

DIPLOME UNIVERSITAIRE

SANTE DES MIGRANTS

Année 2025



PROBLEMATIQUES EN LIEN AVEC L'ALIMENTATION
CHEZ CERTAINS MIGRANTS
RESIDANT EN STRUCTURES D'HEBERGEMENT COLLECTIF

Mohand Jeannot KETTAMI

INFIRMIER

SOMMAIRE

I/ INTRODUCTION – HISTORIQUE	5
A/ INTRODUCTION	5
B/ HISTORIQUE	5
II/ REPRESENTATION DE LA SANTE – OMS	6
A/ QU’EST-CE QUE LA SANTE SELON VOUS ?	6
B/ OMS	8
1. Principaux faits	
2. Données statistiques – informations clés	
3. Actions de l’OMS	
III/ CADRE AU GRAND-DUCHE DU LUXEMBOURG	9
A/ PROCEDURES	9
B/ ACCUEIL ET ENCADREMENT SOCIAL	10
C/ HEBERGEMENT	11
D/ VOLET SANTE	11
IV/ POPULATIONS ET LEURS SPECIFICITES	13
A/ QUELQUES GENERALITES	13
B/ CAS DE L’ERYTHREE	13
C/ DRAME : LE CONFLIT AU TIGRE	14
D/ LE MONDE ARABE, SES PARTICULARITES	14
1. Les points culturels	
2. Le Ramadan	
3. Particularités des pays du Golfe	
4. Particularités dans l’accompagnement social	
5. Principales routes migratoires vers l’Europe	
6. L’exil	
V/ L’ALIMENTATION	18
A/ SOCIOLOGIE DE L’ALIMENTATION	18
1. Généralités	
2. L’alimentation au cœur des cultures	
3. Conclusion	
B/ PRECARITE – ALIMENTATION CHEZ LES MIGRANTS	20

C/ PATHOLOGIES	21
1. Introduction	
2. Obésité et surpoids	
VI/ ETUDE	22
A/ CADRE – POPULATIONS	22
1. Cadre	
2. Populations	
B/ METHODOLOGIES – RECUEIL DONNEES	22
1. Déroulement des CMPA	
a . Personnel	
b. Déroulé	
C/ OBSERVATIONS ET PROBLEMATIQUES	23
1. Observations	
2. Situations en Structure d’hébergement collectif	
a. Logement	
b. Alimentation	
D/ RECUEIL DE DONNEES – ANALYSE	24
1. Recueil de données	
a. Résultats	
b. Analyse	
- Erythrée et Guinée	
- Maghreb	
- Focus particulier sur le Tigre	
VII/ MEILLEURE PRISE EN SOIN DES MIGRANTS ET ALIMENTATION	25
A/ APPROCHE INTER CULTURELLE	25
B/ LITTERATIE EN SANTE	25
C/ COMPETENCES PSYCHO SOCIALES	26
D/ INTERPRETARIAT	26
E/ MEDIATION EN SANTE	26
F/ SERVICE LSKO	26
G/ EXEMPLE : ATELIER NUTRITION AXE SUR LE PARTAGE	27
H/ EDUCATION THERAPEUTIQUE	27
CONCLUSION – ALIMENTATION SAINTE	28

ABREVIATIONS

ASS	Afrique Sub Saharienne
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPI	Bénéficiaire Protection Internationale
CAP	Centre d'Accueil Provisoire
CMPPA	Consultation Médicale Primo Accueil
CNS	Caisse Nationale de Santé
CPA	Centre Primo Accueil
CPS	Compétences Psycho Sociales
CRL	Croix Rouge Luxembourgeoise
CSDPI	Cellule Santé Demandeur Protection Internationale
DPI	Demandeur Protection Internationale
ETP	Education Thérapeutique du Patient
GDL	Grand-Duché du Luxembourg
IMC	Indice Masse Corporelle
MAEE	Ministère des Affaires Etrangères et Européennes
MCV	Maladies Cardio-Vasculaires
MNA	Mineur non accompagné
MNT	Maladie non transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONA	Office National d'Accueil
PI	Protection Internationale
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PS	Protection Subsidiaire
SPF	Santé Publique France

I/ INTRODUCTION – HISTORIQUE

A/ INTRODUCTION :

La santé des personnes exilées, qu'elles soient immigrées, réfugiées, demandeuses d'asile ou étrangères en situation irrégulière, se dégrade rapidement une fois dans le pays d'accueil.

Cette observation récurrente est une des conséquences des difficultés d'accès aux soins et des discriminations que peuvent subir ces personnes dans le pays d'accueil.

Dans un contexte de crise de l'hospitalité et du droit d'asile en France et dans le reste de l'Europe (Grand-Duché du Luxembourg), l'exclusion et la précarité aggravent considérablement leur état de santé.

B/ HISTORIQUE :

Le terme « REFUGIE » a été attribué aux Huguenots qui fuyaient la France au XV^{ème} siècle. Le motif était d'ordre religieux en lien avec la révocation de l'Edit de Nantes.

J'utiliserai souvent ce terme, sachant qu'il s'agit bien d'un « MIGRANT » ou personne en migration.

La convention de GENEVE (1951) définit le Réfugié comme étant « une personne qui, craignant d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas la nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ».

On dénote bien le lien entre le statut de Réfugié et le droit d'asile.

Il s'agit d'un droit humain relayé déjà en 1948 par la Déclaration des Droits de l'Homme.

Le mot « REFUGIE » renvoie à une catégorie institutionnelle.

A ce propos, Hannah Arendt, philosophe juive allemande réfugiée aux Etats-Unis durant la 2^{ème} guerre mondiale écrivait :

« Nous nous baptisons « nouveaux arrivants » ou « immigré ». On appelle de nos jours « Réfugiés » ceux qui ont eu le malheur de débarquer dans un nouveau pays complètement démuné et qui ont dû recourir à l'aide de comités de réfugiés. »

Il existe même des termes historiques pour qualifier ces personnes en migration :

- Errants
- Métèques
- Parias

Il est important de souligner que toutes ces personnes sont prêtes à tout pour venir en Europe. Quelqu'un disait d'eux : « tous les réfugiés sont des migrants », mais « tous les migrants ne sont pas des réfugiés ».

Depuis 2015 (conflit en Syrie), l'Europe est la destination privilégiée de Migrants venant d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient.

Derrière les Migrants, « se cachent » :

- Des Réfugiés (de guerre ou conflits, persécutions)
- Des Migrants (économiques, clandestins)
- Des Demandeurs d'Asile (politique).

Les études épidémiologistes démontrent que l'état de santé des étrangers migrants est meilleur que celui des natifs. Cela peut paraître surprenant et pourtant, c'est la réalité.

Quelles en sont les raisons ?

- Parce qu'il y a une sélection au départ du pays d'origine
- Parce que les comportements et l'hygiène de vie, sont globalement plus sains.

Par contre, avec le temps qui passe dans le pays d'accueil, leur état de santé se dégrade. Plusieurs raisons plus ou moins liées à leur statut de précarité sont à l'origine de cette dégradation : accès aux soins, logement, violences psychologiques, etc.

