

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

Requérants d'asile : quelles représentations de la santé et de la maladie ?

Comprendre et élaborer une réflexion théorique autour des représentations de la santé et de la maladie dans un contexte de demande d'asile dans le canton du Jura

Mauranne Laurent
Session d'automne 2013

Directeur de mémoire : Jean-Claude Métraux
Experte : Fabienne Fasseur

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	4
Notes	4
Face à face : aperçu d'une réalité multiple	6
Chapitre 1	8
Préambule : une problématique mise en contexte	8
1.1. Evolution de la société.....	8
1.2. Asile en Suisse	9
1.3. Définir la santé et la maladie	11
1.4. Santé et migration	13
1.5. Les interlocuteurs d'une consultation médicale	14
1.5.1. La personne malade.....	14
1.5.2. L'interprète communautaire	15
1.5.3. Les professionnels de la santé	16
Chapitre 2	18
Problématique.....	18
Chapitre 3	21
Perspectives théoriques	21
3.1. Anthropologie	21
3.1.1. Anthropologie sociale et culturelle.....	21
3.1.1.1. Définir la culture.....	21
3.1.1.2. La reconnaissance.....	23
3.1.1.3. Les similitudes fondamentales.....	25
3.1.1.4. Les dons de paroles.....	26
3.1.2. Anthropologie médicale	27
3.1.2.1. La maladie biologique et la maladie vécue.....	29
3.1.2.2. La biomédecine en tant que système culturel.....	30
3.1.2.3. Les modèles explicatifs de la maladie.....	31
3.1.2.4. La consultation comme négociation des modèles explicatifs.....	32
3.2. Modèle biomédical de la santé et de la maladie	33
3.3. Psychologie de la santé.....	35
3.3.1 Le modèle biopsychosocial	36
3.3.2. Les théories profanes	37
3.3.2.1. La représentation personnelle de la maladie.....	39

3.3.2.2. La théorie des représentations sociales.....	39
Chapitre 4	42
Construire la recherche	42
4.1. Pourquoi les méthodes qualitatives ?.....	42
4.2. L'entretien semi-structuré de recherche.....	42
4.3. Analyse des données: approche inductive.....	45
4.4. Echantillonnage	47
Chapitre 5	50
Paroles rapportées	50
5.1. Santé et situation de requérants d'asile en Suisse : les conséquences sanitaires du contexte politique de la migration.....	50
5.1.1. Prise en charge de la santé des requérants d'asile	50
5.1.2. Caractéristiques du suivi	52
5.1.3. Entre pouvoir et humanité, l'usage ambivalent du pouvoir médical.....	53
5.1.4. Du statut de requérants d'asile à ses effets	54
5.2. Interaction entre un patient requérant d'asile et un professionnel de la santé.....	55
5.2.1. Langue et interprètes communautaires.....	55
5.2.2. Satisfaction des relations.....	56
5.3. Représentations de la santé et de la maladie : similitudes fondamentales ou différences significantes ?.....	58
5.3.1. Représentations de la santé et de la maladie	58
5.3.2. Similitudes fondamentales versus différences significantes	66
5.4. Différences significantes	71
5.4.1. Conséquences des potentielles différences.....	71
5.4.2. Prise en considération par les professionnels de la santé	72
5.4.3. Outils.....	74
5.4.4. Rencontre entre différences significantes	78
Chapitre 6	81
Penser la recherche	81
6.1. Considérations générales.....	81
6.2. Mise en perspective de la méthodologie	81
6.3. Questionnement éthique	84
Faire le point et regarder vers l'avenir	86
Bibliographie	90

Annexes.....	95
Courte présentation d'Adriano, Eddy et Tisha.....	95
Formulaire d'informations et de consentement.....	96
Canevas d'entretien : Requérants d'asile.....	97
Canevas d'entretien : Interprète.....	98
Canevas d'entretien : Professionnels de la santé.....	99
Tableau des données.....	100
Grille d'analyse simplifiée : Requérants d'asile.....	101
Grille simplifiée : Interprète.....	104
Grille d'analyse : Professionnels de la santé.....	106
Objectifs d'enseignement d'une formation en compétence transculturelle (Hudelson & Stadler, 2005) :.....	110
Les six axes des compétences transculturelles de Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi et Ruiz (2007).....	110
Transkulturelle Pflegeanamnese von Domenig und Stauffer (2001, citée dans Bischoff, 2003)....	111

REMERCIEMENTS

Je tiens à témoigner ma reconnaissance prioritairement aux personnes ayant passé par la procédure d'asile et qui ont accepté de partager avec moi un bout de leur intimité. Sans eux, ce travail n'aurait pu se faire ; je les remercie de la confiance qu'ils m'ont témoignée. J'espère avoir respecté au plus près leurs personnes et leurs paroles. De même, j'exprime ma gratitude à tous les professionnels interrogés qui m'ont partagé avec plaisir leurs expériences et leurs connaissances.

Mes plus vifs remerciements sont également destinés à Madame Fabienne Fasseur et Monsieur Jean-Claude Métraux, respectivement experte et directeur de mémoire. Les aides et commentaires qu'ils m'ont apportés au cours du présent travail m'ont permis d'avancer dans la réflexion.

Ma reconnaissance se destine tout particulièrement à Monsieur Gaëtan Zwingli pour son précieux soutien, ses paroles encourageantes et sa relecture critique. Nos enrichissants débats m'ont ouvert les yeux sur de nombreux éléments. Ma gratitude s'adresse également à Monsieur Aurélien Georges pour sa relecture et ses remarques pertinentes, qui m'ont permis d'approfondir le contenu du présent travail. Mille mercis à Messieurs Kasongo Mutumbo et Mohamed Bennour et Mesdames Christiane Lièvre et Karen Laurent pour leur aide qui s'est avérée plus que précieuse.

Je remercie vivement tous mes proches, famille et amis, qui m'ont soutenue durant l'élaboration de ce travail. Je suis particulièrement reconnaissante à mes parents, Madame et Monsieur Eveline et Alain Laurent, ainsi qu'à mes sœurs, Mesdames Joana et Karen Laurent, pour leur patience et leur soutien. Je me remémore aussi avec émotion les débats enflammés avec Mesdames Chloé Parrat et Ana Valle.

NOTES

J'utilise les termes de « requérant d'asile » – employé en Suisse – et de « demandeur d'asile » – en France – sans distinction de fait. J'ai également opté pour ces termes afin d'alléger le texte. Pourtant, présenter ces individus comme « personnes ayant déposé une demande d'asile » aurait peut-être eu un effet moins péjoratif. Je trouve important de ne pas caractériser ces personnes uniquement par leur statut juridique en Suisse et tiens à préciser que ces dénominations ne sont en aucun cas discriminatoires.

Par souci de légèreté, le masculin est utilisé dans ce travail à titre générique. Toutes les dénominations doivent être entendues comme concernant des individus, sans discrimination de sexe.

*Porter un remède à leurs maux
C'est comprendre ces mots*

Adriano¹

¹ Sujet interrogé, ancien requérant d'asile.

