevés dans les trajectoires migratoires de ces migrants, marqués par certaines ruptures (hébergement éloigné en milieu rural ; mobilités multiples et contraintes pour accéder aux facilités quotidiennes) mais aussi par la possibilité d'utiliser des ressources spécifiques (élus locaux particulièrement sensibles à leur cause appuyant les demandes de régularisation ; mobilisation citoyennes locales ; « patrons bienveillants » proposant des contrats de travail ; services hospitaliers mettant en place des équipes mobiles pour aller faire des visites au domicile des familles...).

Les trajectoires migratoires et de santé de ces migrants seront analysées conjointement en portant une attention particulière à l'historicité des expériences individuelles et familiales et aux dimensions spatiales des expériences du quotidien.

Contexte et méthodologie

Dans le cadre d'une recherche sur les logiques de recours aux soins des migrants originaires du sous-continent indien, nous avons effectué une série d'entretiens auprès de médecins qui semblaient, plus que d'autres, jalonner le parcours de soins de ces personnes : les médecins originaires d'Inde. La recherche visait au début à connaître la place de l'ayurveda⁷ dans les logiques de recours aux soins chez ces migrants en incluant les

³ Cf. Datta, A., et J. Frewen. 2012. « P-1460 - Identifying and tackling negative social determinants contributing to mental health problems amongst immigrant bangladeshi women in london ». *European Psychiatry*, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry, 27, Supplement 1: 1. doi:10.1016/S0924-9338(12)75627-4. Cf. Janevic, T., L. N. Borrell, D. A. Savitz, S. E. Echeverria, et A. Rundle. 2014. « Ethnic enclaves and gestational diabetes among immigrant women in New York City ». *Social Science & Medicine* 120 (novembre): 180-89. doi:10.1016/j.socscimed.2014.09.026.

⁴ Cf. Dyck, Isabelle, et Parin Dossa. 2007. « Place, health and home: gender and migration in the constitution of healthy space ». *Health and place* 13: 691-701. Cf. Pieroni, Andrea, Qiaser-Zain Sheikh, Wajid Ali, et Bren Torry. 2008. « Traditional medicines used by pakistani migrants from Mirpur living in Bradford, Northern England ». *Complementary Therapies in Medicine* 16: 81-86.

⁵ Cf. Hoyez, Anne-Cécile. 2012. « "L'ayurveda c'est pour les français". Interroger recours aux soins, systèmes de santé et expérience migratoire ». *Revue Européenne des Migrations Internationales* 28 (2).

⁶ Cf. Pennek, Simone, Françoise Le Borgne-Uguen, et Florence Douguet, (éds.). 2014. *Les négociations du soin: les professionnels, les malades et leurs proches*. Rennes, France: Presses universitaires de Rennes. Cf. Strauss, Anselm Leonard, et Isabelle Baszanger. 1992. *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, France: Éd. l'Harmattan, DL 1992.

⁷ L'ayurveda est une médecine d'origine indienne, souvent désignée comme « médecine traditionnelle » (bien

perspectives du pluralisme médical⁸. Cependant, l'étude a conduit à souligner l'importance du non-recours aux soins et à s'interroger sur les formes « alternatives » de recours aux soins (automédication, démarches de santé lors de circulations vers l'Inde...). Ceci nous rappelle qu'une fraction des migrants originaires du sous-continent expérimente des conditions socioéconomiques difficiles, n'ont pas toujours les moyens de se soigner, ou bien de recourir à un médecin, et ce, même s'ils bénéficient d'une couverture santé. Cependant, dans ces parcours de soins incertains, il est apparu à plusieurs reprises que les médecins indiens semblaient très bien identifiés dans le paysage médical. Ainsi, entre janvier 2011 et janvier 2012, nous avons mené des observations et des entretiens au sein des cabinets de médecins généralistes originaire d'Inde, tous tamoulophones. Les éléments recueillis ont révélé l'urgence de certaines situations et l'importance du nombre de patients atteints de pathologies graves parmi les migrants les plus marginalisés. Ces médecins drainent une importante patientèle sri lankaise pour laquelle le recours au système de santé est très faible, soit en raison de problèmes administratifs (situation irrégulière ; difficultés à obtenir l'ouverture des droits à l'assurance maladie), soit en raison d'une trop grande marginalisation synonyme de non-recours et de prévalence de maladies chroniques telles la tuberculose