II/ REPRESENTATION DE LA SANTE – ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

A/ QU'EST-CE QUE LA SANTE SELON VOUS ?

La santé est l'objet de nombreux proverbes et adages dans certaines cultures africaines.

Les personnes venant d'Afrique subsaharienne (ASS) ont été interrogées sur le concept de santé. Leurs réponses révélaient l'importance de la dimension culturelle dans le rapport au corps et à la santé plus globalement.

Pour un migrant sénégalais, celui qui est en bonne santé, n'a pas de problème : « Le ventre est plein, les poumons auront sommeil ».

Pour son ami ivoirien : « Il est triste d'avoir faim et ennuyeux d'être rassasié » ; c'est-à-dire que la santé ne dépend pas que de la nourriture.

Une migrante burundaise pense que : « Qui a un tibia ne manque pas de sorgho ». Le sorgho étant une céréale d'une grande valeur et donc précieuse au Burundi. Cet adage signifie que la personne qui a la santé, en l'occurrence le tibia, peut devenir riche. La santé, dans ce cas, c'est être et celui qui est, aura (du sorgho).

Un dernier témoignage de migrant : « La santé, c'est quand on est en bonne forme, c'est l'équilibre psychologique, physique et émotionnel, c'est manger bio, c'est être bien dans sa peau... quand on a fait le 115 toute la journée et qu'on vous dit qu'il n'y a pas de place pour vous... quand tu ne sais pas où dormir, tu ne peux pas avoir le moral, ni d'appétit, tu as froid, donc on ne peut pas dire que tu as la santé... »

Tous ces témoignages prouvent bien que la représentation de la santé est variable d'une culture à l'autre.

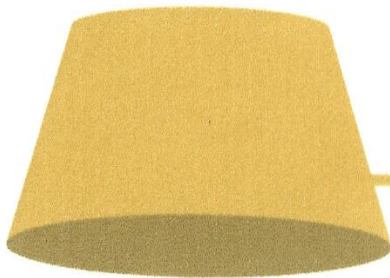


**ACCOMPLISSEMENT
PERSONNEL**



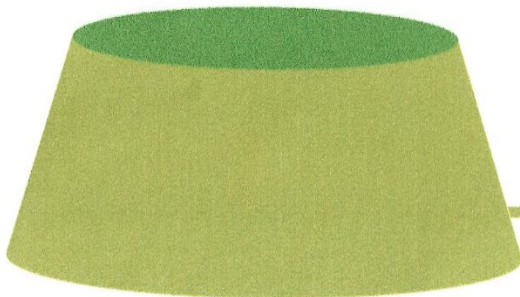
ESTIME DE SOI

Confiance, respect des autres, estime personnelle



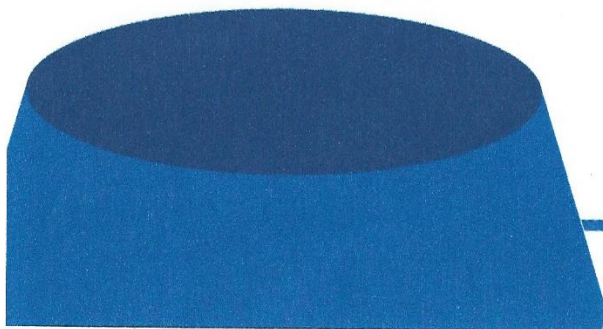
BESOINS SOCIAUX

Amour, amitié, appartenance, intimité



SECURITE

du corps, de l'emploi, de la santé, de la propriété...



BESOINS PHYSIOLOGIQUE

manger, boire, dormir, respirer...

Même s'il n'y a pas de définition exacte, l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'a définie ainsi : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

La seule dimension médicale ne suffit donc pas à définir un état de santé. D'autres composantes entrent en jeu :

- Facteurs sociaux
- Facteurs économiques
- Facteurs culturels

Dans la culture africaine la santé est perçue comme la résultante d'une harmonie entre deux mondes : le visible et l'invisible. Elle a une vision méta physique de la santé et donc de la maladie ; d'ailleurs, l'état de bonne santé ne se vit pas individuellement, mais collectivement avec la communauté à laquelle l'individu appartient (rites, cérémonies).

Le migrant est bien conscient de l'importance de la santé : « La santé est très précieuse pour nous, les migrants. On doit être fort dans sa tête pour pouvoir travailler et s'occuper de sa famille, c'est pour cela qu'il faut prendre soin de soi » .

B/ L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

1. Principaux faits

Sur une population mondiale de huit milliards, plus d'un milliard de personnes est en déplacement dans le monde.

281 millions de personnes sont des migrants internationaux et 84 millions sont déplacés par obligation (certaines dans leur propre pays, d'autres des réfugiés, d'autres encore des demandeurs d'asile). Parmi cette population, 35 millions sont des enfants.

Ce nombre de personnes en situation de déplacement ne fait qu'augmenter en raison des conflits, de la pauvreté, de l'insécurité et tout récemment à cause de catastrophes environnementales.

Souvent l'état de santé de ces personnes se dégrade dans les pays de transit, en raison de tous les problèmes rencontrés (pas d'accès aux services de santé, discrimination, différences culturelles, langue).

2. Données statistiques – informations clés

En 2021, les pays qui comptaient le plus grand nombre de réfugiés ayant fui le territoire étaient :

- La Syrie, le Vénézuéla, l'Afghanistan et le Sud Soudan.

Parallèlement, les pays qui accueillait le plus grand nombre de réfugiés étaient :

- La Turquie, la Colombie.

Depuis le conflit en Ukraine (février 2022), plus de 4 millions de réfugiés ont traversé la frontière ukrainienne.

Les migrants touchés par les guerres et conflits entreprennent de longs voyages où ils rencontrent de multiples problèmes : pas d'accès à l'eau potable, ni à la nourriture ainsi que de gros problèmes d'hygiène. Cette situation est à l'origine de maladies transmissibles et de maladies liées à l'eau et à la sous-nutrition.

3. Actions de l'OMS

Selon l'OMS, les migrants ont droit à la santé avec accès à des services de santé de qualité. Ainsi les systèmes de santé (local ou national) doivent intégrer les besoins des migrants dans leur politique. L'OMS essaie de garantir aux migrants du monde entier le droit à la santé ainsi qu'une couverture sanitaire universelle (programme santé et migration).

Enfin, l'OMS construit des systèmes de santé en collaboration avec les pays, avec du personnel compétent, sensible aux différences culturelles. Ce personnel est chargé de répondre aux besoins et problèmes de santé des migrants quelle que soit la langue.

III/ CADRE AU GRAND DUCHE DU LUXEMBOURG

A/ PROCEDURES

Les procédures d'octroi et de retrait de la protection internationale (PI) sont de l'attribution de la Direction de l'immigration du Ministère des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE).

Un demandeur de protection internationale (DPI) est une personne dont la demande de protection internationale a été enregistrée et qui attend la réponse à sa demande.

Un bénéficiaire de protection internationale (BPI) est une personne qui a obtenu une réponse positive à sa demande.

En matière de droit d'asile, le Luxembourg reconnaît essentiellement deux statuts de protection internationale :

- **le statut de réfugié** : selon la convention de Genève de 1951 sur le statut des réfugiés, le terme de réfugié s'applique à toute personne qui « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ».