FACE À FACE : APERÇU D'UNE RÉALITÉ MULTIPLE

« *J'ai un peu mal, mais pas du tout* », « *J'ai mal au pied* » et la patiente montre sa fesse, « *J'ai de l'eau qui coule dans ma bouche* » : ces quelques affirmations ambiguës émanant de requérants d'asile, les professionnels de la santé jurassiens ont pu les entendre parfois lors de consultations médicales. Tentatives d'expliquer un mal-être, ces expressions qui participent à une sémantique commune à toute une société, montrent cependant que l'interprétation est un élément important dans la prise en charge et qu'elle peut être problématique. Prise comme telle au premier abord, une réaction rapide pourrait attribuer à ces personnes la faute d'une utilisation imparfaite de la langue. Cependant, il est possible que leurs mots traduisent une réalité différente de celle partagée par les professionnels de la santé, et c'est ce que ce travail propose de mettre en lumière.

S'intégrant dans le cursus de psychologie de la santé, le présent travail de mémoire, élaboré sous forme de recherche exploratoire et qualitative, s'attache à faire rencontrer les représentations de la santé et de la maladie de personnes requérantes d'asile et de professionnels de la santé. Ce qui m'intéresse ici, c'est la mesure avec laquelle les professionnels de la santé font face et traitent dans leur pratique des représentations de la santé et de la maladie spécifiques aux requérants d'asile venant d'autres cultures. Je cherche également à comprendre comment les requérants d'asile s'ajustent aux représentations des professionnels de la santé, représentations habituellement fondées sur un modèle biomédical prédominant au sein de la société suisse.

Citoyenne d'un pays situé au centre de l'Europe et se revendiquant d'une tradition humanitaire (Office fédéral des migrations [ODM], 2010b), j'ai été amenée au fil du temps à m'intéresser à la problématique de l'asile. A suivre les initiatives populaires des dernières années qui ont décrit les requérants d'asile tour à tour comme des criminels envahisseurs et des réfugiés fuyant les horreurs du monde, j'ai ressenti l'envie de m'y intéresser davantage.

Suite à plusieurs expériences de bénévolat ainsi qu'à un stage, j'ai découvert la réalité quotidienne de ces requérants d'asile. C'était alors une évidence de m'intéresser plus particulièrement à cette tranche de la population établie en Suisse afin d'en apprendre davantage. Parallèlement à cela, ayant eu la chance de voyager, je me suis toujours demandée comment nous pouvions comprendre le fonctionnement implicite d'une société, et surtout comment conjuguer nos représentations du monde avec celles du pays qui nous accueille. Je me souviens d'un voyage en Inde où mes repères avaient été complètement perturbés, et je ne peux ignorer à quel point ce périple avait été difficile. Même si la comparaison de ce voyage avec une trajectoire migratoire caractéristique de la procédure d'asile est dérisoire, le processus initial semble le même : comprendre le nouveau monde qui nous entoure. Lors de ce même voyage, puis ailleurs, j'ai découvert d'autres systèmes de penser la santé et la maladie. L'étiologie et la prise en charge, notamment, différaient de ce que j'imaginai être le modèle universel, le modèle biomédical.

Je me suis alors questionnée sur le rapport qu'entretiennent les requérants d'asile avec les professionnels de la santé. En effet, ils doivent se rencontrer malgré une diversité sociale, culturelle, économique et linguistique, et ce habituellement dans des situations d'urgence. Bien que leur caractère semble a priori secondaire, les représentations de la santé et de la maladie sont pourtant centrales afin d'établir un projet de soins adéquat pour le patient et le praticien, et ainsi optimiser la prise en charge. Le choix du terrain, le canton du Jura, s'est opéré naturellement : petit canton périphérique, la prise de contact avec les sujets m'a semblé être plus aisée que dans un canton plus imposant. Aussi, étant moi-même jurassienne, je pouvais utiliser des expériences passées au profit de cette recherche.

Grâce à une revue de littérature, je m'attache à poser le contexte de ce travail, puis aborde la problématique. Après avoir explicité cette dernière, les cadres conceptuels que j'ai choisis pour cette recherche sont décrits : l'anthropologie sociale et culturelle et l'anthropologie médicale, le modèle biomédical de la santé et de la maladie et la psychologie de la santé. Suit alors la méthodologie de la recherche qui explique quelles ont été les méthodes utilisées pour la récolte des données et pour l'analyse. Des informations relatives à l'échantillon font également partie de ce chapitre. A noter que j'ai choisi d'interroger trois types de population – anciens requérants d'asile, interprète et professionnels de la santé – afin d'obtenir une vision globale de la situation. J'analyse ensuite les données obtenues, en confrontant les résultats aux précédentes recherches effectuées dans le domaine. J'essaie alors d'élaborer une réflexion théorique autour des représentations de la santé et de la maladie dans un contexte de demande d'asile. Suit finalement une partie réflexive, qui traite notamment d'un questionnement éthique. La mise en perspective du présent travail permet de brosser une mise en relief de la problématique générale et de mettre en perspective les chemins à disposition pour une suite à cette étude.

CHAPITRE 1

PRÉAMBULE : UNE PROBLÉMATIQUE MISE EN CONTEXTE

Appréhender le contexte dans lequel s'inscrit la problématique est essentiel afin de saisir tous les enjeux qui s'y réfèrent. Ce chapitre débute ainsi par une présentation de l'évolution de la société actuelle, puis la situation de l'asile en Suisse est exposée brièvement. Je m'essaie par la suite à donner des clés de compréhension quant aux concepts de santé et de maladie. Evoquer la problématique générale santé et migration dans un contexte suisse permet de contextualiser plus particulièrement la santé des migrants. Je termine ce préambule en évoquant les trois acteurs impliqués au sein d'une consultation médicale dans le cadre de l'asile : la personne malade, l'interprète communautaire et les professionnels de la santé.

1.1. EVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ

Vivre dans la société actuelle impose à l'individu contemporain d'être à la fois acteur et spectateur de transformations essentielles (Rossi, 2003). Le contexte mondial s'est en effet modifié suite à la mondialisation, définie par « l'émergence simultanée de diverses innovations sociales et culturelles » (Rossi, p.2039). Les causes et les effets de cette mondialisation peuvent se résumer selon trois ordres : les migrations (aussi bien de personnes que de savoirs, de pratiques et de techniques), la globalisation des économies et les innovations technologiques (Rossi, 2011).

Dans le présent travail de mémoire, il est question des migrations d'individus, individus qui emmènent avec eux leurs savoirs, leurs pratiques et leurs techniques. Toujours selon l'anthropologue Rossi (2003), le visage de l'immigration s'est renouvelé au cours de ces dernières décennies ; la migration touche aujourd'hui quasiment l'ensemble des pays du globe et le volume des flux migratoires devient de plus en plus considérable. Les causes en sont multiples, d'ordre économique, politique, social et culturel : déséquilibre entre le Sud et le Nord, changements géopolitiques, guerres ou conflits et processus de globalisation.

Ces migrations remettent alors en question le fonctionnement des sociétés occidentales, ajoutant de la diversité et suscitant des transformations sociales. Hudelson (2002) témoigne de cette évolution : en Suisse, la diversité socioculturelle et linguistique de la population s'accroît continuellement ces dernières décennies, questionnant la plupart des pratiques sociales et culturelles établies. Les pratiques thérapeutiques, qu'elles soient médicales et/ou soignantes, en font partie et sont donc appelées à se renouveler afin de s'adapter à ce contexte. Ainsi sont modifiés les institutions de la société (Spang, 2007) tout comme les rôles et les statuts des professionnels de la santé, de façon à assimiler « les dynamiques des mutations sociales » (Rossi, 2003, p.2039).

