

# Asile, santé et discrimination: attention aux mots

Dr PRISCILE WENK-CLÉMENT<sup>a</sup>, Prs PASCAL SINGY<sup>b</sup> et PATRICK BODENMANN<sup>c</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 1582-5

**Notre pratique médicale nous amène à rencontrer des personnes de tout horizon. Certains de nos patients vivent des situations de vulnérabilités multiples et sont plus à risque de subir stigmatisations et discriminations. Dans le domaine de l'asile, ils sont souvent premièrement désignés par des mots traduisant leur réalité socio-administrative. Ces mots sont sensés définir leur identité. L'individu est déshumanisé car réduit à un statut administratif. Ces termes sont porteurs d'un sens dénotatif, précieux dans la compréhension du contexte dans lequel évolue le patient; mais aussi d'un sens connotatif, qui par biais implicite amène le soignant à adopter des attitudes pouvant être préjudiciables à une prise en charge adéquate du patient. Les mots doivent être choisis avec soin et amenés de manière opportune, car les mots comptent.**

## Asylum, health and discrimination: words matter

*Our medical practice brings us to meet people from all walks of life. Some of our patients experience multiple vulnerabilities and are at greater risk of stigma and discrimination. In the field of asylum, they are often firstly designated by words reflecting their socio-administrative reality. These words are supposed to define their identity. The individual is dehumanized because reduced to an administrative status. These terms carry a denotative meaning, valuable in understanding the context in which the patient evolves; but also a connotative meaning, which through implicit bias leads the caregiver to adopt attitudes that may be detrimental to the proper care of the patient. Words must be carefully chosen and brought in a timely manner, because words matter.*

## INTRODUCTION

Dans le milieu des soins, nous sommes amenés à rencontrer et prendre en charge des personnes provenant de tout milieu et de tout âge. Nous sommes appelés à les accueillir avec leurs vécus et vulnérabilités. Certaines populations nécessitent une attention plus particulière, une facilitation d'accès au système de soins et une adaptation de nos habitudes protocolaires afin de favoriser des soins équitables. La patientèle rencontrée dans le milieu de l'asile en fait partie.

## UN PEU DE LINGUISTIQUE

La communication prend un rôle central dans les soins et ne peut aspirer à l'optimal que si le langage articulé (verbal, gestuel,

graphique) sur lequel elle repose est utilisé de manière adéquate. Ce dernier ne se limite pas à assurer l'essentiel des interactions soignant/soigné dans la mesure où il représente aussi un instrument à visée curative et préventive. On sait par ailleurs que le langage articulé façonne et entretient notre manière de concevoir le monde. À ce titre, il faut mentionner la portée cohésive et distinctive<sup>1</sup> de certains managements de la langue. Ainsi, l'usage d'un mot au sein d'un cercle déterminé peut renforcer la proximité symbolique en son sein, tout en faisant frontière avec des tiers. Autre fait d'importance, l'être humain est à la fois un sujet parlant et un sujet parlé. Chacun sait, par exemple, qu'avant même sa naissance, celui-ci est nommé, pensé et associé à des représentations le concernant.<sup>2</sup>

En termes de stigmatisation, le langage articulé occupe une place de choix. Il est à noter, à cet égard, que les insultes et les termes péjoratifs des registres vulgaires ou argotiques ne sont pas seuls concernés en ces matières. L'utilisation d'éléments lexicaux, même parmi les plus policés d'une langue, peut être aussi fortement stigmatisante. En effet, il faut rappeler ici que les mots n'offrent pas qu'un sens *dénotatif*,<sup>3</sup> lequel est constitué par les traits sémantiques qui définissent strictement la réalité référée. Ainsi, le terme «réfugié», dénote «toute personne qui craint avec raison d'être persécutée [...] qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; [...] ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner».<sup>4</sup> Ils présentent également un sens *connotatif*. Celui-ci renvoie aux sentiments, impressions ou souvenirs suscités par ce mot chez son émetteur tout comme chez son récepteur. Ce sens varie au plan axiologique et selon le vécu des personnes, leurs expériences et leurs identités sociales. Dès lors, le terme de «réfugié», peut se voir associé à une palette de traits connotatifs, à valeur positive (respect, solidarité, droits) ou à valeur négative (profiteur, invasion, menace).