- **le statut conféré par la protection subsidiaire** : la protection subsidiaire offre une protection aux personnes dont la demande de protection internationale ne satisfait pas aux critères de la Convention de Genève, mais qui ne peuvent retourner dans leur pays parce qu'elles craignent, avec raison, d'y faire l'objet de tortures, de traitements inhumains ou dégradants, de peine de mort ou de menaces contre leur vie, en raison d'une violence non ciblée, liée à un conflit interne ou international. Cette protection est généralement octroyée à des individus fuyant un conflit militaire et prend généralement fin si les conditions dans le pays d'origine cessent d'exister.

Chaque DPI obtient une attestation du statut de demandeur de protection internationale, après l'introduction de sa demande de protection internationale auprès du MAEE, qui lui permet de séjourner au Luxembourg pendant la durée de traitement de sa demande.

L'attestation du MAEE donne droit à l'aide sociale fournie par l'Etat, par l'intermédiaire de l'Office National de l'Accueil (ONA). Les aides matérielles d'accueil, accordées en nature, en espèces ou sous forme de bons, comprennent le logement, la nourriture, l'habillement, l'allocation mensuelle et les soins médicaux.

Si la demande de PI a reçu une décision favorable, le demandeur pourra obtenir le statut de réfugié ou de la protection subsidiaire. Le demandeur reçoit une réponse dans les six mois à compter de l'introduction de la demande à la PI et à la protection temporaire. En cas d'attribution d'une PI, le bénéficiaire a droit à un titre de séjour valable pour cinq ans renouvelable, et il peut voyager hors du territoire luxembourgeois.

Attention : les personnes ayant obtenues le statut de réfugié au sens de la Convention de Genève ne sont pas admises à retourner dans leur pays d'origine, sous peine de perdre le statut de bénéficiaire de la PI.

Une décision négative signifie que la personne ne remplit pas les conditions pour être reconnue comme réfugié ou pour obtenir le statut conféré par la protection subsidiaire (PS). Une telle décision implique une « **décision de retour** ». Sous le terme « **débouté** » on comprend une personne dont la demande de PI a été rejetée définitivement. Une personne dont la demande de protection a été rejetée, a la possibilité d'obtenir un **sursis à l'éloignement** d'un maximum de deux ans, si un retour dans son pays d'origine s'avère impossible en raison de son état de santé ou si la personne ne peut effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays d'origine.

B/ ACCUEIL ET ENCADREMENT SOCIAL

Les conditions matérielles d'accueil, assurent au demandeur un niveau de vie adéquat qui garantit sa subsistance et protègent sa santé physique et mentale. Elles assurent au DPI un niveau de vie digne et adapté à ses besoins.

Le logement dans une structure d'hébergement est gratuit pour les DPI.

La fourniture de repas est organisée sous forme de pension complète ou de fourniture de repas préparés.

Les vêtements et les produits d'hygiène sont gratuitement mis à disposition des DPI (bons de l'ONA).

Les soins médicaux de base sont pris en charge par l'ONA via un système d'avance des frais médicaux. Les DPI doivent fournir les factures et pièces à l'appui, pour avoir accès à une avance des frais médicaux. L'ONA prend en charge les cotisations à titre de l'assurance volontaire.

Les frais scolaires et le matériel scolaire sont couverts par des aides en nature ou des bons d'achat.

Outre les conditions matérielles d'accueil, les DPI bénéficient des aides suivantes :

- Une guidance sociale et un accompagnement par des assistants sociaux et des agents sociaux éducatifs
- Un encadrement spécifique des mineurs non accompagnés (MNA)
- Des soins et suivis psychologiques gratuits pour les personnes en ayant besoin, notamment les victimes de traumatismes
- Des conseils en matière d'éducation sexuelle et reproductive

L'ONA met à disposition des DPI des permanences avec des interprètes dans les langues suivantes :

- en Allemand, Anglais, Français, Serbo-croate, Albanais, Ukrainien, Russe, Arabe, Farsi, Espagnol, Tigrinya et Turque.
-

C/ HEBERGEMENT

L'hébergement est une des conditions matérielles d'accueil fournies aux DPI à leur arrivée. La mise à disposition d'un logement vise à assurer un niveau de vie adéquat aux DPI.

- **Les structures d'hébergement de primo-accueil**, avec notamment le Centre de primo-accueil (CPA) et le Centre d'accueil provisoire (CAP), reçoivent en première instance toute personne souhaitant déposer une DPI au Luxembourg. Elles sont prévues pour un hébergement de courte durée (en principe quelques semaines) avant le transfert vers une structure d'hébergement temporaire pour DPI.

Pendant sa durée de séjour dans une structure de primo-accueil, cette phase d'accueil sert aux encadrants sociaux à détecter des vulnérabilités éventuelles telles que des troubles psychosomatiques ou la présence d'un handicap, et ainsi à trouver une structure d'hébergement qui réponde au mieux à leurs besoins.

- **Les structures d'hébergement temporaires** pour DPI sont destinées à l'hébergement des DPI pour la durée restante du traitement de leur DPI. L'ONA en association avec des partenaires (CARITAS et Croix Rouge) gère 55 structures d'hébergement pour DPI.

D/ VOLET SANTE :

Chaque nouvel arrivant est soumis à un examen médical obligatoire par le service médical de la Cellule Santé des DPI de la Direction de la Santé. D'une part, il s'agit d'assurer un accueil médico-social et psychologique adéquat pour chaque DPI accueilli et de dépister d'éventuelles maladies ou troubles psychologiques ; il s'agit de remplir une mission de santé publique en réduisant à minima le risque d'importation de maladies infectieuses.

Les DPI sont convoqués pour l'examen médical qui doit avoir lieu au plus tard 3 semaines après leur arrivée. En collaboration avec la Ligue médico-sociale, il est procédé au dépistage de problèmes sanitaires. Actuellement, le contrôle sanitaire consiste en un examen médical général, une radiographie des poumons pour dépister la tuberculose et une prise de sang pour les adultes.

Les enfants en-dessous de 13 ans auront un test à la tuberculine (injection sous la peau). Une coproculture Entérovirus est également réalisée pour les enfants en dessous de 13 ans des pays suivants :

- Afghanistan, Nigéria, Pakistan, RD Congo, Syrie et Somalie.

De plus, une vaccination est offerte aux DPI (adultes et adolescents à partir de 13 ans) ; un transmis du calendrier vaccinal est donné aux parents pour le médecin-pédiatre.

Dès l'ouverture d'une demande, chaque DPI contracte une assurance maladie volontaire auprès de la Caisse Nationale de Santé (CNS) par l'intermédiaire de l'ONA qui payera la cotisation mensuelle pendant la durée de la procédure de protection internationale (PI).

Etant donné qu'il y a une période de stage de 3 mois, tout DPI bénéficie pendant cette durée d'une aide médicale moyennant des bons de prise en charge établis par la Cellule Santé des demandeurs de protection internationale (CSDPI). Cette aide comprend la prise en charge des frais résultant de consultations chez les médecins généralistes et spécialistes, frais d'hospitalisation et traitement chirurgical, frais de pharmacie et autres prescriptions médicales. Dans le cas de maladies chroniques ou de longue durée, la CSDPI peut accorder des aides particulières.