Au cours de ce rapide survol, j'ai démontré que la société elle-même migre. Six moments distincts sont exigés pour se revendiquer migration (Métraux, 2011) : vivre dans un monde et en être, quitter ce monde, passer d'un monde à l'autre, entrer dans un autre monde, vivre dans cet autre monde, être de

cet autre monde. Le pédopsychiatre relève que la dernière étape ne survient pas obligatoirement. Le présent travail se focalise sur les migrations générant une procédure d'asile en Suisse : ne sont alors pas considérées toutes les autres formes de migrations (migration économique, regroupement familial, etc.).

1.2. ASILE EN SUISSE

La Suisse se situe depuis toujours dans une « tradition humanitaire », comme le revendique notamment l'Office fédéral des migrations (ODM, 2010b) : elle accueille depuis plusieurs siècles des réfugiés, victimes de persécutions diverses, souvent à motifs religieux ou politique. Aujourd'hui pourtant, l'asile est devenu un aspect des plus contestés de la politique d'immigration et, à un niveau plus général, du débat politique en Suisse (Piguet, 2009).

La politique suisse en matière d'asile trouve son origine dans les fondements de la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés (Chancellerie fédérale, avril 2013), convention signée à Genève en 1951, et acceptée trois ans après par la Suisse. Le titre de réfugié ainsi que les modalités pour obtenir ce statut y sont explicités (Piguet, 2009, p.71-72) :

Définition du réfugié selon la Convention des Nations Unies du 28 juillet 1951

Article premier. Définition du terme « réfugié » (§ A-2)

Aux fins de la présente Convention, le terme « réfugié » s'appliquera 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 (...).

Article 33. Défense d'expulsion et de refoulement (§ 1)

Aucun des Etats contractants n'expulsera ou ne refoulera, de quelque manière que ce soit, un réfugié sur les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques.

A l'heure actuelle, la loi suisse définit le réfugié comme suit (Piguet, 2009, p.72) :

Définition du réfugié selon l'article 3 de la loi suisse sur l'asile de 1998

Sont des réfugiés les personnes qui, dans leur Etat d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposées à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques.

Sont notamment considérées comme de sérieux préjudices la mise en danger de la vie, de l'intégrité corporelle ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insupportable (...).

Attribuer l'asile, le statut de réfugié ainsi que le droit à une protection temporaire est réglementé par la loi sur l'asile (LAsi) (Office fédéral des migrations [ODM], 2010a). Cette loi est appliquée par l'ODM, plus particulièrement par le Domaine de Direction Procédure d'asile. Toutes les demandes d'asile sont ainsi étudiées par ce service (ODM, 2012b). Le traitement des requêtes d'asile se complexifie depuis le début des années 80, puisqu'une augmentation des demandes et une plus grande diversité des pays d'origine ont pu être relevées. L'ODM se doit alors de connaître minutieusement la situation de chaque pays d'où sont originaires les requérants afin de prendre une décision (Piguet, 2009).

La procédure d'asile se met en route dès qu'une demande d'asile est déposée. Cette dernière peut être écrite ou orale, idéalement soutenue par des preuves, et peut être remise à la frontière, à un aéroport ou à l'étranger (Office fédéral des migrations (ODM), 2012a). J'ai consulté le site Internet de la Chancellerie fédérale (avril 2013) afin de saisir le déroulement d'une procédure. La personne déposant une demande d'asile obtient un permis N pour la durée de la procédure, ce qui lui octroie le droit de résider en Suisse. Comme évoqué précédemment, c'est à l'ODM que revient la tâche d'accorder ou de refuser la demande. Si elle est acceptée, un permis de séjour (livret B) est délivré par les autorités cantonales en lieu et place de l'ODM, et est transformé en livret C après cinq ans, c'est-à-dire en une autorisation d'établissement. En revanche, si la demande d'asile est refusée, trois cas de figures peuvent se présenter : (1) une décision négative suite à une analyse minutieuse des motifs de la requête ; (2) une non-entrée en matière (NEM), intervenant lorsque l'ODM ne détaille pas la demande ; (3) un renvoi préventif, se produisant avant le dénouement de la procédure d'expulsion de la personne vers un Etat tiers. Un compromis entre l'accord et le refus de la demande peut avoir lieu et est nommé admission provisoire (permis F). Il s'agit de situations spéciales intégrant une demande d'asile rejetée mais une incapacité pour les personnes requérantes de retourner dans leurs pays d'origine respectifs pour divers motifs comme la mise en danger de vie, le non-respect du droit international ou une impossibilité de mise en pratique (par exemple des barrières matérielles au voyage).

Les personnes requérantes d'asile représentent en Suisse environ 3% de la population migrante (Office fédéral des migrations [ODM], 2012c) et 0,5% de la population résidante totale (Amnesty International, juillet 2013). Plus de 28'000 personnes ont fait une demande d'asile durant l'année 2012 : une augmentation de 27,0% a été enregistrée depuis l'année précédente. Les demandeurs d'asile sont originaires des quatre coins du monde, les pays les plus représentés étant l'Erythrée (4'407 demandes, soit 15,4%), le Nigeria (2'746 demandes, soit 9,6%), la Tunisie (2'239 demandes, soit 7,8%) et la Serbie (1'889 demandes, soit 6,6%) (ODM, 2012c).

Deux raisons m'ont menée à choisir l'asile comme type de migration, en plus de mon intérêt personnel : le rapport spécial qu'entretiennent les personnes requérantes d'asile avec le système de

santé suisse de par un accès limité aux prestations (Spang, 2007 ; Métraux, 2005 ; Rossi, 2003) et le fait que, suite à des parcours de vie souvent chaotiques, ces personnes font partie des catégories de migrants les plus vulnérables (Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi & Ruiz, 2007). Ces deux aspects essentiels pour le présent travail sont évoqués par la suite.

Pouvoir entrer de plein pied dans la problématique de la multiplicité d'attitudes face à la santé et à la maladie implique tout d'abord de définir ces deux concepts.

1.3. DÉFINIR LA SANTÉ ET LA MALADIE

Comme l'écrivait déjà le médecin et physiologiste Bernard (fragments écrits entre 1858 et 1877, cité dans Giroux, 2010), les frontières entre la santé et la maladie sont difficiles à cerner. Quant à leurs conceptions respectives, elles sont très hétérogènes. Elles divergent dans le temps et l'espace ; à noter pourtant qu'à la même époque et au même lieu peuvent coexister diverses représentations (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Mentionner la définition de la santé développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) permet de saisir à quoi se réfère la plupart des institutions et individus. En 1946, l'OMS considère la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, mai 2013). Cette définition positive et intégrative a notamment contribué à développer le domaine médical (Giroux, 2010), ne réduisant pas la santé à l'absence de maladie (Lyons & Chamberlain, 2006 ; Weiss, 2005). De même, elle inclut diverses dimensions – mentales, physiques et sociales – de l'état de santé. L'étudiant de manière critique, Lyons et Chamberlain affirment qu'une telle définition a des implications politiques et sociales : le bien-être implique par exemple une réduction voire une élimination de la pauvreté. De par son idéalisme et son utopie, cette définition a provoqué de nombreuses critiques (Seedhouse, 1986, cité dans Lyons & Chamberlain).