Enfin, on parlera du sens *indiciaire* d'un mot, lequel est formé de l'ensemble des informations caractérisant la personne qui le prononce (par exemple, un accent propre à une région). Il n'est pas difficile, à cet égard, d'imaginer le rôle que pourraient avoir à l'endroit de demandeurs d'asiles des linguistes engagés par des services publics soucieux de s'assurer de la véracité de certaines données qu'ils récoltent.<sup>5</sup>

## LES MOTS DE L'ASILE DANS LES SOINS

Dans le domaine de l'asile de nouveaux termes sont créés pour traduire des réalités qui évoluent au gré des lois, accords politiques et organisations logistiques. Certains, comme migrant, réfugié ou requérant d'asile, sont de très large portée et anciens. D'autres comme Cas-Dublin, NEM (Non-entrée

<sup>a</sup> Service de médecine des addictions, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, <sup>b</sup> Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, <sup>c</sup> Département vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne  
priscile.clement@chuv.ch | pascal.singy@chuv.ch  
patrick.bodenmann@unisante.ch

en matière), dubliné, permis F, EVAM (Établissement vaudois d'accueil des migrants) sont plus locaux et variables (**tableau 1**).

Le médecin qui reçoit un patient en consultation cherche à connaître le motif de venue et à le mettre en contexte pour mieux comprendre la situation et pouvoir apporter une réponse adéquate. La transmission écrite et orale des informations entre soignants est une des bases d'une prise en charge médicale globale, interdisciplinaire et traçable. Elle doit être exacte et précise. Tout échange d'information commence par un bref descriptif du patient, visant à faire comprendre à l'interlocuteur qui est cette personne. Un langage codifié, par lequel l'émetteur croit pouvoir cerner un certain vécu du patient et de sa santé. Voici des exemples inspirés de notes de consultations médicales:

- M. N., 20 ans, NEM, vient de Guinée. En Suisse depuis 8 mois.
- M. C., patient EVAM, traité en Géorgie pour un lymphome B.

Ces termes qui signifient initialement une décision légale ou une structure d'accueil, sont ici utilisés pour désigner des personnes. Requérant d'asile, réfugié, semblent plus adaptés mais sont souvent le premier élément transmis au sujet du patient.

- Mme R., requérante d'asile, 25 ans. Vient de Somalie. Enceinte à 24SA.

L'information que le soignant cherche à transmettre par leur utilisation est importante. Ces termes sont porteurs de traits dénotatifs reflétant une réalité. On apprend ainsi que la per-

sonne a déposé une demande d'asile en Suisse, si attribuée au Canton de Vaud, elle est prise en charge par l'EVAM. On comprend qu'il s'agit d'une personne étrangère, qui ne parle certainement peu ou pas français, vit en situation de précarité à minima sociale et administrative, et qu'il y a des particularités dans l'organisation du suivi médical. Savoir ce que le patient vit au niveau social est précieux. Connaître son statut administratif permet d'ajuster la prise en charge; encore faut-il savoir ce qu'implique ce statut concrètement.

Une brève recherche dans les médias permet d'identifier quelques idées rattachées aux termes de l'asile. Elle montre que malgré quelques éléments de valorisation des personnes concernées, une large part des termes reste négative. Ils participent à la construction implicite des traits connotatifs (**tableau 2**).

D'autres associations d'idées sont propres au milieu médical: besoin de certificats médicaux ou demande de médicaments, situation «psy», vulnérabilité.

Ces traits connotatifs sont liés non aux personnes qu'ils désignent, mais aux termes utilisés pour les dénommer. Or, ces personnes sont désignées premièrement par des éléments informant de leur statut administratif, de plus fluctuant et évolutif. Leur identité en est définie. Les traits connotatifs associés à ce statut sont calqués sur l'individu. Il disparaît en tant que tel, pour devenir un représentant d'un groupe de personnes alors uniformisées, dépossédées d'une partie de leur humanité.