Par ailleurs, dans le cadre d'une recherche sur les trajectoires de soins de migrants primo-arrivants et les variations locales dans l'accès aux soins en Bretagne (projet MIGSAN⁹), la situation des migrants d'origine Pakistanaise ou Bangladaise nous a interpellé à plusieurs titres et cet article nous donne l'opportunité d'en faire un traitement spécifique. Ces migrants, dont les trajectoires migratoires sont complexes, variées et différentes de celles de leurs compatriotes restés en région parisienne, et ils déclarent plus souvent que les autres se trouver en situation d'isolement. Qu'il s'agisse d'hommes seuls (dépendants de services d'hébergement d'urgence ou bien résidant en squat, à la rue, ou dans un réseau de compatriotes restreint en nombre mais dispersé sur le territoire breton) ou de familles (logées en CADA, dans les réseaux d'hébergement solidaires), ils décrivent un quotidien précaire, marqué par une forte impression de solitude et d'isolement en comparaison avec ce qu'ils ont vécu dans leur pays d'origine ou dans les autres villes qui ont jalonné leur parcours migratoire. En conséquence, ces migrants tendent à évoquer avant tout des troubles physiques et/ou psychologiques qu'ils associent à ces expériences délétères du quotidien.

L'état de santé des migrants originaires du sous-continent indien : le point de vue des médecins originaires d'Inde

Une recherche sur les recours aux soins des migrants originaires du sous-continent indien, qu'elle commence dans le quartier de La Chapelle, dans les cercles associatifs, dans les réseaux de connaissance ou dans les réseaux d'aide aux migrants passe nécessairement par la figure de médecins issus de la communauté tamoulophone. Ceux-ci sont très peu nombreux en France, et ils sont tous localisés à Paris et dans sa banlieue. Leurs trajectoires professionnelles et migratoires sont inédites et le regard qu'ils peuvent porter sur les questions

que le terme pose question tant cette médecine a pu être adaptée et transformée à travers le temps, l'espace et les sociétés). Il s'agit d'une discipline médicale qui comporte une étiologie, une pharmacopée, un « corps professionnel », et à laquelle peut s'adjoindre diverses pratiques (méditation, yoga, massages). Cf. Zimmermann, Francis. 1989. *Le discours des remèdes au pays des épices*, Paris, Payot, 310 p.

⁸ Cf. Hoyez, Anne-Cécile. 2012. « "L'ayurveda c'est pour les français". Interroger recours aux soins, systèmes de santé et expérience migratoire ». *Revue Européenne des Migrations Internationales* 28 (2).

⁹ http://www.mshb.fr/accueil/la_recherche/programme_inter_msh/migsan

de santé telles qu'elles se posent pour les migrants qu'ils reçoivent en consultation l'est tout autant¹⁰.

Leur carrière tout d'abord est particulière. En tant que médecins étrangers, une partie d'entre eux est passée par les parcours et trajectoires professionnelles propres aux PADHUE¹¹, c'est-à-dire qu'en tant que personnes titulaires de diplômes non européens, ils ont du, pendant des dizaines d'années, enchaîner les contrats et multiplier les spécialités¹². Ils ont ainsi commencé dans le système de santé français avant d'obtenir le concours leur permettant de s'installer en tant que médecin général en libéral.

Nous on est des rescapés. Les autres [médecins] qui viennent de l'Inde, ils vont en Angleterre ou aux Etats-Unis. Personne vient ici ! [...] Je suis arrivé en 1974. Après j'ai travaillé 5 ans en Algérie [...]. Après j'ai travaillé dans les hôpitaux psychiatriques pendant 10 ans, en FFI. J'ai fait des diplômes de gériatrie, psychiatrie, médecine du sport, diététique, médecine du travail, le SAMU, médecine d'urgence. [...] Là je me suis dit c'est facile les diplômes ici ! Donc j'ai fait diplôme après diplôme, travaillé en médecine d'urgence dans les hôpitaux. Bon et après [...] il y avait un concours. [...]. C'était facile pour moi comme j'avais passé du temps aux urgences. Donc finalement j'étais parmi les 60 [retenus]. [Médecin 1, homme, 71 ans]