Devenue valeur de référence dans les sociétés occidentales (Adam & Herzlich, 2007 ; Rossi, 2003 ; Perrin, 1993/1994), la santé se décline sous trois formes : avoir la santé, la retrouver et la conserver – à travers le sport, le régime alimentaire, l'hygiène de vie en général. L'augmentation continue des coûts que la santé engendre, mais aussi la médicalisation de la société occidentale, découle de cette valorisation de la santé (Adam & Herzlich).

Entendue à un niveau individuel, la santé est mouvante : chaque personne a sa propre représentation, qui se transforme sans cesse dans le temps (Lyons & Chamberlain, 2006). Cette conception dépend de l'histoire personnelle, de l'âge, de l'étape de vie et de la localisation historique et géographique. Lyons et Chamberlain distinguent globalement la santé perçue dans les sociétés occidentales individualistes et les autres sociétés. Alors que pour les premières, la santé est considérée comme une qualité du corps de l'individu, les secondes la perçoivent comme une qualité du corps, de l'esprit, de la famille, des relations sociales et du rapport à la nature. Pour ce que Lyons et Chamberlain nomment les autres sociétés, la santé n'existe pas pour elle-même. Lors de la

présentation des cadres conceptuels de ce travail de mémoire, je reviens sur diverses définitions de la santé (chapitre 3, « perspectives théoriques »).

Concept avoisinant la santé, la maladie est très hétérogène et parfois contradictoire (Weiss, 2005). Aux épidémies d'antan font suite au sein de la société occidentale les maladies cardio-vasculaires, les maladies chroniques, les troubles psychiques, le cancer ou le sida : les maladies se construisent à travers l'organisme tout en étant le produit d'une société (Adam & Herzlich, 2007). Habituellement considérée en tant qu'« entité pathologique autonome » (Fischer & Tarquinio, 2006, p.137), la maladie est définie par le modèle biomédical comme un dysfonctionnement d'une fonction ou d'un organe. Néanmoins, définir un état comme pathologique doit nécessiter la prise en compte des conséquences sociales, éthiques, politiques et juridiques (Giroux, 2010). En 1977, Eisenberg (cité dans Fischer & Tarquinio) élargit la définition et distingue trois visages de la maladie, traduits par trois termes anglais :

1. La maladie en tant que *disease* : il s'agit de la définition adoptée majoritairement par le modèle biomédical, c'est-à-dire l'altération d'une fonction ou d'un organe. Son sens est médical et objectif ; cela traduit le fait *d'avoir une maladie*.
2. La maladie en tant que *illness* : est mise en avant l'expérience vécue et implique les domaines culturels, personnels et interpersonnels relatifs à la maladie, représentant d'un sens subjectif, existentiel et clinique. *Illness* désigne le fait *qu'on est malade*.
3. La maladie en tant que *sickness* : l'aspect social de la maladie est exposé ici, à savoir le parcours d'un individu malade et la socialisation impliquée. Le sens est donc subjectif et social. *On est un malade* représente l'idée de *sickness*.

En 2005, la psychiatre et psychothérapeute Weiss livre ses conceptions de la maladie : on peut la comprendre comme *Schädigung* (dommage, lésion), comme un écart statistique de la normalité (définition normative), comme le contraire de la santé, comme une *Leiden* (affection, souffrance : le vécu subjectif sous-tend cette définition), et finalement comme *Therapiebedürftigkeit* (dénouement de la thérapie). Cette classification de Weiss met l'accent sur d'autres aspects de la maladie que l'on ne retrouve pas distinctement dans celle de Eisenberg, notamment son caractère normatif – du reste, la dimension de *sickness* peut contenir cette caractéristique normative. Le profil multidimensionnel de la maladie n'est donc plus à prouver. L'anthropologue médical Rossi (1993/1994) note que cette complexité fait « de l'art médical humain l'expression d'une multitude d'expériences et de connaissances, soumises à une interaction constante » (p.47). Lyons et Chamberlain (2006) ajoutent que la prise en charge de la maladie est complexe et variable : ce qui est apprécié comme traitement adéquat diffère d'une personne à l'autre. Tout comme pour la santé, j'expose par la suite les conceptions de la maladie définies par les cadres conceptuels adoptés dans le présent travail (chapitre 3, « perspectives théoriques »).

1.4. SANTÉ ET MIGRATION

Plusieurs disciplines – dont la médecine, la psychiatrie, la psychologie, la sociologie et l'ethnologie – probléatisent les rapports entre santé et migration (Weiss, 2005). La théorie présentée ici est donc évidemment partielle.

Appréhender les facteurs éclairant les différences de santé entre migrants et autochtones semble essentiel lorsque l'on traite de la problématique santé et migration. Suite à une revue de littérature, Chimienti, Cattacin, Efionayi, Niederberger et Losa (2001) mettent en évidence quatre facteurs qu'ils examinent de façon interactive : la culture, la migration, le contexte d'accueil et la couche sociale. Ces éléments peuvent être envisagés de deux manières : d'un côté en abordant le côté déficitaire de la migration (les retards par exemple) et de l'autre en traitant son côté fructueux (les bénéfices). Le premier élément, la culture, doit être comprise comme « constitutive de la personne humaine et déterminant ses interactions dans un contexte social » (p.27), et peut ainsi éclairer certaines différences observables notamment au niveau des comportements (pratiques alimentaires, interdits liés aux croyances, etc.). L'expérience migratoire, second élément, comprend les effets de cette expérience au niveau individuel. L'élément suivant concerne le contexte d'accueil. Plusieurs études mettent en avant la répercussion indirecte du type de permis délivré sur la santé : accès restreint au système de santé, choix de situation professionnelle à risques, effets de la précarité du statut. Finalement, la couche sociale représente le dernier élément puisque des chercheurs ont constaté que les personnes migrantes occupent généralement les positions sociales les plus basses – une exception concernerait les migrations hautement qualifiées – en comparaison avec les indigènes. Nombre d'auteurs éclairent alors les disparités d'état de santé par ce dernier facteur.

Les personnes migrantes sont souvent décrites comme spécialement vulnérables d'après plusieurs indicateurs épidémiologiques, même si l'immigration en soi n'est pas pathogène (Spang, 2007 ; Weiss, 2005 ; Massé, 1995). Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi et Ruiz (2007) l'attestent en ajoutant que les personnes requérantes d'asile, réfugiées et sans-papiers ont un « état de santé [...] souvent moins bon que celui de la population autochtone du pays « d'accueil » », à âge pourtant identique (p.2710). Spang affirme que trois groupes de déterminants permettent d'expliquer cette vulnérabilité. Avant de les nommer, j'insiste sur leurs caractères interdépendants. Il s'agit des difficultés matérielles et psychosociales, du comportement sanitaire et de l'organisation du système de santé. Dans le présent travail sont abordés ces trois types de déterminants à travers le statut de requérant d'asile, les comportements de santé des migrants, de même que l'accès au système de santé et les éventuelles difficultés éprouvées par les requérants et les professionnels face aux représentations potentiellement différentes de la santé et de la maladie. Toujours à propos de cette vulnérabilité, Adam et Herzlich (2007) émettent une autre hypothèse puisqu'ils notent les différences qualitatives entre les différents groupes sociaux concernant le recours aux soins. Les classes dites supérieures utilisent les soins pour des besoins préventifs, alors que les classes dites populaires consultent à titre curatif. Evidemment, la plupart des immigrés, en l'occurrence ici les requérants d'asile, font partie des classes dites populaires.