A partir du moment où l'affiliation à la CNS est effective, le DPI doit régler ses propres factures médicales et payer ses médicaments à la pharmacie. Pour aider les DPI à mieux faire face aux dépenses médicales, l'ONA prend en charge la part du tiers payant.

Lors de consultations médicales et en cas de besoin, un DPI nouvellement arrivé peut demander la présence d'un interprète, via l'ONA. En principe, les hôpitaux disposent de leur propre service d'interprétariat.

En outre, les DPI en période de stage CNS (3 premiers mois) peuvent s'adresser aux médecins-généralistes qui assurent des consultations dans les locaux de la Maison Médicale en présence d'interprètes. Les DPI qui vivent au CPA et dans les autres structures d'hébergement peuvent se rendre à ces consultations. Au besoin, le médecin délégué les transférera chez un spécialiste. En cas d'urgence médicale, les DPI peuvent se rendre dans un hôpital ou appeler une ambulance sans que cela nécessite une autorisation préalable de l'ONA.

Pour favoriser l'intégration des BPI, les Offices sociaux sont soutenus par deux services, conventionnés par **le Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région**, à savoir :

- **Le LSKO** – Lëtzbuerger Integratiouns a Sozialkohäsiounscenter, service de consultation et d'accompagnement social visant l'intégration sociale des BPI. Ce service LSKO s'adresse plus particulièrement aux réfugiés vulnérables (fragilité psycho-sociale, situation de santé délicate, handicap, jeunes sans revenus ou familles monoparentales) ayant besoin d'aide pour entreprendre les démarches nécessaires à leur intégration.
- **Le LogIS** - service Logement pour l'inclusion social, géré par Caritas Luxembourg et mettant à disposition des Migrants, des logements abordables répondant à leur situation de détresse logement.

IV/ POPULATIONS - LEURS SPECIFICITES

A/ QUELQUES GENERALITES

Selon les nationalités, les Migrants traversent des pays comme le Maroc, l'Algérie, la Lybie ou la Turquie. Ils passent par l'Italie (campos) ou l'Espagne pour rejoindre la France et d'autres pays européens plus au Nord, comme l'Allemagne, le Bénélux ou l'Angleterre.

Au niveau du Maroc, ils sont particulièrement attirés par 2 enclaves espagnoles : CEUTA et MELLILA.

Au cours de leur longue trajectoire migratoire, les Migrants vivent des traumatismes, comme la perte par mort violente de compagnons de route ou de parents. Souvent, ils n'ont ni lieu pour dormir, ni de quoi s'alimenter. Durant cette période, leur état de santé peut se dégrader de manière intense et rapide.

Ils vivent dans des conditions précaires (Structures collectives, Centres de rétention, Maison Retour). Par conséquent, l'état de santé qui pouvait être « bon » bon au départ, s'altère avec le temps.

B/ CAS DE L'ERYTHREE :

L'Etat d'Erythrée est situé en Afrique de l'Est au niveau septentrional de la Corne de l'Afrique. Sa population est estimée à 6 millions d'habitants pour une densité de 31 habitants/km² (données de 2024). C'est un pays multilingue et multiculturel où se côtoient neuf groupes ethniques, parlant neuf langues différentes. Les langues officielles sont le Tigrigna, l'Arabe et l'Anglais.

Les principales **valeurs** :

- Le respect des aînés (ne pas regarder une personne âgée dans les yeux)
- Fonder une famille
- L'importance de la parole qui représente la même valeur qu'un document officiel.
- La foi, la croyance en Dieu avec quatre religions autorisées : Christianisme branche orthodoxe, Catholique, Luthérienne et Islam.

L'influence de la colonisation italienne de 1890 à 1943 :

La trace de cette colonisation se montre non seulement dans l'architecture, mais aussi dans les mots tigrinya. Dans les domaines de la mode et de la cuisine, il y a une forte présence de mots italiens (forchetta).

Système scolaire :

L'enseignement est obligatoire pendant 8 ans (c'est-à-dire de 6 à 13 ans).

Il faut préciser qu'il y a une scolarisation avec des contraintes.

Les élèves du secondaire (11 à 17 ans) sont forcés de subir leur dernière année scolaire (12^{ème} année scolaire) dans un camp militaire (SAWA), où ils suivent une formation militaire obligatoire. L'année militaire SAWA est une des raisons principales pour laquelle les étudiants ne veulent pas poursuivre leurs études supérieures.

La grossesse et le mariage sont des raisons pour qu'une femme puisse éviter cette formation obligatoire.

Situation actuelle en Erythrée :

- Au niveau **économique** : grande pauvreté – salaire moins de 50 €/mois
Vol de terrain agricole par le gouvernement
Interdiction de faire de la pêche de poissons
- Au niveau de la **construction** : manque de logements
- Au niveau du **développement** : fermetures d'entreprises
Manque de professionnels (Médecins, professeurs).

Avec une telle situation, les Erythréens veulent fuir, en particulier les jeunes adultes hommes, ainsi que des mineurs non accompagnés.

Les motifs de fuite sont les suivants :

- Il n'y a pas de liberté d'opinion ou d'expression
- Il n'y a pas de liberté de religion
- Disparitions
- Absences de lois ; pas de parlement
- Coupure d'Internet

Défis de la communauté érythréenne en Europe :

- Soutenir financièrement la famille restée au pays
- Inquiétude constante pour les proches en Erythrée
- Mal du pays (Homesickness)
- Traces du service militaire (difficile de prendre une décision).
- Adaptation à une autre culture.

C/ DRAME : LE CONFLIT AU TIGRE

C'est un des conflits les plus meurtriers, loin des regards. Le conflit a débuté en novembre 2020 entre l'Ethiopie et le gouvernement régional du Tigré avec le soutien des régions voisines, mais aussi de l'Erythrée. Il y a eu 2,6 millions de personnes déplacées. Cette situation a eu des impacts pour les Réfugiés :

- De nombreux Tigréens se sont réfugiés au Soudan.
- Les Erythréens qui s'étaient réfugiés au Tigré (proximité géographique, linguistique et culturelle) sont devenus des cibles et se trouvent actuellement dans une situation humanitaire désespérée (forte dégradation des conditions de vie dans les camps de Réfugiés).

C/ LE MONDE ARABE : SES PARTICULARITES

1. Les points culturels :

« Pour qui cherche à comprendre les réalités d'aujourd'hui, la spécificité des religions et des ethnies, la culture est une nuance utile, mais délicate à manier. Quand on la néglige, on ne

saisit plus les nuances, quand on lui donne trop d'importance, on ne saisit plus l'essentiel ».
Amin MAALOUF

Le monde arabe s'étend des pays qui se trouvent au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, dans la corne de l'Afrique et dans les îles de l'Océan indien. Toutes ces populations sont unies par la même langue, « l'Arabe ».