La réussite au concours l'autorisait à exercer en libéral dans le système de santé français, ce qui n'était pas possible avant. Lors de l'entretien, ce médecin précise, comme trois autres de ses confrères tamoulophones de la même génération, que le choix qu'ils ont fait a été de s'installer en libéral afin d'exercer auprès des migrants tamouls. Ainsi, leur patientèle est en quasi-totalité composée des ressortissants de la diaspora Sri Lankaise et Pondichérienne. Cependant, victimes, en quelque sorte, de son succès ce médecin se voit obligé de dissuader tout nouveau malade de se présenter mais en même temps, conscient des problèmes d'accès aux soins qui touchent ses patients, liés aux situations administratives (qui se voient par exemple opposer des refus de soins en raison de leur affiliation à la CMU ou à l'AME) ou linguistiques (plusieurs de ses patients ne parlent que le tamoul), il ne refuse réellement personne. Par ailleurs, ce médecin cherche à prolonger un maximum son activité professionnelle dans une forme d'engagement et de loyauté envers ses patients car il a conscience qu'il n'y a pas de possibilité de remplacement :

Les remplaçants, ça sort maintenant de l'école ! Bon, il y a beaucoup de Sri Lankais, surtout des femmes. Mais elles sont internes. Et il faut qu'elles viennent s'installer. En généraliste. Mais c'est pas facile. Elles préfèrent travailler dans les hôpitaux, à 17h on termine, on n'a pas à payer des charges, tout ça, donc il n'y a pas beaucoup de remplaçants. [Médecin 1, homme, 71 ans].

Un autre médecin d'origine indienne, mais ayant obtenu son diplôme en France, estime qu'il a été moins bien formé que ses confrères indiens et que son expérience professionnelle est très maigre en comparaison de celle de ses collègues. Lui aussi a choisi de

¹⁰ L'un estime avoir ouvert 40.000 dossiers, l'autre 10.000; en très grande majorité, cela concernait des personnes de Sri Lanka.

¹¹ Praticiens à diplôme hors Union européenne.

¹² Cf. Cottereau, Victoire, et Anne-Cécile Hoyez. 2012. « Quand les migrations internationales croisent les questions de santé ». In *Bulletin de l'Association des Géographes Français, La géographie de la santé en France en 2011: quelles formations, quelles applications?*, 2:362-78. Cottereau, Victoire. 2015. *Les praticiens à diplôme hors union européenne (PADHUE) en France : Quand les hôpitaux ont recours à des médecins migrants*. Revue Francophone sur la Santé et les Territoires. http://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1946/files/2015/04/Cottereau_rfst_2015.pdf

travailler avec des tamouls, d'exercer la médecine « différemment », évoquant des formes de « reconnaissance » et un certain attachement à ses compatriotes :

Les gens veulent qu'on soit très à l'écoute d'eux, et les gens sont très exigeants, surtout à Paris. Les gens veulent une médecine de qualité, d'écoute et une médecine pas chère. Donc les notions de temps et de rémunération correctes sont incompatibles. Mais bon, moi je travaille dans un autre esprit, je travaille pour des Indiens. Ils viennent, ils sont reconnaissants ; et on a une autre reconnaissance que celle de l'argent. [...] Ils viennent, ils font une heure et demi de métro, ça ne les dérange pas. Alors qu'un patient européen local, s'il est à une station de métro à côté, il ne va pas venir ici. [Médecin 3, homme, 53 ans].

De fait, ce médecin ne fait ses consultations qu'en tamoul. Il ne sait pas quel est le niveau de maîtrise de la langue française chez ses patients, et ne le vérifie que lorsqu'il doit les aiguiller vers d'autres confrères en consultation spécialisée.

Dans les entretiens, il ressort tout d'abord que le travail de ces médecins, au quotidien, est marqué par des soins primaires routiniers (« *J'ai simplement à soigner la pathologie courante, enfin les maux de tous les jours comme chez les français* » [Médecin 3, homme, 53 ans]). Mais la consultation aborde forcément, toujours, des aspects de la trajectoire migratoire. D'un côté, les parcours de vie tels qu'ils ont été vécus avant l'installation en France font l'objet d'un échange, voire d'une surveillance, particulier. Les troubles psychiatriques sont particulièrement constatés, pas en nombre excessif, mais de façon presque « attendue »¹³. D'un autre côté, les contextes de vie en France entrent toujours en ligne de compte : les situations de précarité sont repérées chez une grande partie de la patientèle et ces médecins prennent en charge plusieurs problèmes de taille¹⁴ : on compte beaucoup de cas de tuberculose (en lien avec le logement), d'asthme et d'allergies (pollution de l'air et des logements), de diabète (âge de la patientèle).