A propos de la santé mentale précisément, Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi et Ruiz (2007) mentionnent que les conditions pré-migratoires et post-migratoires doivent être prises en considération puisqu'elles peuvent favoriser l'avènement « d'une détresse psychologique et de graves troubles mentaux » (p.2715). En effet, dans le pays d'accueil, les immigrés découvrent une nouvelle forme de violence, tout aussi difficile et/ou humiliante : les procédures administratives, la suspicion quant à leurs dires ou les actes discriminatoires subis au quotidien. Ainsi, la migration elle-même (notamment par la rupture du contexte socioculturel habituel évoquée par Chimienti, Cattacin, Efionayi, Niederberger et Losa en 2001), la fragilité de la situation initiale et les déficiences des modalités d'accueil influencent la maladie mentale et la souffrance morale. D'autres raisons peuvent s'accumuler et ainsi péjorer la santé mentale : des raisons internes, à savoir la maladie, ses manifestations et l'histoire singulière de chaque migrant ; des raisons relationnelles, comme les difficultés de langue et donc communicationnelles ou les différences liées à la culture comme les représentations de la maladie mentale ; et, finalement, des raisons externes, soit les contraintes sociales, les discriminations et les politiques migratoires des pays d'immigration (Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi & Ruiz).

S'attarder sur la santé et la maladie de requérants d'asile plus spécifiquement permet de saisir leurs spécificités. Chimienti, Cattacin, Efionayi, Niederberger et Losa (2001) disent qu'habituellement, les réfugiés et les demandeurs d'asile sont jeunes et en bonne santé. Or, plusieurs recherches ont mis en avant des problèmes de santé spécifiques, les plus importants étant les troubles psychosociaux et post-traumatiques. Wicker (1993, cité dans Maier & Straub, 2011) note qu'entre 40 et 60% des réfugiés et des demandeurs d'asile sont considérés comme traumatisés. À propos des maladies somatiques, la tuberculose, les problèmes dentaires, les maladies infectieuses, les parasitoses, les maladies sexuellement transmissibles ainsi que les carences alimentaires sont les pathologies les plus courantes des demandeurs d'asile (Olness, 1998, cité dans Weiss, 2005). Du côté des professionnels de la santé, le travail se complexifie avec ce type de population, notamment en termes de relation et de projet thérapeutique. Une approche holistique serait de mise concernant le diagnostic, l'étiologie et le traitement afin d'offrir une prise en charge optimale (Rossi, 2003).

S'intéresser aux statuts et aux rôles des différents acteurs impliqués dans une relation médicale, quelle qu'elle soit, dans un contexte d'asile est nécessaire pour appréhender la problématique du présent travail, à savoir les représentations de la santé et de la maladie. Compte tenu de la situation particulière due au plurilinguisme et aux particularités culturelles, ce genre d'interactions peut comporter trois types d'acteurs. Sont alors évoqués la personne malade, l'interprète communautaire et les professionnels de la santé.

1.5. LES INTERLOCUTEURS D'UNE CONSULTATION MÉDICALE

1.5.1. LA PERSONNE MALADE

La maladie surgit la plupart du temps de manière abrupte, provoquant une rupture dans la trajectoire de vie (Curchod, 2009 ; Fischer & Tarquinio, 2006). Entraînant des bouleversements radicaux internes

et externes, elle amène les personnes touchées à la limite de leurs ressources habituelles, qu'elles soient matérielles, psychiques et sociales (Curchod). Fischer et Tarquinio ajoutent que de tels changements ne sont jamais acceptés d'emblée par les individus, quels qu'ils soient. La personne malade passe alors par différentes phases, comme le déni, la révolte, la dépression, le marchandage (Curchod). Un lien peut être établi avec le processus de deuil entendu par Métraux (2010) – puisqu'être malade nécessite de faire un deuil de sa santé, autre autres. Lui, contrairement à Curchod, distingue trois étapes : la phase de déni, la phase dépressive, la phase du souvenir. Tout comme les autres événements stressants possibles (divorce, perte d'un être cher, etc.) – qui impliquent tous d'ailleurs un deuil –, la maladie a le pouvoir d'entraîner « des *ruptures*, des *déséquilibres*, internes ou externes, et des *conflits*, personnels et interpersonnels, vécus comme une *crise* ponctuelle [...] ou prolongée [...] » (Curchod, p.145).

Etiqueter une personne comme malade n'est pas insignifiant ; diagnostiquer une maladie ne signifie pas uniquement déchiffrer une situation organique, cela implique une reconfiguration de l'identité et de la position sociale de la personne atteinte. La santé et la maladie constituent ainsi des états sociaux (Adam & Herzlich, 2007) – comme décrit ultérieurement par le concept de *sickness*. Le malade ne peut en aucun cas être « réduit à un porteur passif de maladie » (Fischer & Tarquinio, 2006, p.405). Lorsqu'alors la pathologie atteint une personne requérante d'asile, d'autres aspects entrent en jeu, comme par exemple l'accès au système de soin et le soutien social.

1.5.2. L'INTERPRÈTE COMMUNAUTAIRE

Un acteur potentiel d'une consultation médicale impliquant un demandeur d'asile – ou plus justement une personne allophone² – est l'interprète communautaire. D'après le glossaire d'INTERPRET (2012), il s'agit de « spécialistes de l'interprétariat [...] en situation de triologie. Ils/elles assurent la traduction en tenant compte des contextes sociaux, ethniques [...] et culturels des interlocuteurs/trices en présence » (p.2). Disposant la plupart du temps d'un propre vécu migratoire, les interprètes travaillent dans les domaines de la santé, du social et de la formation. Le recours à leurs services pour le domaine médical doit se faire lorsqu'une connaissance insuffisante d'une langue commune au professionnel de la santé et au patient existe (Faucherre, Weber, Singy, Guex & Stiefel, 2010). L'argumentaire d'INTERPRET (2013) liste les avantages d'un tel recours, dont en voici quelques-uns : l'instauration de la confiance et le succès du traitement grâce à la compréhension, la mise en place de ponts culturels entre le professionnel et le patient, l'égalité de traitement indépendamment des différences linguistiques et culturelles, la protection contre la discrimination, l'efficacité et l'efficace. Il faut toutefois remarquer que la présence d'un interprète augmente la complexité de la relation, notamment celle intersubjective (Faucherre et al.). De même, particulièrement lors de situations urgentes, l'organisation d'une telle présence ne peut se mettre en place : les interprètes

² Personne dont la langue maternelle est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve (Le Petit Robert, 2014).

communautaires ne sont en effet pas présents en continu sur les sites hospitaliers et nécessitent d'être prévenus à l'avance.

La professionnalisation de l'interprétariat communautaire en Suisse a permis une progression des demandes en interprètes ainsi qu'un positionnement clair pour l'utilisation plus systématique de ces professionnels de la part de certaines structures hospitalières (Faucherre, Weber, Singy, Guex & Stiefel, 2010). Pour le canton du Jura spécifiquement, l'interprétariat communautaire s'est développé au cours de l'année 1997, et le nombre d'interventions ne cesse de progresser, passant de 509 heures en 2010 à 586 heures en 2012 (se comprendre, service d'interprétariat communautaire pour les cantons de Fribourg et du Jura et la région francophone du canton de Berne, 2013). La même source indique que l'augmentation la plus conséquente entre 2011 et 2012 pour le canton du Jura concerne le domaine de la santé avec 13% d'interventions supplémentaires.