Dans la culture arabe, **les valeurs** importantes sont :

- La foi
- La famille, qui est le centre d'honneur, de loyauté et de réputation des Arabes. Les hommes sont toujours à la tête d'une famille arabe.
- Le respect de l'aîné
- L'hospitalité
- La générosité (l'aumône – ZAKAT)

Elle présente des **interdits** :

- Le monde arabe a repris la plupart des rituels et coutumes de la religion islamique
- L'islam a clairement indiqué qu'il est interdit de manger du porc
- Tous les animaux qu'ils mangent sont abattus conformément aux rites.
- L'alcool est généralement interdit.

La **culture arabe** est reconnue également pour :

- Ses différents plats orientaux
- Sa musique
- Ses fêtes arabo-musulmanes (les deux fêtes de l'Aïd, du sacrifice et de la rupture)
- L'esprit de négociation
- Les tenues vestimentaires où chaque pays a ses vêtements traditionnels. Pourtant, un point en commun : les femmes couvrent leur corps, même si certaines femmes s'habillent à l'occidentale. On y retrouve souvent le voile, qui a autant un sens culturel que religieux.

2. Le Ramadan :

Le jeûne « Ramadan » constitue l'un des cinq piliers fondamentaux de l'islam. Le mois de Ramadan est un mois **SPIRITUEL** qui a pour **but de purifier le corps et l'esprit**, avec des **interdictions**, comme celles de boire et de manger en journée. Cependant, certaines personnes peuvent être exemptées de jeûne : les femmes enceintes et qui allaitent, les femmes qui ont leur menstruation, les personnes en mauvais état de santé et souffrant de maladies chroniques, les voyageurs et les enfants qui n'ont pas atteint l'âge de la puberté.

3. Particularité des pays du Golfe : ILS NE VEULENT PAS DE REFUGIES

Le Golfe est composé de six pays (Qatar, Arabie Saoudite, Koweït, Oman, Bahreïn et les Emirats Arabes Unis). Proches de la Syrie, ces pays du Golfe ont la même langue et religion. Ils possèdent des économies riches, ont des ressources financières importantes et disposent d'entreprises de construction en mesure de construire rapidement des abris pour les Réfugiés.

Ils préfèrent sélectionner une population éduquée qui sera autorisée à cohabiter avec certaines règles ; ils préfèrent engager des personnes qui revendiquent moins leurs droits telle

NOTA CATTOLICO Bruno CATALANO



Cette photo par Auteur inconnu est soumise à la licence [CC BY-NC-ND](#)

que la population asiatique (Inde, Philippines, etc..). Notons tout de même que l'Arabie Saoudite a débloqué des fonds pour financer l'accueil des Syriens dans d'autres pays.

4. Particularités dans l'accompagnement social :

- L'homme est le chef de famille, donc il représente la famille.
- Le don et contre-don // accepter ou pas de cadeaux ?
- La revendication, la négociation
- Notion de temps et « d'être en retard »
- **Les enfants**, symbole de fierté et de richesse
- Le refus de serrer la main à une femme

5. Les principales **routes migratoires** vers l'Europe :

. **CEUTA et MELLILA** : L'Europe en Afrique

. la route des **Balkans** plébiscitée (2022)

- . En 2022, 330 000 entrées clandestines en UE.
- . Plus de 11 millions d'entrées dans l'UE d'Ukrainiens.

L'UE a signé des accords de politique migratoire concernant les migrants avec la Turquie et la Lybie. Ainsi les routes migratoires ont été en partie déplacées vers la **Lybie et la Turquie**. Cela n'est pas sans problème ou risque, en particulier pour toutes ces personnes clandestines.

- La **Turquie** considérée comme un « pays sûr » ?
- Les conditions matérielles sont-elles dignes d'accueil des demandeurs d'asile en Turquie ?
- Absence de contrôle de la Cour de Justice UE

Les mêmes préoccupations viennent de la **Lybie**. En effet, Il y a eu un accord d'entente sur les migrations Italie-Lybie en 2017 visant à empêcher les migrants à atteindre l'Europe via la route de la Méditerranée centrale. Mais en Lybie, les Réfugiés sont considérés comme illégaux par la législation nationale.

Les conséquences de la collaboration avec la Lybie sont :

- Une dégradation des conditions de vie des exilés en Lybie.
- Des migrants confrontés au risque de « meurtre, de disparitions forcées, de torture, de réduction en esclavage, de violences sexuelles, de viols et autres actes inhumains...en rapport avec leur détention arbitraire ».
- Des abus que l'ONU qualifie de possibles crimes contre l'humanité

Toutes les personnes prennent d'énormes risques pour quitter le pays. La triste vérité est que plus on multiplie les obstacles à la liberté de circulation, plus le nombre de routes se multiplie et plus elles deviennent dangereuses.

6/ Itinéraires de la faim de migrants d'Afrique subsaharienne expulsés d'Algérie

Les migrants d'ASS en Algérie vivent une situation particulièrement dramatique depuis quelques années. Ils sont expulsés vers le Mali. En attendant leur expulsion, ils sont transférés

dans des prisons où la police leur inflige des traitements inhumains. Voici en témoignage, l'itinéraire de l'un d'entre eux :

« Je voudrais que l'UE vienne voir comment les Algériens refoulent les immigrés, on est traité moins que les animaux. D'abord la nutrition, ils donnent deux pains par jour par personne. A Oran, je suis resté deux jours en cellule sans manger. Transfert dans une autre prison, pareil durant deux jours. Dans une autre prison, après deux jours, ils m'ont donné un petit bout de pain avec une sauce que je ne connaissais même pas. Je ne pouvais pas manger parce que je ne savais pas ce que c'était ; la sauce c'est comme l'huile. Dans une autre ville de transfert, par jour, deux pains chacun avec du lait périmé, plusieurs personnes ont attrapé le mal de ventre. Sans la Croix-Rouge Malienne qui nous a donné à manger et ramené jusqu'à Gao, je serais mort ».

6/ L'EXIL :

Pour toutes ces personnes, l'exil est une forme d'arrachement au pays d'origine, un déracinement. Ils vivent un sentiment de non-appartenance, un sentiment d'Entre-deux. **Abdelmalek SAYAD** (1999) parle de concept de « **double appartenance** ». Les exilés partagent le sentiment d'être « d'ici » et de « là-bas ». Par contre, pour ce sociologue, le déracinement fait naître chez les exilés un sentiment de n'être plus « d'ici », ni de « là-bas ».

Ce qui est certain, c'est que l'exil peut être traumatisant et/ou psychotisant :

- Dû à l'inhumanité du trajet, où la personne est une valeur marchande, est un « corps-objet ».
- Par peur liée à la menace permanente (refoulement, contrôles, violence policière...), avec le sentiment de sécurité réduit en poussière.