**TABLEAU 1**
**Implications sociales des termes spécifiques désignant les migrants du domaine de l'asile**

	Définitions	Permis	Accès au Travail	Accès à l'aide sociale	Assurance-maladie	Voyage hors de Suisse	Perspective
<b>Réfugié</b>	Asile accordé Défini selon la Convention du HCR de 1951	Permis B ou permis C	Oui	Oui	Oui	Sauf dans pays d'origine	Accès au permis C après 10 ans
<b>Réfugié ou personne admise provisoirement</b>	Statut de réfugié reconnu, mais asile non accordé  Besoin de protection internationale reconnu, sans statut de réfugié, et renvoi dans le pays de provenance illicite	Permis F	Oui	Réduite	Oui	Sous conditions	Accès au permis B conditionné après 5 ans
<b>Requérant/ demandeur d'asile</b>	Procédure d'asile en cours	Permis N	Limité	Réduite	Oui	Non	Statut de réfugié avec permis B ou débouté
<b>Débouté</b>	Demande d'asile rejetée	Attestation de délai de départ	Non	Minimale = aide d'urgence	Oui	Non	Renvoi
<b>Non-entrée en matière (NEM)</b>	Demande d'asile écartée sans examen des motifs ayant mené à faire la demande	Attestation de délai de départ	Non	Aide d'urgence	Oui	Non	Renvoi
<b>Dubliné/ cas Dublin</b>	Selon accords de Dublin, état tiers de transit responsable de la procédure d'asile	Attestation de délai de départ	Non	Aide d'urgence	Oui	Non	Renvoi dans l'état responsable de la procédure
<b>Mineur non accompagné (MNA)</b>	Mineur ayant déposé une demande d'asile, non accompagné d'un adulte responsable	Adaptation du réseau, des aides et de l'accompagnement aux besoins spécifiques					
<b>Établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM)</b>	Organisme mandaté par le canton de Vaud pour l'accueil des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire, et pourvoir l'aide d'urgence						

**TABEAU 2**

**Termes associés aux mots de l'asile dans les médias**

Recherche « Google – actualités » des termes en gras, le 12.06.19. sur 10 pages. 10 premiers mots relevés des titres des articles (sur total de 15 relevés). En fond beige, les termes à connotation négative.

Migration	Asile	Réfugié	Dubliné
Infrastructure frontalière	Impartialité	Invitation	Absurde
Humaniser	Réforme	Jugée	Impasse
Rapatriés	Enrayer	Œuvres	Solidarité
Bloqués	Choqués	Explosent	Crise
Aide	Tension	Criminalisation	Point faible
Dangers	Perdition	Parcours remarquables	Enfermement
Irrégulière	Secourus	Camp	Casse-tête
Démuni	«Stop Dublin»	Centre d'accueil	Rumeurs
Arrestation	Idées reçues	Servir	Complexités
Clôture de barbelés	«frais cachés»	Retours	Divisions

Le risque pour le soignant est de voir en face de lui ce «patient EVAM» ou ce «NEM» avant de voir M. C. ou M. N.; et peut-on répondre à notre mandat de soin lorsqu'on voit un statut avant la personne ?

**QUEL IMPACT RÉEL SUR LA PRISE EN CHARGE ?**

L'impact des mots sur la prise en charge médicale est une question d'actualité. Une analyse de la littérature confirme cet intérêt croissant les quinze dernières années dans les pays anglo-saxons, en particulier dans le domaine des addictions,<sup>6,7</sup> de la drépanocytose<sup>8</sup> et de l'obésité.<sup>9</sup> Deux travaux romands se sont récemment intéressés au poids des mots dans le milieu carcéral<sup>10</sup> et des addictions.<sup>11</sup> Cette recherche n'a pas montré d'étude sur le domaine de l'asile.

Parmi ces études, deux en particulier servent de base de réflexion concernant la population d'intérêt.

La première étude<sup>6</sup> concerne les addictions, qui constituent une cause de stigmatisation importante.<sup>12</sup> Elle a été menée auprès de soignants en santé mentale assistant à une conférence sur les addictions. L'histoire de M. Williams leur a été présentée: il est suivi pour une problématique de consommation de drogues et fait face à des difficultés sociales et juridiques. Pour certains participants, il était désigné comme *substance abuser* (toxicomane), pour d'autres comme une personne ayant un *substance use disorder* (trouble de l'usage de substance).

Les participants ont reçu trente-deux phrases sur lesquelles ils devaient coter leur accord, permettant d'évaluer leur position sur:

- le risque que le patient représente pour la société
  - *Je souhaiterais l'avoir comme employé;*
- sa capacité à contrôler sa consommation et sa vie
  - *Son problème est causé par les mauvais choix qu'il fait;*

- les causes à l'origine de sa consommation et de ses difficultés
  - *Son problème est lié à un déséquilibre chimique cérébral;*
- la réponse à apporter par des mesures plutôt thérapeutiques ou punitives
  - *Il devrait être adressé à un thérapeute/psychologue/travailleur social.*
  - *Il devrait être assigné à 200 heures de travaux d'intérêt général.*

La principale conclusion de cette étude est de montrer de manière significative que les participants pour qui M. Williams était désigné comme *substance abuser*, terme reconnu comme plus discriminant, étaient plus enclins à proposer des mesures punitives que thérapeutiques.