De plus, une partie importante de leur activité consiste à gérer des urgences. Régulièrement, des patients se présentent dans les salles d'attente avec des symptômes qui auraient du les conduire à consulter en urgence un spécialiste ou à l'hôpital : crise d'asthme, fausse couche, fracture... Ces personnes qui, en premier lieu, viennent consulter les médecins généralistes d'origine tamoule sont en général prises en charge par le SAMU depuis la salle d'attente. Mais il semble qu'il était important pour eux de se présenter d'abord chez celui qui est récipiendaire de leur confiance. Les médecins nous ont en effet signalé le rapport affectif que les patients entretiennent avec eux :

« Des fois ils vont à l'hôpital, ils comprennent pas ce qui se passe, donc ils viennent ; et des fois aussi par téléphone. Par exemple cette dame, en février elle a été hospitalisée, elle part à l'hôpital, elle comprend pas ce qui se passe. Bon elle sait que c'est pour le diabète et l'hypertension, mais elle ne sait pas quand c'est des problèmes coronariens, quand c'est des problèmes d'infection, donc il faut que je téléphone au médecin [qui l'a reçue à l'hôpital] et que je lui explique ensuite ce qui s'est passé. Parfois, ils viennent me demander, s'il y a une intervention, si on peut aller à l'hôpital : ils ont peur qu'on leur enlève un rein ou quelque chose comme ça » [Médecin 2, homme, 74 ans]

¹³ Ceci en raison de l'importance prise par les « certificats médicaux » dans la demande d'asile, Cf. D' Halluin-Mabillot, Estelle. 2012. *Les épreuves de l'asile : Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*. Editions de l'École Pratiques de Hautes Etudes en Sciences Sociales.

¹⁴ Il est difficile de comparer avec les situations de populations migrantes d'autres origines ou populations françaises ; cet élément est retranscrit ici car il constitue un élément de discours entendu chez tous les médecins d'origine indienne travaillant auprès de la diaspora tamoule.

« [...] Des fois ils rapportent leur dossier de Bordeaux, et avant d'aller pour une intervention (chirurgicale) ils me demandent : « mais est-ce que c'est vraiment justifié ? Est-ce que ça vaut vraiment le coup ? Est-ce qu'ils vont enlever quelque chose ? » » [Médecin 3, homme 53 ans]

Le généraliste fait aussi office de conseil dans l'interface avec d'autres professionnels dans le système de santé, et pas uniquement en France. Il peut aussi assurer le passage d'informations entre l'Inde ou le Sri Lanka lors des circulations des patients autour du soin, et notamment autour de la santé reproductive :

« Bon de temps en temps ils vont en Inde. Pour certaines choses ça marche bien en Inde, par exemple pour les FIV tout ça. Parfois ça traîne pendant 20 ans [en France] et s'il n'y a pas de réussite, ils vont en Inde et ils reviennent avec le bébé. Là-bas, c'est rapide. Ici, impossible de faire une FIV dans le premier mois. C'est ça ! Vous allez en Inde, dans 15 jours la FIV, tout ça, c'est parti ! Ici, il faut attendre des années et des années. Bon, moi j'en vois souvent, quelqu'un qui a 45 ans, ici ils avaient tout abandonné, elle est partie en Inde, elle est revenue avec un bébé ; et la vie est belle ! Donc les cas comme ça, j'envoie en Inde. Et des fois pour les rhumatismes au Kerala. » [Médecin 2, homme, 74 ans].

« Il y a une demande sur la stérilité. Ils vont en général à Madras, à Chennai. Il y a plusieurs grandes cliniques qui le font. Ils sont plus incisifs qu'en France. En France, après 40 ans, il n'y a plus de recours. Donc si à la quarantaine ils n'ont pas d'enfant alors ils vont en Inde. Ils mettent des traitements beaucoup plus lourds, qui font quand même courir beaucoup plus de risques aux femmes. Mais d'un autre côté les femmes ont leur grossesse donc... C'est eux qui choisissent. A partir de là, vous ne décidez de rien, c'est eux qui ont pris les RDV et tout ça. » [Médecin 3, homme 53 ans].

Enfin, le dernier point qui émerge de leur pratique est lié à l'importance des situations dites « d'isolement culturel » (point sur lequel nous reviendrons dans la deuxième partie) lors de l'arrivée en France et qui aboutit sur des situations de dépression. La dislocation des liens familiaux, le passage au statut d'épouse puis de mère de famille en contexte migratoire, les mobilités résidentielles subies en raison de la précarité économique et les déracinements multiples sont cités comme motifs délétères pour la santé.