1.5.3. LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Relever à nouveau que le statut et le rôle des professionnels de la santé doivent se renouveler afin de s'ajuster au contexte mondial est essentiel. Le travail de ces professionnels se complexifie puisque ces derniers ne peuvent ignorer les changements dus à la mondialisation et à la pluralité des sociétés occidentales (Curchod, 2009 ; Rossi, 2003). Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi et Ruiz (2007) expliquent concrètement que les praticiens occidentaux font face à un accroissement d'une nouvelle patientèle internationale souvent vulnérable. Ils rencontrent alors de nouvelles pathologies issues de la migration, et doivent appréhender plusieurs caractéristiques spécifiques à cette patientèle : la représentation de la maladie par les personnes migrantes, qui est souvent colorée par l'origine ; l'influence des déterminants sociaux du milieu sur l'expression de la maladie ; et la prise en charge de la maladie influencée par l'accès au système de soins. A noter que chaque soignant porte lui aussi un cadre de référence spécifique, influençant « son rôle, sa gestion de la relation, ses attitudes thérapeutiques » (Rossi, 1993/1994, p.55). Durieux-Paillard, Dominicé Dao et Junod Perron (2007) ajoutent que ces professionnels doivent prendre garde à ne pas laisser installer des incompréhensions mutuelles, en veillant sur la qualité de la communication et en étant conscients de l'obstacle de la langue et des disparités culturelles. Pour cela, Le Breton (2010) indique que le professionnel de la santé doit expliciter au patient – quel qu'il soit – son état, les soins adaptés ainsi qu'une perspective d'avenir, car dénué de ces éléments de sens, le patient ne s'associe plus à son parcours de soin. L'interprète communautaire peut jouer ici un rôle essentiel comme exposé lors de la section ultérieure.

Durieux-Paillard, Dominicé Dao et Junod Perron (2007) soulignent un point critique relatif à la prise en charge de cette patientèle spécifique : certains praticiens ne traitent que partiellement la biographie et l'anamnèse des patients (attribuable notamment à la pression des coûts et du temps), et ce ne sont pas ces derniers, parfois victimes de faits graves, qui vont aborder le sujet spontanément. Pourtant, il est primordial que les praticiens tiennent compte des effets qu'ont les événements de vie sur le patient. Il faut aussi trouver un juste milieu afin de ne pas tomber dans la reproduction d'un interrogatoire « policier » comme le migrant l'a peut-être subi. Ces auteurs, tout comme Rossi (2003),

soulignent finalement que les professionnels de la santé doivent être conscients que la politique migratoire – surtout dans le cadre de l'asile – peut considérablement affecter leur approche des patients mais également l'état de santé de ces derniers.

La biomédecine fait alors face de nos jours à plusieurs défis, qu'elle doit relever au mieux. Le praticien n'y échappe pas, et se doit de suivre des principes éthiques inébranlables, afin d'échapper à l'influence de circonstances externes (les politiques d'asile par exemple) mais également à sa propre opinion à ce sujet (Durieux-Paillard, Dominicé Dao & Junod Perron, 2007).

CHAPITRE 2

PROBLÉMATIQUE

La mondialisation actuelle donne quotidiennement l'opportunité de se confronter à des situations et des interactions impliquant plusieurs cultures³ différentes. Le domaine de la santé n'y échappe pas, bien au contraire. Alors qu'intuitivement les barrières de la langue semblent être la cause principale d'une mauvaise compréhension entre patients migrants et professionnels locaux, elles ne sont pourtant pas uniques. En effet, Schulze, Krajic, Trummer et Pelikan (2003) soulèvent que la communication peut aussi être entravée par des incompréhensions culturelles, notamment des conceptions différentes de la santé et de la maladie. Le présent travail s'essaie alors à comprendre comment les interactions se passent entre une personne exilée, ici demandeur d'asile, et un professionnel de la santé. Concepts au centre de toute consultation médicale, les représentations de la santé et de la maladie sont étudiées de manière plus approfondie.

Afin de saisir la problématique de cette recherche, l'asile dans le contexte jurassien ainsi que le système sanitaire suisse sont abordés. Ensuite seulement j'expose les questions de recherche qui m'ont guidée tout au long de l'élaboration du présent travail.

Comme évoqué lors de l'introduction, le contexte de cette recherche est le canton du Jura. Région périphérique de la Suisse, le plus jeune canton suisse a 70'926 habitants sur ses terres (Fondation interjurassienne pour la statistique, 2013). L'Association jurassienne d'accueil des migrants (AJAM) a été mandatée par la République et Canton du Jura pour prendre en charge les requérants d'asile (AJAM, 2013a) ; le canton accueille 1% des individus ayant déposé une demande d'asile en Suisse (Office fédéral des migrations, 2008). Comme le note l'AJAM, en 2012, ils étaient 548 à être attribués au canton du Jura, dont 142 sont des réfugiés statutaires. Toutes les personnes sont d'abord logées dans le centre de premier accueil de Belfond, qui se situe à Goumois. Ils y passent entre trois et six mois : des cours de français et une sensibilisation à la vie en Suisse leur sont proposés. Il s'agit d'une « phase accueil et socialisation » (AJAM, 2013c). Cette phase précède celle d' « autonomisation ». Les centres de deuxième accueil sont situés à Courrendlin, Courfaivre, Delémont et Soyhières ; le troisième accueil correspond à l'hébergement en appartement (AJAM, 2013b). Pour ce qui est de la santé, l'AJAM possède un secteur soins, où sont accompagnées les personnes qui ont des troubles du comportement ou qui sont sous traitement médicamenteux important. Ce secteur doit également prévenir la potentielle violence que des migrants pourraient provoquer dans les différents centres et se doit de coordonner les différentes activités concernant la prévention de la santé (AJAM, 2013d).

Faire un court détour par la politique sanitaire suisse actuelle est nécessaire pour saisir le fonctionnement du système de santé et ainsi comprendre quels sont les droits et obligations des requérants d'asile face aux institutions médicales. Je me réfère au cours de ce paragraphe au texte de

³ Je reviens sur ce terme lors de la présentation du cadre conceptuel de l'anthropologie sociale et culturelle.

Chimienti, Cattacin, Efonayi, Niederberger et Losa (2001). Ce sont les risques d'épidémie du sida et l'augmentation massive des coûts de la santé qui justifient la politique suisse, qui modère les frais concernant la migration et plus particulièrement l'asile. La politique de santé envers les migrants actuellement en vigueur en Suisse a une orientation universaliste plutôt que particulariste. Elle est donc caractérisée par « des mesures non-différenciées de politique sociale et sanitaire » (p.7). Malgré une potentielle dérive de ne pas prendre en considération les spécificités des migrants, elle n'enferme pas dans un cadre à part cette population comme le veut l'approche particulariste. Obligeant toute personne résidant en Suisse à être assurée, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) est également appliquée aux requérants d'asile et aux titulaires de permis provisoires. Néanmoins, cette tranche de la population n'a pas accès aux soins médicaux au bon vouloir : ils dépendent de dispositions spécifiques visant à modérer justement les coûts des soins. Les médecins sont imposés aux personnes détentrices du permis N, et ces dernières n'ont pas accès directement aux spécialistes (psychiatres et psychologues notamment), comme l'évoque Métraux (2005). Ce dernier ajoute qu'une division est faite au sein des soins prodigués en Suisse : (1) les urgences, qui sont accessibles à tous ; (2) les soins de base, dont ont accès les requérants d'asile – mais pas les « non entrée en matière » - ; (3) et les soins spécialisés. Ainsi, même si l'approche universaliste est en vigueur, il est nécessaire d'indiquer que l'accès au système de santé est entravé pour les requérants d'asile.

