

« CHIBANI-A-S », VIVRE DIGNEMENT ICI ET LÀ-BAS

[Samah Chaaban](#), [Hakima Saadi](#)

ERES | « Empan »

2015/2 n° 98 | pages 87 à 92

ISSN 1152-3336

ISBN 9782749248035

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-empan-2015-2-page-87.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

« Chibani-a-s », vivre dignement ici et là-bas

Samah Chaaban
Hakima Saadi

Les « Chibani-a-s », ce qui veut dire « anciens » en arabe maghrébin, sont venus travailler en France lors des Trente Glorieuses. Beaucoup ont rejoint la France pour des raisons économiques après la décolonisation. La plupart ont été salariés dans le bâtiment, réalisant des travaux pénibles, et ont été logés dans des foyers de travailleurs immigrés. Ces hommes et femmes sont souvent isolés. La plupart des hommes ont laissé conjointe et enfants au pays. Ils sont confrontés à un terrible dilemme – partir ou rester ? Où aller ? – pouvant être source de souffrance psychosociale pour certains, souvent non reconnue par l’institution. Depuis plusieurs années, militants associatifs, professionnels de santé, travailleurs sociaux, chercheurs, tous constatent la dégradation des conditions de vie des vieux retraités immigrés vivant en France.

En ce qui concerne leur état de santé, les vieux Maghrébins souffrent dès 55 ans de pathologies observées chez les Français de vingt ans plus âgés, pourtant ils consultent trois fois moins que les Français âgés¹. Celles-ci sont liées aux conditions de travail difficiles sur les chantiers, au logement précaire, indigne et insalubre, aux carences alimentaires, à des affections respiratoires (maladies professionnelles entre autres).

Sur la question du logement, les foyers ADOMA (ex-Sonacotra) présentent un état de vétusté avancée et restent inadaptés à l’accueil des populations vieillissantes. Les espaces sont réduits et exigus (8 à 12 m²), les chambres ne permettent pas de vivre dans des conditions sanitaires normales avec l’avancée en âge. Dans ces lieux, les problématiques que rencontrent ces personnes s’inscrivent dans l’invisibilité la plus totale jusqu’à la mort. Les processus de vieillissement des travailleurs migrants en foyer apparaissent comme étant difficilement appréhendables par les gestionnaires et les travailleurs sociaux : séjours prolongés, allers-retours continus, isolement familial, état de santé aggravé et logement inadapté à la perte d’autonomie. Ces problématiques sont un frein pour l’accès aux prestations sociales et aux soins.

Confrontées depuis des années à une administration qui ne leur reconnaît pas le droit d’aller et venir librement, les soumettant à vivre sous « liberté conditionnelle » entre ici et là-bas, il s’agit d’une véritable assignation à résidence pour ces personnes, qui sont dans l’obligation de respecter des quotas de temps de résidence pour le maintien de leurs

RENCONTRES
OU
RÉSISTANCES ?

Dossier

Samah Chaaban
samah.chaaban@
casesdesante.org

Hakima Saadi, psychologue
clinicienne à la Case de santé.
hakima.saadi@casesdesante.org

1. Rapport sur « La condition sociale des travailleurs immigrés âgés », mars 2005, Haut Conseil à l’intégration.

acquis sociaux – pour lesquels ils ont cotisé toute une vie. Nous constatons la multiplication des contrôles des prestataires sociaux (CAF², MSA³, CARSAT⁴...) dirigés à l'encontre des Chibani-a-s. Ces contrôles ont pour but de vérifier si ces quotas de temps de présence en France sont remplis, et de suspendre les prestations de celles et ceux qui auraient eu le malheur de prolonger un peu trop leur séjour dans le pays d'origine, aggravant dès lors leur situation de précarité. Actuellement, des dispositifs spécifiques présentés comme des aménagements en la faveur des vieux migrants ont pour objectif de les encourager à partir, avec souvent des conséquences désastreuses sur leurs acquis sociaux. La carte de séjour avec la mention « retraité » est emblématique de cet état de fait : cette carte est réservée uniquement aux (anciens) titulaires d'une carte de résident (dix ans) et à leur conjoint s'il a résidé en France. Mais un « vieux migrant » a vraiment beaucoup à perdre lorsqu'il échange sa carte de résident contre une carte « retraité », car il perd les droits associés et le statut de résident, à commencer par l'essentiel des droits à l'assurance maladie, et ce alors même que des cotisations continuent à être prélevées sur sa retraite.