Cette analyse introduit la notion de biais implicite.<sup>13</sup> Les mots employés pour décrire un individu ou son histoire s'associent de manière automatique et inconsciente aux traits connotatifs, qui vont amener la personne à adopter certaines attitudes et prendre certaines décisions.

Une autre étude<sup>8</sup> réalisée en 2017 aux États-Unis cerne les conséquences de ce biais dans le milieu des soins. Un groupe d'étudiants en médecine et médecins en formation ont reçu une note de suite clinique d'un patient arrivant aux urgences. Il existait deux versions de cette note: une en langage dit neutre, l'autre dit stigmatisant (**tableau 3**). Les participants étaient interrogés sur la prise en charge à proposer au patient, notamment au niveau médicamenteux.

La drépanocytose entraîne de fréquentes consultations aux urgences en raison des douleurs difficiles à soulager. Elle concerne par ailleurs plus particulièrement une population aux États-Unis déjà soumise à des discriminations.<sup>14</sup>

La première version décrit un patient dont l'identité est définie par sa maladie. Comme pour notre patient *requérant d'asile* ou *drug abuser*, c'est la première information qu'on transmet et le patient en tant qu'individu disparaît derrière un élément choisi de sa vie. Au-delà de la manière dont le patient est identifié, il y a la manière dont son histoire est racontée. Dans la version une, il est présenté comme un patient dépendant, dont la souffrance est mise en doute.

La deuxième version présente un patient qui a une maladie, mais son identité n'en est pas définie. L'histoire est transmise de manière factuelle, non suggestive et sans jugement d'inten-

**TABEAU 3**

**Impact des mots dans les transmissions médicales**

Extraits des vignettes d'une étude montrant l'impact des mots dans les transmissions médicales écrites.

Version n°1	Version n°2
Patient drépanocytaire de 28 ans avec une ostéomyélite chronique de la hanche droite	Patient de 28 ans avec une drépanocytose et ostéomyélite chronique de la hanche droite
Il est dépendant aux opiacés et se retrouve fréquemment aux urgences	Il présente 8-10 crises/an, les douleurs nécessitant habituellement des antalgiques opioïdes aux urgences
À l'examen clinique, il semble être en détresse	À l'examen clinique, il apparaît clairement en détresse

(Tiré de réf.<sup>8</sup>).

**TABEAU 4**

**Propositions de bonne pratique langagière**

Vignette clinique (fictive) résumant les propositions de bonne pratique langagière. EVAM: Établissement vaudois d'accueil des migrants.

Version 1, la plus souvent rencontrée	Version 2, proposition de changement
<ul style="list-style-type: none"> <li>• M. A., patient EVAM de 45 ans, irakien, vient aux urgences pour des douleurs au bras depuis plusieurs mois. <i>Cas-Dublin</i> en Suisse depuis 2 ans, il va bientôt être renvoyé en Grèce</li> <li>• Il rapporte une douleur à 7/10 en montrant tout le bras car il ne parle pas français. Il demande du Tramal, c'est la 3<sup>e</sup> fois qu'il vient aux urgences au cours des deux derniers mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M. A., patient de 45 ans, vient aux urgences pour des douleurs au bras depuis plusieurs mois</li> <li>• La douleur est à 7/10 et irradie sur tout le bras. La caractérisation précise est difficile, car il ne parle pas bien le français. La douleur est soulagée uniquement par le Tramal prescrit aux urgences il y a 2 mois, mais l'évolution reste défavorable</li> <li>• Il est d'origine irakienne, en Suisse depuis un an, où il a déposé une demande d'asile. Une demande a été enregistrée en Grèce avant; selon les accords Dublin, il devrait retourner en Grèce</li> </ul>

tion. Cette dernière est la version en langage dit neutre. Les soignants qui ont reçu celle en langage dit stigmatisant ont adopté une attitude plus négative vis-à-vis du patient, dans sa perception et en prescrivant une antalgique moins adaptée à ses besoins.

Ces deux études démontrent que les mots utilisés pour décrire un patient, l'ordre dans lequel ils sont amenés, et la façon dont l'histoire est transmise, font écho à des représentations, idées ou stigmas (traits connotatifs) qui auront un impact réel dans les décisions qui seront prises par les soignants pour le patient.