Ce travail repose sur la problématique des représentations potentiellement divergentes de la santé et de la maladie entre une population requérante d'asile et des professionnels de la santé en Suisse, plus particulièrement dans le canton du Jura. Afin d'établir un état des lieux de cette situation, c'est-à-dire comprendre et élaborer une réflexion théorique autour des représentations de la santé et de la maladie dans un contexte de demande d'asile, plusieurs questions appuient cette recherche qualitative et exploratoire. Quelles sont ces représentations ? Y a-t-il des similitudes et des différences entre les représentations de personnes requérantes d'asile et de professionnels de la santé ? Est-ce que les potentielles différences de représentations sont prises en considération par les professionnels de la santé ? Comment ces personnes en situation précaire gèrent-elles ces potentielles divergences qui viennent s'ajouter à un cumul de problématiques déjà variées ? Quelles sont les conséquences de ces potentielles différences ? Comment les professionnels de la santé font-ils face à cette problématique et quels outils ont-ils à disposition afin d'y répondre ? Mais avant tout, comment et pourquoi les représentations de la santé et de la maladie se construisent-elles ?

Je pars de là, à savoir que d'après l'anthropologie médicale, les personnes construisent leurs représentations de la maladie à travers leurs pratiques sociales et personnelles. Elles créent ainsi leur propre modèle explicatif afin de donner sens à la maladie, celui-ci entrant en négociation avec le modèle explicatif du médecin au travers de la consultation médicale. En effet, les professionnels de la santé sont également les témoins et les acteurs de leur propre système culturel, souvent édicté par la biomédecine, et détiennent ainsi leur propre modèle. La psychologie de la santé, quant à elle, parle de théories profanes de la maladie. D'abondantes études soulignent que lorsque ces différences de représentations sont ignorées, les effets peuvent être multiples : non-adhérence, insatisfaction du patient, faux diagnostic, traitement inadéquat et mauvais résultats (Hudelson, 2002). Maier et Straub

(2011) soulignent néanmoins le manque de connaissances à propos des conceptions de maladie et des attentes quant au traitement de patients réfugiés. Habituellement, les études s'épanchent sur les barrières de la langue lorsqu'il y a mauvaise compréhension dans le cadre d'une consultation. Il est donc essentiel de s'attarder plus en détails sur cet aspect de représentations de la santé et de la maladie.

Mes hypothèses sont exposées lors de la méthodologie (chapitre 4, « construire la recherche »), puisqu'elles s'inspirent des cadres conceptuels présentés dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 3

PERSPECTIVES THÉORIQUES

S'intéresser aux cadres conceptuels impliqués dans cette recherche permet de définir le contexte dans lequel elle s'inscrit. Compte tenu de la problématique et des indications obtenues lors d'une revue de littérature, j'ai retenu plusieurs orientations de recherches afin de cerner l'objet d'après différents angles. Elles sont au nombre de trois : (1) l'anthropologie ; (2) le modèle biomédical de la santé et de la maladie ; (3) la psychologie de la santé.

3.1. ANTHROPOLOGIE

Discipline des sciences sociales, l'anthropologie a pour objectif de « réfléchir sur le fonctionnement général du social et du culturel et de dégager des catégories analytiques universelles capables d'expliquer à la fois la diversité des sociétés humaines et l'unité du genre humain » (Kilani, 2012, p.9-10). Se subdivisant en plusieurs disciplines, je m'intéresse dans le présent travail à l'anthropologie sociale et culturelle et à l'anthropologie médicale.

3.1.1. ANTHROPOLOGIE SOCIALE ET CULTURELLE

J'ai choisi d'inscrire le concept de culture ainsi que ceux développés par le pédopsychiatre Jean-Claude Métraux au sein de l'anthropologie sociale et culturelle. Cette discipline s'attache à étudier les cultures et les sociétés du monde (La société canadienne d'anthropologie, 2011). Je vous présente donc, dans les sous-chapitres ultérieurs à la culture, la reconnaissance, les similitudes fondamentales et les dons de paroles. Ces quelques élaborations théoriques de Métraux sont rattachées à la considération de la migration comme une métaphore. Les inscrire au sein d'une perspective théorique n'a pas été aisé puisque ces concepts se trouvent au croisement de nombreuses perspectives.

3.1.1.1. DÉFINIR LA CULTURE

Le concept de culture peut être caractérisé de mille et une façons. Plusieurs éléments la composent, comme les connaissances, les valeurs, les croyances, les règles de vie. Ainsi, une cohésion sociale peut exister puisque ces éléments sont communs à tous les individus dans une société donnée (Hudelson, 2002). L'anthropologue et médecin généraliste Helman (1990, cité dans Massé, 1995) définit la culture comme

un ensemble de balises (explicites et implicites) dont héritent les individus en tant que membres d'une société particulière et qui leur disent de quelle façon voir le monde, l'expérimenter émotionnellement et s'y comporter en relation avec les autres, les forces surnaturelles, les dieux et l'environnement naturel. Elles offrent aussi à ces gens une façon de transmettre ces balises à la génération suivante – par le recours à des symboles, un langage, l'art et le rituel. (p.16)

Massé (1995) ajoute qu'il est nécessaire de compléter cette définition par une composante écologique : les systèmes culturels sont ainsi considérés comme « des outils d'adaptation de l'homme à son environnement » (p.17) et comme « des systèmes cognitifs et symboliques qui structurent la perception et la connaissance de cet environnement » (p.17). Simultanément produit et processus en perpétuel changement, la culture ne doit pas être considérée en tant que lieu géographique figé, ni d'ailleurs en tant qu'appartenance. L'individu, plutôt que d'appartenir à une culture donnée, s'y rapporte ou y est rapporté (Bonneville, Kiss, Sudres & Moron, 2010).

Métraux (2011) porte un regard critique sur ce concept : « La notion de *culture* est même si imprécise qu'elle permet de désigner de vastes ensembles sans la moindre unité culturelle : les Africains, les Européens » (p.160). Pour cela, il est nécessaire d'être vigilant lorsque ce terme est employé ; lorsqu'il est évoqué dans le présent travail, il faut évidemment le concevoir comme un concept en perpétuelle mouvance et en aucun cas comme une généralisation figée de traits communs à plusieurs individus. A noter également que la culture ne se rapporte pas uniquement à une région géographique : elle peut être partagée par des individus ayant une profession analogue ou travaillant pour la même entreprise. Un professionnel de la santé jurassien, par exemple, ne dispose pas de la même culture qu'un banquier de la même région.