Le droit commun et les institutions ne répondent pas de façon adaptée à ces problématiques ou ne les repèrent pas. À travers ces constats, nous allons nous intéresser au contrôle social, qui remet en cause le droit de vivre là-bas et ici, et nous pose la question de ce qu'est « l'habiter ». Mais tout d'abord, nous porterons notre regard sur une initiative à Toulouse, dans un centre de santé, la « Case de santé », qui prend en compte les problématiques de ces populations, aboutissant à la création d'un espace convivial, « El Zamane », permettant de leur rendre la parole et de les sortir de l'invisibilité.

La Case de santé est un centre de santé communautaire, créé en 2006, composé d'une équipe pluridisciplinaire (assistant-e-s de service social, infirmière, psychologue, médecins généralistes, accueillant-e et coordinateur). Cette équipe a développé un modèle de coordination pluridisciplinaire efficiente, avec des temps collectifs visant à rendre les personnes concernées participatives dans l'appréhension de leurs difficultés socio-médico-psycho-administratives. Ce centre de santé associatif (statut association loi 1901) a pour but d'assurer à tous un accès aux soins et à la prévention en santé. Il est installé dans l'un des derniers quartiers populaires du centre ville de Toulouse. Quartier de migration, où se croisent toutes les précarités et les problématiques sociales. Il s'agit d'un lieu de santé ouvert à tou-te-s, sans discrimination, où se côtoient étudiants, salariés ou précaires, avec une approche spécifique autour de certaines problématiques (migrant-e-s, prison, toxicomanie, chibani-a-s...). Les publics auxquels la Case de santé se trouvait confrontée ont déterminé les orientations en matière de formation de l'équipe pluridisciplinaire. L'association poursuit quatre objectifs :

– participer au développement d'un échelon de santé primaire de qualité : actions de soin et de prévention validées et indépendantes de

2. CAF : Caisse d'allocations familiales.

3. MSA : Mutuelle sociale agricole.

4. CARSAT : Caisse assurance retraite et santé au travail.

l'industrie pharmaceutique, à un coût raisonnable pour la collectivité ;

– prendre en compte des inégalités de santé, au travers de programmes et de protocoles spécifiques orientés vers des publics vulnérables et touchés par ces inégalités ;

– permettre la participation des usager-e-s aux enjeux de santé, aussi bien au niveau individuel que collectif (santé communautaire) ;

– rendre compte de la situation de santé d'un territoire donné selon une approche globale en créant un « Observatoire local de santé ».

**PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICOSOCIAL
DES CHIBANI-A-S :
DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF !**

En 2012, le Pôle santé-droits de la Case de santé, dont les missions sont centrées sur l'accès aux droits et aux soins des personnes malades, a élaboré un protocole spécifique à l'accueil et à l'accompagnement des Chibani-a-s. Ce protocole organise un travail systématique de l'équipe sociale autour des thématiques suivantes : protection maladie, revenus, entourage, problématique des contrôles de la condition de résidence, logement, perte d'autonomie, accompagnement de la fin de vie, décès (retour au pays).

La consultation individuelle permet de faire le point sur la situation socio-administrative des Chibani-a-s, de recueillir leurs besoins et d'orienter vers les structures de droit commun : droit au séjour, prestations sociales, retraite, logement. Elle permet également de dépister les phénomènes d'isolement et de leur proposer une participation aux activités collectives de la Case de santé. Cet accompagnement actif et l'orientation vers les structures de droit commun ont permis de constater des inégalités de traitement et une inadaptation des dispositifs de droit commun à prendre en charge leurs problématiques sanitaires, sociales et administratives. À partir de ces constats, la Case de santé, parmi d'autres intervenants, a été auditée au Parlement sur la situation des vieux migrants, ce travail de plaidoyer a permis de sortir les Chibani-a-s de l'invisibilité et ainsi d'améliorer leur accès aux soins et aux droits.