V/ L'ALIMENTATION

A/ SOCIOLOGIE DE L'ALIMENTATION

1. Généralités :

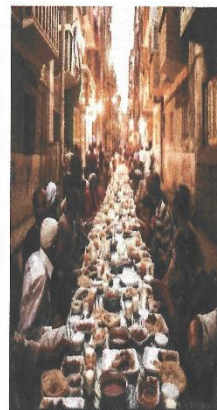
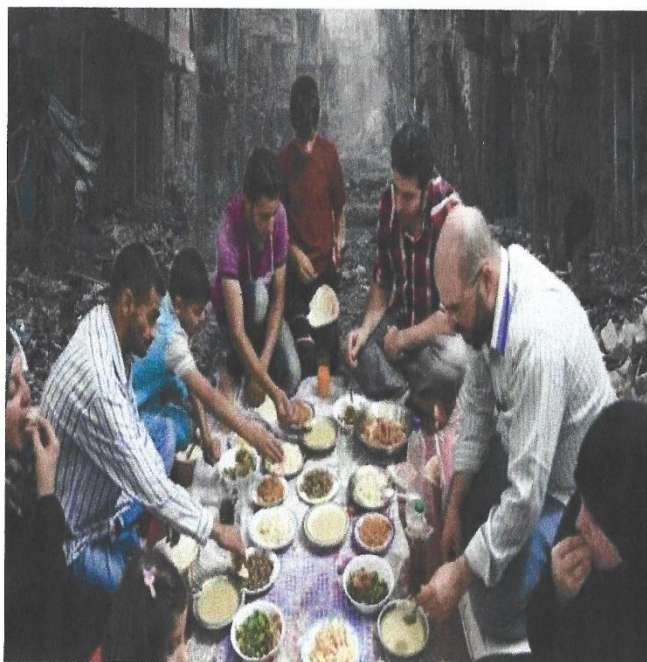
L'alimentation est au cœur de grands problèmes de nos sociétés modernes, en particulier ceux en lien avec la santé. Les deux premiers facteurs de risque de maladies et de mortalité dans le monde sont la malnutrition maternelle et infantile et le régime alimentaire (GADIKOU et al. 2017).

Le terme « Alimentation » désigne à la fois les aliments, les activités qui permettent de se nourrir et ce qui est consommé au quotidien (une alimentation équilibrée). Les nations, au travers de leurs migrants, sont caractérisées par des « cultures alimentaires ». L'alimentation est donc bien un fait de culture que les anthropologues ont essayé d'analyser.

2. L'alimentation au cœur des cultures :

Trois anthropologues ont accordé une importance particulière à l'alimentation ; il s'agit de **Claude LEVI-STRAUSS, M. DOUGLAS et J. FRAZER**.

Les cultures alimentaires s'influencent mutuellement par le phénomène de la mondialisation et par les liens qu'entretiennent Migrations et Alimentation.



croix-rouge 
luxembourgeoise
Menschen helfen

. Selon **LEVI-STRAUSS**, les pratiques alimentaires permettent de décoder une culture dans sa globalité. A travers la cuisine, on révèle les structures fondamentales des cultures, des rapports de l'Homme au monde.

. **FRAZER**, autre anthropologue, met en évidence des sociétés où sont prescrites ou prosrites la consommation de certains aliments, ou de certains aliments dans certains contextes. Il existe par exemple, un principe dit de contagion ; à savoir que si deux aliments ont été en contact, même après leur séparation, ils continuent à s'affecter.

. **M. DOUGLAS**, quant à elle, s'est penchée sur les interdits alimentaires. Ainsi il est interdit, par exemple, de manger du porc pour les Juifs. Cela s'explique par le fait que la viande de porc est source d'infections comme la Trichinose, dans les régions chaudes où vivaient les Juifs.

En même temps, le Deutéronome 14.7 dans la Bible dit :

« Vous ne mangerez pas le chameau, le lièvre et le daman qui ruminent, mais qui n'ont pas la corne fendue : vous les regarderez comme impurs. Vous ne mangerez pas le porc, qui a la corne fendue, mais qui ne rumine pas ; vous le regarderez comme impur ».

Ces animaux interdits sont considérés impurs pour le peuple élu de Dieu, les Juifs. Par contre, les moutons sont tolérés ».

3. Conclusion :

L'alimentation au travers de ces normes et représentations est un fait culturel. C'est une façon d'exprimer sa vision du monde ou du moins l'idée qu'un peuple peut s'en faire. Cela lui permet de se différencier des autres, en exprimant son identité.

B/ PRECARITE ET ALIMENTATION CHEZ LES MIGRANTS

Le migrant a tendance à s'attacher aux habitudes alimentaires du pays d'origine pour confirmer son identité. Il peut également se détacher de son pays et des générations précédentes, avec le souci d'intégrer la culture du pays d'accueil.

Dans le pays d'accueil il n'est pas facile de retrouver les denrées, les aliments pour la préparation de ses plats familiers. De plus, leur prix est élevé, rendant leur accès très difficile.

En ASS, les légumes ne sont pas très appréciés et les plus consommés sont les tomates et les légumes verts. En revanche, les fruits sont très appréciés et les plus consommés sont les bananes, la mangue, les avocats et la papaye.

En ce qui concerne les migrants de religion musulmane, leurs choix alimentaires se tournent vers les produits avec le label « **Hallal** » : c'est une méthode d'abattage de l'animal. On retrouvera des personnes qui ne consommeront que des produits Hallal qu'elles connaissent, parce qu'ils existaient dans leur pays.

D'autres migrants musulmans, plus curieux, vont diversifier leur alimentation et se tourner vers de nouveaux produits comme des produits sans viande (pizza, saucisses végétariennes, simili-viandes).

Une autre catégorie de personnes de foi musulmane consommera toutes les viandes, sauf le porc, quelque soit la technique d'abattage utilisée.

La conséquence pour les consommateurs exclusifs de produits halal est que leur alimentation est dépourvue de protéines animales ainsi que de micro nutriments. Ce comportement alimentaire présente cependant au moins un avantage, celui de diminuer les risques de maladies cardio-vasculaires (MCV). Mais il est important de ne pas ignorer les apports de protéines, de vitamines et de minéraux indispensables (calcium, zinc, fer), et les viandes demeurent la source principale.

C/ PATHOLOGIES

1. Introduction

Les migrants présentent des pathologies liées à plusieurs facteurs. En effet, ils n'ont pas toujours la possibilité de respecter les conditions d'hygiène. Par conséquent, ils peuvent présenter des problèmes gastro intestinaux à cause de l'eau non potable. Ils peuvent aussi rencontrer des problèmes liés à des aliments avariés. Ceci est vrai pour la personne au cours de son parcours migratoire qui peut durer plusieurs semaines, voire des mois.

2. Obésité et surpoids

L'obésité et le surpoids sont deux maladies non transmissibles (MNT) de plus en plus fréquentes.

En 2022 : 1 personne sur 8 est obèse dans le monde et 43 % des adultes étaient en surpoids (2.5 milliards)

L'obésité est une maladie chronique, se manifestant par un dépôt de tissu adipeux. Une personne obèse présente plus de risques de développer, par exemple des cancers, des maladies cardiaques, du diabète de type II.

L'indice de masse corporelle (IMC), permet de poser le diagnostic d'obésité/surpoids.

$$\text{IMC} = \text{poids en kg} / \text{taille}^2.$$

Selon l'OMS, pour un adulte : si $\text{IMC} \geq 25$ = surpoids. Si $\text{IMC} \geq 30$ = obésité.

Malheureusement, cette pathologie, l'obésité est devenue « sociétale ».