En somme, ces médecins d'origine tamoule, à la trajectoire professionnelle originale (car ils ont décidé d'exercer pour des migrants d'origine tamoule) sont dans des positions de charnière pour les patients. Leurs points de vue sur l'état de santé de leurs patients nous donne un certain éclairage (qu'il faudrait creuser encore) sur l'état de santé d'une partie importante des migrants d'origine tamoule : l'importance du vieillissement de cette population, la situation spécifique des femmes (et des couples) au regard de la fertilité, le non-recours et le renoncement aux soins, l'importance des maladies liées à l'environnement (habitat). L'état de santé et les contextes dans lesquels ils ont recours aux soins a en partie été abordée dans une autre recherche qui concerne les migrants primo-arrivants, et donc nous proposons ici une extraction.

L'état de santé des migrants originaires du sous-continent indien : le point de vue des patients en Bretagne

Comme cela a été signalé par les médecins généralistes, la question de l'« isolement » est un élément de contexte qui semble influencer en grande partie les états de santé des populations sud-asiatiques. L'isolement peut être plus important dans ce groupe de population

par rapport à d'autres groupes, du fait de leur statut de minoritaire dans le paysage migratoire français et de leur hyper-concentration à Paris et en région parisienne. En Bretagne, où nous avons mené des recherches sur les conditions de l'accès aux soins des migrants, la situation des personnes originaires d'Asie du Sud porte particulièrement à question dans la mesure où les entretiens ont systématiquement abordé ce point : ils tendent à évoquer avant tout des troubles physiques et/ou psychologiques qu'ils associent à ces expériences délétères du quotidien. Afin d'illustrer ces réalités, nous proposons de revenir sur le parcours migratoire de deux personnes, choisies ici pour illustrer la diversité des situations rencontrées en fonction des configurations familiales et la régularité du signalement de l'isolement dans l'environnement social comme élément délétère pour la santé.

Le parcours migratoire de Zahed.

Zahed est arrivé seul en France en 2010 après avoir quitté le Bangladesh en 2007. Il a exercé différents métiers tout au long de son exil, et notamment celui de cuisinier dans de grandes chaînes hôtelières internationales dans différents pays du Golfe. Une opportunité professionnelle le fait venir à Paris. Très vite, il éprouve des difficultés à se loger, à se faire payer. De son arrivée à Paris, il se rappelle de la sensation de déclassement : travailler en cuisine dans des petits établissements parisiens est vécu comme une régression en comparaison à ses expériences dans les restaurants haut de gamme dans les Emirats Arabes Unis. Ses premiers mois à Paris l'ont conduit à chercher des « portes de sorties » vers d'autres villes. Il avait le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie en vue. Cependant, c'est une information sur la vacance d'un poste de cuisinier dans le Finistère qui va susciter son côté « aventurier ». Il saisit cette opportunité pour plusieurs raisons : pour se sortir des réseaux communautaires qui ne proposent selon lui aucune perspective à la hauteur de ses ambitions professionnelles, mais également pour rendre service à un patron de restaurant pour qui la survie de son établissement dépend de l'arrivée d'un « spécialiste » en cuisine indienne. Cet argument semblait important pour Zahed car il lui permet d'entrevoir la possibilité de valorisation de ses compétences professionnelles. A son arrivée, ils sont deux originaires de la même « région » dans la ville moyenne où il est recruté (l'autre personne est un homme d'origine Afghane qui travaille dans la manutention). Ce sera sa seule connaissance ; ensemble, ils partagent les moments de prière, les repas, les fêtes religieuses, et un petit logement. Le reste du temps, Zahed est occupé au restaurant : cuisine, service, ménage, logistique. Il effectue des journées de travail de 12 heures, déclarées 8 sur son contrat et ses salaires (seul les dimanches sont libérés). Il décrit cette étape d'installation comme très difficile pour lui psychologiquement, la question de l'isolement apparaissant comme plus importante que celle de la surcharge de travail. Mais Zahed a une personnalité très avenante, et dans la ville, les habitués du restaurant vont progressivement devenir des amis. Il va alors se construire un réseau social auprès des « autochtones ». Ceux-ci vont l'aider à gagner un peu plus sa vie en lui proposant d'organiser des repas chez des particuliers. Cette période est décrite comme salubre, et l'appui de ses nouveaux amis va l'aider à tenir bon devant son patron qui continue à exploiter sa force de travail, tout en lui promettant, un CDI qui ouvre la perspective d'une régularisation de son statut. Au bout d'un an de cette expérience, Zahed se rend à l'inspection du travail pour obtenir un titre de séjour stable au titre de son contrat de travail. Cependant, à la sortie, il est contrôlé par la police ; en situation irrégulière, il est conduit au CRA¹⁵ de Rennes. Son patron aura comme réflexe premier de lui faire envoyer ses affaires (via ses amis locaux) et de relancer un appel à candidature auprès des réseaux parisiens pour les remplacer.