L'équipe médicale de la Case de santé propose un bilan adapté, en utilisant des interprètes professionnels si besoin, pour dépister :

– les pathologies chroniques, prévenir leurs complications (maladies cardio-vasculaires, diabète, démence, troubles mnésiques) et organiser la prise en charge et l'orientation vers les structures adaptées. Les outils de dépistage des troubles mnésiques ne sont pas adaptés, notamment en lien avec la barrière de la langue, mais des recherches sont en cours ;

– les problèmes alimentaires en lien avec les conditions de vie et le vieillissement (carence, alimentation déséquilibrée, achats alimentaires désordonnés, perte de plaisir autour des repas, difficultés à cuisiner) ;

– systématiquement les pathologies professionnelles, par un entretien adapté sur le parcours professionnel et les accidents de travail.

**EL ZAMANE : UN ESPACE D'AUTONOMIE
ET D'ACTION POUR LES CHIBANI-A-S**

Au-delà de la consultation individuelle, un espace collectif a été proposé aux Chibani-a-s : « El Zamane », qui signifie « le temps » (ils ont choisi eux-mêmes le nom du collectif). Ce temps collectif est ouvert tous les jeudis aux immigré-e-s âgé-e-s. C'est un moment de convivialité hebdomadaire où les Chibani-a-s peuvent partager un repas. C'est aussi l'occasion de parler de l'actualité (sociale, politique), de s'informer sur les droits de façon collective, de parler de la vie ici et là-bas, de partager les difficultés du quotidien (administrative, solitude...), de proposer des séances d'éducation à la santé adaptées, ou plus simplement de jouer aux dominos, rire et partager. El Zamane est animé par un membre de l'équipe du Pôle santé-droits. En 2011, une soixantaine de personnes ont participé régulièrement à El Zamane. En 2012, deux goûters intergénérationnels ont été organisés. À cette occasion, les plus jeunes usagers inscrits au centre de santé ont pu côtoyer les Chibani-a-s et partager avec eux ce moment de convivialité.

Cette démarche participative et conviviale permet de développer du lien social et de créer des temps d'échanges avec les Chibani-a-s sur leurs parcours

de vie, ainsi que sur leur vie ici et là-bas. Elle tente également de prévenir au maximum la perte d'autonomie, d'autant plus dramatique que l'entourage naturel de cette population est en général éloigné.

Ce temps collectif permet aussi de sortir de l'invisibilité. Les Chibani-a-s se réapproprient la défense de leurs droits. El Zamane a fait émerger des problématiques qui les ont amenés à se mobiliser en 2011. Ils revendiquaient le droit de vivre dignement, le respect de leur mode de vie (allers et retours au pays), un accès aux soins sans restriction, ainsi qu'un accès aux droits sociaux et politiques. C'est à travers le théâtre forum, présenté lors du festival « Origines contrôlées », que les Chibani-a-s ont eu l'occasion d'exprimer publiquement leurs problématiques. Ils ont mis en scène des situations auxquelles ils ont été ou sont confrontés, telles que le contrôle social qui remet en question leur vie ici et là-bas, le travail sur les chantiers...

La Case de santé fait partie du collectif national « Justice et dignité pour les Chibanis », créé en 2009, qui s'est fixé pour objectif de veiller, d'alerter, de se mobiliser autour des conditions de vie indignes, des pratiques discriminatoires et des contrôles abusifs dont sont victimes les immigré-e-s retraité-e-s. L'équipe de la Case de santé a pu repérer que l'individuel ne suffit pas à répondre aux problématiques des Chibani-a-s, le collectif est complémentaire, il permet le partage et la démarche participative. Les échanges en collectif prennent forme de témoignages. Les professionnels apprennent à partir de ces témoignages ce qu'est la transmission et remettent en question leurs pratiques ou leurs représentations. La réflexion sur les pratiques professionnelles amène à questionner ce que refuse d'entendre l'institution, ce que ne veulent pas voir les pouvoirs publics, ou pire encore à repérer que leurs pratiques stigmatisent, soupçonnent et marginalisent. Adapter l'intervention, au-delà d'interpeller le droit commun, c'est interroger les pratiques et tenter de placer l'individu au centre de cette prise en charge.

Donner la parole, c'est également chercher à comprendre ce qui vient exclure et comment prendre soin. Les témoignages des Chibani-a-s lors des temps individuels et collectifs conduisent à interroger ce qu'est « l'habiter », comment les contrôles sociaux portant sur leurs allers-retours au pays remettent en cause leur mode de vie, leur histoire et donc leur identité.