3. Malnutrition

La malnutrition représente 50 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans. Elle peut avoir pour conséquences :

- Des phénomènes de dénutrition avec retard de croissance (enfant de moins de 5 ans).
- Elle peut être à l'origine de MNT, mais également d'obésité/surpoids et de diverses carences (vitamines, sels minéraux).

D'ailleurs, les Nations Unies avaient fait de la décennie 2016/2025, la décennie de lutte pour la nutrition.

VI/ ETUDE

A/ CADRE-POPULATION

1. Cadre

Tout migrant DPI est tenu à se soumettre à une visite médicale, dite consultation médicale de primo-accueil (CMPA).

a. Le lieu

Nous accueillons, à la Maison Médicale en moyenne 13 personnes par jour et sur RDV, du lundi au jeudi inclus, tous les migrants BPI et BPT pour cette consultation.

L'objectif est de leur octroyer un RDV dans les 3 semaines suivant le dépôt de leur dossier de demande de PI.

Dans le cas où ils seraient malades (enfants) ou pour un simple renouvellement d'ordonnance (personnes âgées), ils peuvent également se rendre à la Maison Médicale, sans RDV et de manière gratuite. Ce dispositif est valable durant les trois premiers mois avant leur affiliation à la Caisse Nationale de Santé (CNS).

2. Populations

Les nationalités de migrants les plus nombreuses à venir au Grand-Duché du Luxembourg (GDL), sont : **Erythrée, Syrie**, Afghanistan et Ukrainiens (depuis le conflit février 2022).

Viennent ensuite : Guinée (essentiellement **Guinée Conakry**), Vénézuéla et les trois pays du Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie).

Pour la plupart, d'entre eux, ce sont de très jeunes adultes hommes (Erythrée, Guinée) et des familles avec enfants (Syrie) ou sans enfant (Vénézuéla et Ukraine). Notons que quelques femmes viennent d'Afghanistan.

S'y ajoute un nombre non négligeable de mineurs non accompagnés (MNA), pour la plupart de jeunes garçons provenant d'ASS.

B/ METHODOLOGIE-RECCUEIL DE DONNES

1. Déroulement des consultations médicales de primo accueil.

a. Personnel :

- Un agent de sécurité accueillant le migrant
- Un agent administratif pour remplir le dossier du migrant
- Un **infirmier A**, chargé du questionnaire médical - anamnèse infirmière (QM-AI), ainsi que pour la prise des paramètres vitaux.
- Un infirmier B, pour la réalisation d'actes infirmiers (prélèvement sanguin, administration de vaccin)
- Un médecin pour la consultation

- Un interprète el langue ou dialecte du migrant (Essentiellement arabe, tigrinya, farsi et espagnol)
- b. Déroulé

Après les démarches administratives effectuées, le migrant est pris en soin par **l'infirmier A**.

2. Prises de paramètres et anamnèse

Les paramètres sont pris par l'infirmier A : tension artérielle, pulsations, température, saturation, bandelette urinaire, ainsi que le poids, la taille et l'IMC.

L'infirmier est toujours accompagné par un interprète afin de l'aider à compléter le questionnaire médical-anamnèse infirmière (QM-AI).

C. OBSERVATIONS ET PROBLEMATIQUE

1. Observations :

J'ai observé au cours de mon interrogatoire, quelle relation avec la nutrition entretenaient les migrants provenant de certains pays. Plusieurs questions relatives à l'alimentation et à la nutrition leurs étaient posées :

- Perte de poids importante ces dernières semaines ou mois, au cours de leur trajet migratoire ou depuis leur arrivée au GDL ?
- Mangez-vous régulièrement ces dernières semaines ?
- Présentez-vous des troubles d'ordre digestif ?

2. Situations en structure d'hébergement collectif :

a. Logement :

La plupart des migrants sont accueillis dans des structures d'hébergement collectif (95%). Le plus grand centre de primo accueil (CPA) dispose de 550 lits sous des tentes en dur pouvant accueillir chacune 12 personnes. La plupart de ces logements étaient initialement prévus pour un accueil de quelques semaines. Mais vu le niveau de saturation des logements lié à un afflux massif de migrants et à la politique migratoire européenne, les personnes y séjournent plusieurs mois.

b. Alimentation

Certains migrants ne s'y « retrouvent » pas avec les plats proposés dans ces structures. Plusieurs témoignages le confirment : « Je prends juste le petit déjeuner ». Ils préfèrent « sauter » les repas du midi et/ou du soir, selon ce qui est proposé dans le menu du jour. Les aliments ainsi que la manière dont ils sont cuisinés ne leurs conviennent pas. Je leur demande alors « Comment faites-vous pour tenir toute la journée ? ». « Je mange du pain et bois du lait avec ou de l'eau ; je mange aussi des fruits ».

D/ RECCUEIL DE DONNEES-ANALYSE :

1/ Recueil de données :

Les migrants ayant relaté ce problème d'alimentation étaient essentiellement des Erythréens et des Guinéens ; puis venaient les Syriens et Maghrébins et enfin quelques Ukrainiens.

J'ai questionné une population de 100 personnes sur une période allant du 03.03.2025 au 10.04.2025.

a. Résultat

Sur les 100 personnes interrogées, 21 d'entre elles présentaient un problème en lien avec la nutrition. Parmi elles :

- 9 Erythréens, 4 Guinéens, 6 Maghrébins, 1 Syrien et 1 Ukrainien.

b. Analyse

- **Les populations Erythréens et Guinéens :**

Ces deux populations d'ASS avaient des habitudes alimentaires très différentes dans leur pays d'origine respectif. Ils avaient pour habitude de manger d'autres aliments, issus de leur cuisine locale. Dans les centres, ils se retournent essentiellement vers les petits-déjeuners (PDJ), les fruits et les yaourts.

- J'ai relevé que 7 personnes sur 9 présentaient un état de maigreur avec un IMC inférieur à 18.5.

- **Maghrébins :**

- Précisons d'entrée que la période d'étude coïncidait avec le mois de Ramadan. Les six personnes « disaient faire le jeûne ». Ils se plaignaient de la cuisine avec leur lot de plats proposés : « C'est toujours la même chose et ça ne me plaît pas ». Ils ne touchaient pas à la viande, même si le régime était certifié sans porc (4 personnes sur 6).

- **Focus particulier sur les Ukrainiens :**

- Bien que moins nombreux à se plaindre de la nourriture proposée, les Ukrainiens relayaient tous la même raison de mécontentement : « il n'y a pas de vitamines ». En fait, après enquête et consultation avec les interprètes interculturels et avec le recul (plus de 3 années de guerre), j'ai appris que leur système de santé était très différent du nôtre. En Ukraine, Ils pouvaient se rendre en pharmacie sans prescription médicale, pour des besoins en médicaments. Pratiquement tout était gratuit. Ils avaient coutume de s'auto-médicamenter en vitamines.

Une question se pose :

Quel est **le lien entre vitamines et alimentation** ? Comme la nourriture proposée ne leur convenait pas, ils se retournaient vers le médecin pour une demande en vitamines. Evidemment, ils essayaient un refus de la part du praticien car il n'y avait pas de raison réellement médicale à leur demande.