**RETOUR AUX PERSONNES DU DOMAINE DE L'ASILE**

À l'image des personnes souffrant de drépanocytose ou de troubles de l'usage de substances, les patients du domaine de l'asile constituent une population vulnérable exposée aux stigmatisations et représentations erronées. Ils sont plus susceptibles de subir les conséquences des biais implicites liés à leur statut administratif, sans oublier leurs origines et état de santé.

La formation et la sensibilisation des cliniciens réduisent les représentations négatives liées à l'asile et ce biais. Des études ont montré que même des interventions brèves menées auprès d'étudiants en médecine pouvaient diminuer les représentations stigmatisantes liées à la maladie mentale.<sup>15</sup> Le **tableau 4** résume au travers d'une vignette clinique nos propositions de bonne pratique langagière.

**CONCLUSION**

Il est fondamental de rester attentif à présenter nos patients premièrement en tant que personne et individu singulier. Le contexte social est important, et d'autant plus dans ce domaine. Il doit être connu et transmis. Il doit l'être de manière adéquate, précise et neutre. Il ne doit en aucun cas, devenir l'élément identitaire de référence.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- Pour toute transmission d'information, écrite ou orale, tenir compte lors de l'utilisation d'un mot choisi qu'au-delà du sens dénotatif pour lequel nous l'utilisons, il existe un sens connotatif et indiciaire
- La formation et l'information permettent de réduire les stigmatisations liées aux personnes de l'asile, sources de traits connotatifs négatifs, et par biais implicites d'attitudes délétères au bon soin des patients
- La transmission des données socio-administratives est importante. Elle doit être factuelle, et si «codifiée» (patient EVAM (Établissement vaudois d'accueil des migrants), Cas-Dublin) par contrainte logistique, elle ne doit pas devenir le trait d'identification principal

1 Singy P, Poglia Mileti F, Bourquin C, Ischer P. Le parler "jeune" en Suisse romande : quelles perceptions. BIL 2014;27:11-8.  
 2 Tout est langage - Françoise Dolto - GALLIMARD - Site Gallimard [cited 2019 Jul 22]. Disponible sur : www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Francoise-Dolto/Tout-est-langage  
 3 Landolo C. Guide pratique de la communication avec le patient -Elsevier Masson [cited 2019 Jul 22]. Disponible sur : www.elsevier-masson.fr/guide-pratique-de-la-communication-avec-le-patient-9782294701450.html  
 4 RS 0.142.30 Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés (avec annexe) [cited 2019 Jul 24]. Disponible sur : www.admin.ch/opc/fr/classified-com-

pilation/19510156/index.html  
 5 Service de renseignement de la Confédération [cited 2019 Jul 24]. Disponible sur : www.vbs.admin.ch/fr/ddps/organisation/unites-administratives/service-renseignement.html  
 6 \*\*Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. Int J Drug Policy 2010;21:202-7.  
 7 \*Ashford RD, Brown AM, Curtis B. Substance use, recovery, and linguistics: The impact of word choice on explicit and implicit bias. Drug Alcohol Depend 2018;189:131-8.  
 8 \*\*P Goddu A, O'Connor KJ, Lanzkron S, et al. Do words matter? Stigmatizing language and the transmission of bias in

the medical record. J Gen Intern Med 2018;33:685-91.  
 9 Forhan M, Salas XR. Inequities in healthcare: a review of bias and discrimination in obesity treatment. Can J Diabetes 2013;37:205-9.  
 10 Tran NT, Baggio S, Dawson A, et al. Words matter: a call for humanizing and respectful language to describe people who experience incarceration. BMC Int Health Hum Rights 2018;18:41.  
 11 Bertholet N, Fortini C, Simon O, et al. L'emploi d'un langage non stigmatisant et précis est nécessaire en médecine des addictions. Rev Med Suisse 2019;15:1165-8.  
 12 Goodyear K, Chavanne D. Sociodemographic characteristics and the stigmatization of prescription opioid addiction. J Addict Med 2019;pub ahead of print.

13 \*\*Chapman EN, Kaatz A, Carnes M. Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. J Gen Intern Med 2013;28:1504-10.  
 14 Green CR, Anderson KO, Baker TA, et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. Pain Med 2003;4:277-94.  
 15 \*Altindag A, Yanik M, Uçok A, et al. Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci 2006;60:283-8.

\* à lire  
 \*\* à lire absolutement