¹⁵ Centre de rétention administrative.

Mais les associations d'aide aux migrants et son réseau de connaissances en France vont lui apporter un soutien important pendant sa rétention : il sera finalement libéré et obtiendra un titre provisoire lui permettant de circuler en France. A sa sortie, il n'a plus son emploi dans le restaurant. Le temps de régulariser sa situation, il préfère retourner à Paris, dans les cuisines de restaurants indiens et dans des boutiques de téléphonie. Pendant ce temps, ses amis, parmi lesquels quelques personnes-clés dans le paysage économique et politique local, vont mobiliser tous les leviers possibles (envoi de lettres de soutien aux élus locaux et aux administrations locales ; certificats d'hébergement ; valorisation de l'intégration de Zahed au niveau local) pour lui trouver un nouvel emploi. Il est alors recruté comme cuisinier dans un restaurant à Brest. Il y vit depuis, partageant un logement avec six autres migrants originaires du sud-asiatique. En 2015, il sera en mesure d'apporter la preuve de la continuité de ses contrats de travail et donc en droit de demander un titre de séjour pour 5 ans, qui lui procurerait un confort social et économique d'importance : il pourrait alors émarger aux aides sociales, à un logement social, et affirmer plus sereinement ses droits de travailleur.

Le parcours migratoire de Zahed, engagé en 2007, révèle une expérience migratoire très contrastée. Son arrivée en France, et encore plus en Bretagne relève quasiment de la figure de l'« aventurier ». L'exploitation au travail, la constitution d'un réseau social hors des liens communautaires, la menace de l'expulsion (puis son effacement), l'optique d'un titre de séjour garantissant plus de stabilité sociale ont rythmé son quotidien. En premier lieu, cette expérience est marquée par l'urgence : se loger, travailler et faire en sorte de rester en France. La santé est ici absente de ce quotidien. Cela peut être relié à plusieurs constats effectués auprès de personnes précaires, et plus particulièrement de migrants : leurs parcours de soins sont marqués par du non-recours aux soins, voire du renoncement pour raisons économiques¹⁶. Zahed a toujours dit qu'il ne tombait pas malade (à part lorsqu'il était retenu au CRA). Cependant, cela ne voulait pas dire qu'il se portait au mieux : si le non-recours s'inscrit en creux dans ses récits, on relève à plusieurs reprises la mention des épreuves psychologiques au quotidien et le signalement de toutes les fois où il a attendu que les épisodes de maladie passent d'eux-mêmes. Par ailleurs, Zahed nous apprendra qu'il est marié au Bangladesh, que sa femme était enceinte lorsqu'il est parti en 2007, et qu'il fera tout pour faire venir sa femme et son enfant lorsqu'il aura ses papiers. C'est donc surtout sa santé psychologique qui est en jeu mais pour autant il n'existe aucun cadre dans lequel il pourrait mettre en œuvre une démarche de soins suivie et coordonnée.

La famille de Tariq

Tariq a fui le Pakistan avec sa femme, alors enceinte de huit mois, suite à des menaces et deux tentatives d'assassinat. Le couple s'est d'abord rendu en Turquie, puis en France (un peu par hasard, cette destination finale n'était pas un choix). Le bébé, une petite fille, est née en région parisienne, quelques semaines après leur arrivée. La famille a, très vite, déposé une demande d'asile. Puis, au regard de leur situation particulière (la grossesse et l'accouchement imminent étant un déclencheur important pour les services sociaux), ils ont été pris en charge par un CADA en région parisienne. Ils y sont restés 2 mois et demi, puis, en raison de la rationalisation à l'échelle nationale des places ouvertes dans le cadre de ce dispositif, ils ont été transférés dans un CADA d'Ille et Vilaine. Cette structure a pour particularité d'être « éclatée » (les hébergements sont répartis sur un territoire donné, ils ne sont pas dans une unité de lieu). Les CADA « éclatés » sont le plus souvent réservés aux familles car les