VI/ MEILLEURE PRISE EN SOIN DES MIGRANTS ET ALIMENTATION

A/ APPROCHE INTER-CULTURELLE

Selon : Margalit COHEN-EMERIQUE, basée sur une communication inter-culturelle.

C'est simplement une stratégie pratique pour faire face à un choc culturel, basé sur 3 étapes :

1. **Décentration** : elle permet un travail sur les préjugés et stéréotypes ; il sera plus facile d'entrer dans le système de référence de l'Autre. La décentration permet de repérer « ses zones sensibles ». En effet, certains thèmes mettent mal à l'aise, créant un choc culturel, car ils font réagir émotionnellement et font référence à la douleur/souffrance, histoire personnelle ou collective....
Exemple de zone sensible : sociabilité (rites, coutumes).
2. **Découverte du cadre de référence de l'Autre** : c'est vouloir comprendre qui il est, l'autre ; cela passe par l'écoute et le non jugement.
3. **Négociation** : car l'Autre est partenaire à part entière dans la recherche de pistes d'action, avec des objectifs communs.

Quelques règles d'or de la communication inter-culturelle :

Parler des côtés positifs/avantages de la société d'accueil, trouver des points communs, faire des rapprochements (par exemple : foulard), valoriser la culture de l'Autre, voir la culture de l'Autre par les sommets, médiation culturelle (ateliers cuisine, musique)

B/ LITTÉRATIE EN SANTE

Définition : « capacité d'une personne, d'un milieu et d'une communauté, à comprendre et à communiquer de l'information par le langage, sur différents supports, pour participer activement à la société dans différents contextes » (Lacelle et al., 2016).

L'objectif étant d'atteindre le niveau 3 de littératie. Piac (OCDE 2012)

La compétence en littératie santé varie selon le contexte, la culture et l'environnement dans lequel on se trouve.

Dans notre cas, concernant l'alimentation, il existe plusieurs dépliants : « manger, bouger, c'est la santé », un autre dépliant avec les différentes familles d'aliments et les recommandations du programme national nutrition-santé (PNNS).

Il est important que les messages visuels tiennent compte de la culture de l'audience.

Il existe également des livrets de santé bilingues disponibles en 17 langues ; ce sont des outils de développement des connaissances, pour renforcer l'autonomie. C'est aussi un support de dialogue entre les migrants et les professionnels.

N.B. : il existe des émissions de santé radio (AFRICA N°1) où un thème de santé hebdomadaire, (nutrition) en partenariat avec Santé Publique France (SPF) est abordé, avec une touche humoristique.

C/ LES COMPETENCES PSYCHO SOCIALES (CPS) :

Facteurs clés de la santé globale, les CPS permettent de renforcer les « aptitudes indispensables à la vie ». Elles augmentent le pouvoir d’agir du migrant (**EMPOWERMENT**) ; elles permettent ainsi l’amélioration de son état de santé, en adoptant des comportements favorables. Dans la pratique, les CPS peuvent être développés par la mise en place d’ateliers expérientiels, grâce à l’aide d’intervenants du monde médico-social, avec une approche humaniste, participative et non descendante.

D/ QUESTION DE L’INTERPRETARIAT

Souvent le professionnel de santé se retrouve en face de barrières linguistiques, empêchant la bonne prise en soin du migrant. L’interprète/traducteur ne se limite pas à une simple traduction de mots d’une langue vers l’autre. Des codes culturels sont à prendre en compte. Au-delà de l’accès aux droits à être soigné, se pose la question de l’empêchement de soins, car, même si le migrant a le droit d’être soigné, il ne l’est pas toujours. Cela se produit lorsqu’on cherche à faire recours à un interprète et que l’on n’en trouve pas, nous sommes clairement dans une situation de nonaccès aux soins : d’où l’importance de sensibiliser tous les acteurs de santé à cette spécificité de la prise en soin du migrant.

E/ MEDIATION EN SANTE

« La médiation en santé désigne la fonction d’interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé, dans le but de faciliter l’accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. » (F. RAYNAL, Transversal N°27, 2005).

Il est nécessaire de bien prendre en compte la parole du migrant, ainsi que sa demande et ses besoins. Cela repose sur un climat de confiance, assuré par des personnes de confiance et compétentes. Les médiateurs donnent des informations, orientent les migrants et les accompagnent, non seulement dans le parcours de soins avec les professionnels de santé, mais également dans des démarches administratives.

F/ LE SERVICE LSKO : Lëtzeburger Integratiouns-a Sozialkohäsiouns-Zenter

Ce service est composé d’une équipe sociale, d’une équipe d’interprètes et d’une équipe de bénévoles. Le LSKO propose une activité avec l’aide de bénévoles formés pour éviter l’isolement social des migrants. Cela leur permet de mieux « s’ancrer » au sein de la population d’accueil. Il existe divers projets solidaires, dits **projets ALINE**, mis en place par la Croix Rouge Luxembourgeoise, pour favoriser leur inclusion sociale. Parmi ces ateliers : l’atelier CUISINE.

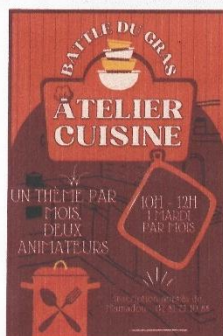
G/ EXEMPLE D'UN ATELIER NUTRITION AXE SUR LE PARTAGE

Un atelier organisé par la Protection Maternelle Infantile (PMI), à Marseille, autour de la périnatalité, est proposé à de jeunes mamans exilées. Le thème de la diversification alimentaire y est souvent évoqué ; cependant, avant de proposer des cartes/ dessins, avec des aliments à donner en fonction de l'âge, la séance commence par :

- **Des questions avec écoute** des habitudes, des coutumes de l'Autre, dans la culture d'origine, ceci dans un objectif de valorisation.
- **Des ateliers diversification et échanges de savoir-faire** en cuisine.
-

H/ EDUCATION THERAPEUTIQUE

Tout d'abord le professionnel devra tenir compte du niveau de la langue du migrant, ainsi que de son niveau de littératie en santé. Il ne devra pas oublier que les représentations de la santé ne sont pas universelles, mais au contraire, très différentes de la nôtre. Il travaillera avec le migrant pour co-construire un programme, après avoir défini les besoins et les attentes.



CONCLUSION – ALIMENTATION SAIN

Manger SAIN nous permet de nous protéger contre des MNT telles que :

Diabète, accident vasculaire cérébral (AVC), des MCV et des cancers.

Une alimentation saine devrait être appliquée dès la naissance et devrait se poursuivre tout au long de la vie. Cela permet de réduire les facteurs de risque de ces maladies, ainsi que la malnutrition. Parallèlement, la personne devra respecter les apports énergétiques (sucres, graisses) sans oublier le sel et le sodium.

Comment promouvoir une alimentation saine ? Certes, l'alimentation est influencée par le secteur économique, mais pour le migrant, d'autres facteurs interviennent, comme les habitudes liées à sa culture, sa langue, son niveau de littératie et de possibilités d'accès aux soins.

Cependant si l'on souhaite promouvoir des bonnes pratiques et orienter les populations vers des repas sains, il faudra tenir compte de leurs croyances culturelles.

Manger, bouger c'est la santé !