À PARTIR DES TÉMOIGNAGES DES CHIBANI-A-S

À EL ZAMANE : « L'HABITER » ?

La question de ces allers-retours au pays reste entière : ne serait-ce pas une passerelle créée entre ici et là-bas, qui relierait le passé et le présent, la famille et les causes de l'exil ? Cette passerelle n'apporterait-elle pas un équilibre psychique évitant l'effondrement ?

L'exil représente en soi une rupture, un déracinement qui reflète la perte. Tenter de redonner du sens serait le seul moyen de dépasser cet exil. Ce qui pourrait faire sens à travers ces allers-retours, ce serait de

5. J. Furtos, « Habiter », *Rhizome*, bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE) avec le soutien de la Direction générale de l'action sociale, décembre 2001.

6. F. Vinot, allocution présentée en ouverture du premier Colloque de psychiatrie et de psychologie clinique de Breil-sur-Roya (06), le 10 novembre 2012.

7. G. Perec, *Espèces d'espaces*, Paris, Galilée, 2000.

retourner vers l'objet perdu et essayer de le retrouver. Face à cette impossibilité, le « ratage » conduit à la répétition de continuel va-et-vient, marqués par une présence au pays lors de fêtes familiales et/ou religieuses, dans la recherche d'un sentiment d'appartenir à ce groupe social, quitté il y a déjà de nombreuses années.

Nous pouvons supposer que l'exclusion sociale vécue par les Chibani-a-s pourrait conduire à remettre en question leur identité déjà fragilisée par l'exil. Retourner au pays ponctuellement serait alors un moyen d'échapper un temps à cette exclusion et de réaffirmer une identité à travers le lien social. C'est probablement une façon de lutter contre l'exclusion.

Mais que peut apporter ce retour vers le pays d'origine sur le plan imaginaire ? Arrière-pays ? Partage d'un idéal collectif ? Quelque chose qui échappe aux institutionnels et qu'ils tentent de maîtriser, de contrôler, de limiter, qualifiant de « fraudeurs » ceux dont les séjours passés de l'autre côté de la frontière dépassent les temps réglementaires. Les Chibani-a-s ont passé leur vie à répondre à des conditions : condition de travail pour être régularisés, condition de logement, de salaire pour obtenir le regroupement familial, et aujourd'hui condition de résidence pour maintenir leurs droits, sans prendre la peine de les informer sur la législation.

Durant El Zamane, ils expriment une impossibilité à rentrer au pays définitivement, malgré les conditions difficiles, et cela pour plusieurs raisons : ils ont créé des liens, ont leurs habitudes et sont très préoccupés par leur état de santé, pensant être mieux soignés en France. Le lien à la famille semble aussi participer à ce choix : ils ont souvent pris une autre place dans la sphère familiale qui est celle de l'exilé. Ils n'ont pas vu leurs enfants grandir, et sont devenus « célibataires » à travers cette distance qui les sépare de leur femme. Pourtant, ce retour au pays est toujours envisagé, mais dans l'idée d'une fin de vie. Parallèlement, il ne semble pas possible de considérer une vie en France coupée du pays d'origine.

La valeur « d'habiter » prend ici toute sa signification, comme si l'aller-retour au pays permettait

de donner du sens au monde et à la place que le chibani va occuper. Comme le dit Jean Furtos : « L'homme habite, il prend place parmi les êtres humains, pour cela il lui faut un lieu où inscrire son corps, sa subjectivité, son histoire, sa citoyenneté. S'il ne peut habiter, l'homme ne peut prendre place et ça s'appelle aujourd'hui l'exclusion. L'aider à habiter, cela s'appelle lutter contre l'exclusion⁵. » Cela nous fait réfléchir sur la manière dont un individu s'inscrit dans l'espace et dont il l'occupe. L'espace occupé par les Chibani-a-s et où ils s'inscrivent semble être défini par ces allers-retours au pays. La remise en question de la manière dont ils occupent cet espace participe à leur exclusion.