¹⁶ Le coût économique est imputé à la perte financière en cas d'arrêt de travail.

hébergements sont en général des maisons composées de plusieurs pièces. Le logement de Tariq et sa famille se situe à une quinzaine de kilomètres de Rennes. Lors de notre premier entretien, il consultait pour son bébé dans un centre médical. L'entretien a porté très vite sur les conditions de vie de la famille depuis son arrivée à Rennes :

EXTRAIT 1:

La question porte sur les raisons de la consultation médicale du jour:

Tariq: Because of my baby. My baby was not well since we came here in Rennes. Because we were in Paris earlier. So many humans, so many people are available there, everything is in your hand. It's near to your hand and the CADA send us here [...]. That place is jungle, not agriculture. You understand "jungle" ? [...] My baby was very excellent in Paris, she was not having any problem. Maybe because of that the atmosphere is changed and when we went from Paris to here [...] she started having problems. [...] She's no sleeping, no drinking milk and her weight is going less. [...]

Question : but you said that you went to the hospital?

Tariq: Yes. They checked everything. They said everything OK and they called to psychiatrist doctors. [...]. Doctors asked me so many questions, I've given answers and when we finished the meeting he told me "OK I'm doctor psychiatrist and you have appointment with us on 24 of may. You come with your baby because we want to solve your matter why she is crying". Because he observes that something is happen. [...] They understand. ¹⁷

EXTRAIT 2:

La question porte sur les conditions de vie dans leur lieu de résidence:

Tariq: [...] There are only farm houses. Cattle farm, goat farm, horse farm. We are not dogs, we are less than dogs [...] We are very happy with the medication matters but we are not satisfied with [...] the place where they sent. In this kind of places, they have to send the bachelor people who's not having family. Not sending people like us, with small baby, all alone in jungle [...]. The CADA people told me "this is a very nice place for the French people". I say "I'm not a French. I'm a Pakistani". In Pakistan, we are not used to live in the jungles. I am a city man. I am not a villager. ¹⁸

Ces extraits font ressortir plusieurs éléments relatifs à leur expérience en migration, et à l'impact que cela implique sur leur expérience de la santé, du système de soins ou de la maladie. Tout d'abord, à plusieurs reprises, Tariq insiste sur le vécu négatif du déplacement dans la périphérie de Rennes. Cet épisode a contribué à développer chez lui et sa femme un sentiment d'isolement vécu comme traumatique et comme une relégation. Ce sentiment sera renforcé par la santé de leur bébé qui semble se détériorer, à leurs yeux. Le couple conduit son

¹⁷ "C'est à cause de mon bébé. Mon bébé ne va pas bien depuis que nous sommes arrivés à Rennes. Parce qu'on était à Paris auparavant. Il y avait beaucoup d'êtres humain, il y avait tant de personnes qui étaient disponibles, on avait tout à portée de main. Tout à portée de main et le CADA nous a envoyé ici [...]. Cet endroit est une jungle, pas un milieu rural. Vous comprenez "jungle"? [...] Mon bébé était en excellente santé à Paris, elle n'avait aucun problème. Peut être que l'atmosphère a changé et que quand on est venu de Paris à ici [...] elle a commencé à avoir des problèmes [...] Elle ne dort pas, elle ne boit pas de lait et elle perd du poids [...]."

Mais vous dites que vous êtes allés à l'hôpital?

"Oui. Ils ont tout vérifié. Ils ont dit que tout était OK et ils ont appelé des psychiatres [...]. Les médecins m'ont posé beaucoup de questions, j'ai donné les réponses et quand on a fini l'entretien, il m'a dit "OK, je suis médecin psychiatre, et vous avez rendez-vous le 24 mai. Vous venez avec votre bébé parce que nous voulons trouver une solution à ses pleurs". C'est parce qu'il a observé que quelque chose se passait [...]. Ils comprennent."

¹⁸ "Il n'y a que des fermes. Des fermes avec des vaches, des fermes avec des chèvres, des fermes avec des chevaux. Nous ne sommes pas des chiens, nous sommes moins que des chiens [...]. Nous sommes très contents du suivi médical mais nous ne sommes pas satisfaits du lieu dans lequel ils nous ont envoyé. Dans ce genre de lieux, ils devraient envoyer les célibataires qui n'ont pas de famille. Pas y envoyer les personnes comme nous, avec un petit bébé, tout seuls dans la jungle [...]. Les personnes du CADA m'ont dit "c'est un très bon endroit selon les Français". J'ai dit "je ne suis pas Français. Je suis Pakistanais". Au Pakistan, nous ne sommes pas habitués à vivre dans les jungles. Je suis un homme de la ville. Je ne suis pas un villageois."

bébé aux urgences pédiatriques à l'hôpital, mais les pédiatres, ne relevant rien de notable chez le bébé, proposent en alternative un suivi psychiatrique pour la famille. Cet épisode de l'accès aux soins, de la sollicitude des pédiatres et de l'équipe mobile de psychiatrie (principalement composée de pedo-psychiatres) est le seul sur lequel le couple porte une appréciation positive

L'isolement est revenu souvent dans les échanges, le couple l'attribuant à la forme de prise en charge institutionnelle. Le couple est loin de vivre une vie sereine dans cette maison à la campagne, et entretient des relations très tendues avec les services sociaux. Nous sommes confrontés à deux visions opposées des contraintes et avantages du quotidien, nous amenant à nous interroger sur la façon dont les effets de la catégorisation des publics intervient dans les trajectoires de soins et les trajectoires résidentielles. En effet, pour le CADA, une famille qui s'élargit ne doit pas occuper un logement exigü. Dès lors, le studio occupé en région parisienne n'est plus considéré comme adéquat pour cette famille et le CADA choisit de mettre à leur disposition une maison en milieu rural. Pour la famille pakistanaise, l'impression de relégation et de déclassement provoque un ressenti très négatif. Ils souhaitent changer de logement pour un environnement plus approprié à leur situation sanitaire mais aussi bénéfique pour le lien social : ils souhaitent vivre en milieu urbain.

Le parcours migratoire de cette famille pose donc plusieurs questions sur les liens entre migrations et mobilités. La famille a subi une mobilité forcée après son arrivée en France, et ce déplacement supplémentaire, a fait émerger une détresse psychologique forte chez les parents. Cette famille est prise en charge par une institution qui mobilise des arguments entendables au vu des logiques institutionnelles (favoriser l'accès à un habitat considéré comme plus approprié à une famille avec un enfant en bas âge). Ces exemples soulignent à quel point les questions de santé, mêlées aux questions migratoires, ne peuvent se résoudre au seul accès aux soins : l'expérience délétère au quotidien, telle qu'elle peut être vécue par les personnes en fonction de leur catégorie d'âge, leur sexe, la composition de la cellule familiale est à prendre en compte dans toute sa densité¹⁹.

Conclusion

Au regard d'une entrée par les points de vue des médecins et par les points de vue des migrants originaires du sous-continent indien, les éléments relevant des trajectoires migratoires et des expériences du quotidien relevés dans les entretiens présentés illustrent bien les imbrications et influences réciproques que peuvent avoir les parcours de soins sur les parcours de vie, les parcours migratoires, et inversement. Ces processus montrent non seulement que l'accès aux soins et à la santé de manière plus générale ne peuvent être pensés en dehors du contexte de vie des personnes, mais aussi que la dimension spatiale (notamment celle des circulations et de l'accès à des ressources multi-localisées) s'impose comme entrée privilégiée pour rassembler tous les éléments de contexte.

S'il est difficile, dans les matériaux utilisés ici, de développer une réflexion globale pour rendre compte des spécificités des profils sanitaires et sociaux des patients originaires du

¹⁹ Cf. Hoyez, Anne-Cécile. 2015. « Territoires, mobilités et santé: comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire? ». *Revue Francophone sur la Santé et les Territoires*. http://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1946/files/2015/04/Hoyez_rfst-2015.pdf

sud-asiatique, les trajectoires que nous avons présentées, qui prennent en compte le travail et le contexte d'exercice des professionnels de la santé et du social, révèlent que ces migrants expérimentent des processus particuliers dans l'accès aux soins. Les éléments développés dans cet article serviront peut être à reposer les bases des questionnements sur les différents mondes sociaux dans lesquels évoluent les migrants originaires d'Asie du Sud dans le contexte français, pour comprendre les modalités des interactions entre les expériences du quotidien, la santé et l'accès aux soins.