Ces hommes qui ont passé leur vie à bâtir pour les autres se sont construit leur propre espace habitable entre ici et là-bas. Frédéric Vinot, dans une allocution présentée le 10 novembre 2012 en ouverture du premier Colloque de psychiatrie et de psychologie clinique, intitulé « De l'arrière-pays en psychologie clinique et psychanalyse⁶ », décrit ainsi l'arrière-pays comme n'étant pas « le lieu d'habitation du sujet » mais « plutôt le lieu qui rend possible l'habitation du monde par le sujet ». Il ajoute : « un lieu certes inaccessible, mais pas sans effet ». Nous pouvons nous demander si ce que les chibani-a-s appellent « le bled » n'est pas leur arrière-pays. Comme le dit Frédéric Vinot, « Rendre un lieu habitable, ce serait y rendre possible l'idée d'arrière-pays, l'idée d'un ailleurs qui entretiendrait un lien énigmatique avec l'ici ». Car si l'arrière-pays n'est pas le pays, il n'est pas non plus coupé de lui – quel type de lien entre l'ici et l'ailleurs ? Par ailleurs, lorsqu'ils rejoignent cet arrière-pays, rapidement, ce vide semble les gagner : « Il n'y avait rien à faire, je suis rentré » (retour d'un chibani à El Zamane).

Et de retour ici, très vite le bled reprend son statut « d'arrière-pays », nostalgie dans le discours qui laisse entendre un manque. Selon Georges Perec, « Ce rien, ce vide, qui confronte à un impensable (soit : hors du symbolique) et un imaginable (soit : hors de l'imaginaire), et un Réel (au sens lacanien) inhabitable qui, pourtant, fonde l'habitation humaine⁷ ». Cet arrière-pays est investi, il s'inscrit dans cette continuité de l'exil. Certains y

bâtissent à nouveau mais cette fois pour eux-mêmes, comme une empreinte qu'ils veulent laisser de leur existence, une trace invisible. Ils nourrissent l'image de l'ancien travailleur immigré qui par l'exil aspire à une vie meilleure, dissimulant leur solitude, les difficultés administratives et les problèmes de santé.

À travers El Zamane, des liens se sont tissés, des rencontres ont vu le jour, nous laissant entrevoir cet autre lieu rêvé rendant habitable « ici ». Lorsque le choix d'être enterré au pays est exprimé, l'équipe accompagne et soutient ce retour, et un lien avec la famille au pays se crée. La question de la mort vient donner un autre sens à ce lieu tant investi sur le plan imaginaire et elle ne pourrait se traiter sans rompre cet isolement. Prendre en compte la parole de l'Autre, son rapport au langage, permet aussi de sortir de nos représentations sociales, qui influencent nos pratiques professionnelles en nous éloignant de la personne concernée. El Zamane n'est en soi qu'un outil permettant d'appréhender l'humain sous d'autres facettes que celle du curatif. L'équipe est confrontée au quotidien à cette question : comment apporter du soin lorsque les problématiques sont multiples (social, médical, psychique...), certaines étant liées au cadre institutionnel ? L'Autre se retrouve à la frontière du soin et l'exclusion sociale a précarisé toute forme de lien. La Case de santé se pose en outil face à ces problématiques, *via* une équipe pluridisciplinaire coordonnée, et en allant de l'individuel au collectif, le collectif permettant de réinscrire l'individu dans le lien social.

Comme nous l'avons évoqué, les Chibani-a-s sont confrontés à une administration qui ne leur reconnaît pas le droit d'aller et venir librement, les obligeant à vivre sous « liberté conditionnelle » entre ici et là-bas. El Zamane a permis aux Chibani-a-s de prendre la parole et aux professionnels de les écouter. C'est à travers leurs témoignages et les échanges que les représentations de chacun s'effacent pour laisser place à l'Autre, celui qu'on ne connaît pas. Nous avons vu, à travers plusieurs auteurs, avec la notion de l'espace occupé ou celle d'arrière-pays, que les Chibani-a-s s'inscrivent dans un « habiter » qui leur est propre, en lien avec leur histoire. Quand l'institution remet en cause cet aller-retour, elle remet en question ce qu'ils sont, et donc leur identité, ceci pouvant être source de souffrances.

Les espaces collectifs, tels qu'El Zamane, peuvent être perçus comme des outils de renforcement du lien social, d'émergence de la parole, afin de se réapproprier le sens de son existence, de ses choix personnels, la défense de ses droits. Du côté des professionnels, cet outil peut permettre de questionner, de remettre en question la manière de développer le lien, la manière d'accueillir, de laisser place aux attentes de l'Autre. Quelle place veut-on donner à l'Autre ?