S'intéressant au domaine médical, Hudelson (2002) liste différents points relatifs au rôle de la culture au sein d'une consultation médicale : (1) les styles communicationnels, au niveau verbal et non verbal, (2) les perceptions des causes, des mécanismes, de la sévérité, des effets de la pathologie et des traitements appropriés, (3) le sens et l'importance attribués à la maladie, (4) les attentes envers les services et les professionnels de la santé, (5) et finalement les attentes par rapport à la relation patient-soignant au travers par exemple du type communicationnel ou du secret professionnel. Tous ces éléments, fluctuants en fonction de la culture des patients, mais également en fonction d'autres déterminants comme l'âge, le sexe ou le niveau d'éducation, influencent la consultation médicale. La culture n'est donc pas le seul facteur influençant une consultation médicale impliquant un requérant d'asile. Tous ces points sont essentiels pour la présente recherche, puisqu'elle se concentre sur les interactions entre patients migrants et professionnels de la santé.

Interrogeant des individus de cultures variées pour la présente recherche, j'ai choisi par-là de ne pas considérer ce concept de culture comme figé. De même, cela évite des généralisations infondées : les représentations de la santé et de la maladie, même si elles prennent racine au sein du contexte dans lequel l'individu se trouve, varient en fonction de chacun. Préciser que je souhaite étudier la rencontre de visions différentes plutôt que de caractériser la différence d'un type de position est essentiel. Une explication plus approfondie de ce choix est exposée dans la méthodologie (chapitre 4, « construire la recherche »), lors de la présentation de l'échantillonnage.

Je m'attache maintenant à présenter les trois élaborations théoriques de Jean-Claude Métraux que j'ai choisi pour le présent travail : la reconnaissance, les similitudes fondamentales et les dons de parole.

3.1.1.2. LA RECONNAISSANCE

Selon Métraux (2011), la reconnaissance est la condition indispensable pour obtenir un aboutissement favorable lors d'une rencontre entre un professionnel de la santé, du social et de l'éducation et une personne précaire. Tout individu, à travers ses confidences, élabore une demande de reconnaissance ; il n'accorde pas cette dernière à n'importe qui, mais à celui dont la reconnaissance a de l'importance. Il est alors nécessaire de l'entendre et d'y répondre. Développée par Métraux, une praxis de la reconnaissance permet de saisir clairement ce concept (p.222) :

Reconnaissance mutuelle	Approbation
	Gratitude
	Reconnaissance des droits d'autrui
	Estime sociale
Reconnaissance de soi-même	Pouvoir se raconter
	Pouvoir dire et pouvoir agir
	Reconnaissance de ses compétences
	Reconnaissance de sa responsabilité
	Promesse du lien
Reconnaissance par identification (ou re-connaissance)	Ignorance et méconnaissance
	Similitudes fondamentales
	Re-connaissance de la souffrance
Connaissance	

Les grandes lignes de cette praxis sont expliquées ici, débutant par la reconnaissance mutuelle. Une *approbation* de l'autre doit être explicite : il est nécessaire de le considérer comme « membre à part entière de la communauté humaine » (Métraux, 2011, p.223). Pour cela, l'utilisation de paroles précieuses peut s'avérer efficace – je m'attarde plus longuement sur ce concept par la suite. La *gratitude* doit être exprimée lorsque des dons précieux sont offerts par l'autre ; elle permet la création d'une empathie au sein de la relation. La *reconnaissance des droits d'autrui* peut se décliner de deux façons : d'une part, il s'agit d'informer les personnes de leurs droits, et notamment leur droit de se défendre lorsque ceux-ci ne sont pas respectés ; d'autre part, il s'agit de reconnaître les restrictions qu'elles subissent, par exemple dues à leur statut. Pour finir, l'*estime sociale*, qui comprend deux visages : l'estime que le professionnel peut mettre en valeur chez autrui et la reconnaissance du manque d'estime sociale de la part de la société (Métraux).

Avant que la reconnaissance de soi-même soit évoquée, il est nécessaire de faire deux courtes remarques : (1) il faut toujours garder à l'esprit que le professionnel a une position d'inclus, et que par conséquent, l'autre a une position d'exclu ; (2) l'image renvoyée par le professionnel est mise en rapport avec les anciens interlocuteurs des migrants. *Pouvoir se raconter* « nourrit la loyauté aux

origines, prévient et soigne la précarité » (Métraux, 2011, p.228) de par la co-construction – par tous les individus rencontrés par le sujet – d'une narration dont les informations sont collectées dans l'histoire individuelle et collective. Le *pouvoir dire et pouvoir agir* des individus précaires leur semble restreint puisqu'ils ne se sentent pas entendus. Ils n'ont alors que la violence pour y remédier ; il est nécessaire de revaloriser leurs capacités. La *reconnaissance de leurs compétences* donne aux individus le pouvoir de regagner leurs connaissances alors qu'ils sont continuellement confrontés à leurs prétendues déficiences. La *reconnaissance de sa responsabilité* remet entre les mains de l'individu sa responsabilité en lui affirmant qu'il est auteur de ses choix, et non pas acteur passif. La *promesse du lien* se décline en deux types de lien, le lien professionnel et donc utilitaire, et le lien social, gratuit. Ainsi, deux promesses empiètent l'une sur l'autre : il est nécessaire d'explicitier cette double promesse afin d'écartier des incompréhensions. A noter encore que le lien social se construit grâce aux circulations de dons et contre-dons, particulièrement de paroles, et qu'il n'a pas d'échéance précise (Métraux).

La reconnaissance par identification – ou re-connaissance – comprend l'identification de la culture spécifique de l'individu ou de la famille. « Tout ce qui peut être connu devient susceptible d'être reconnu » dit Métraux (2011, p.233). L'*ignorance et la méconnaissance* constituent la première identification que le praticien peut faire : chaque personne a tendance à enfermer dans des catégories tout ce qu'elle perçoit, y compris les individus et leur mode de fonctionnement. La créativité est ainsi réduite à néant en raison de sa propre méconnaissance. Voici un passage de l'ouvrage de Métraux qui illustre cela :

Lorsque je crois re-connaître une forme de parentalité déjà rencontrée, il y a toutes les chances que je me fourvoie, que je plaque sur une famille un schéma inapproprié, effaçant sa créativité et ses métissages. (...) Nous soumettant aux premières apparences, similarités triviales, nous enfermons nos vis-à-vis dans des boîtes dont ils peineront à s'échapper. (p.233)

Pour ce qui est des *similitudes fondamentales*, il s'agit de les saisir prudemment, et cela nécessite souvent un deuil de son propre monde. J'aborde ce concept plus précisément lors de la section suivante. La *re-connaissance de la souffrance* implique une connaissance personnelle de cette souffrance, et elle peut ainsi être re-connue chez l'autre (Métraux, 2011).

Ce chemin amène à la connaissance. La citation qui suit de Métraux (2011) résume cette étape : « il faut d'abord reconnaître l'autre comme un homme ou une femme digne d'être connu(e) pour désirer ensuite le connaître » (p.236). Il ne s'agit donc pas de vouloir à tout prix tout savoir puisque la maîtrise terrasse la reconnaissance mutuelle. A relever que la maîtrise est un concept important pour discuter des asymétries de pouvoir dans la relation médicale.

Un dernier aspect mérite une attention particulière : les professionnels de la santé, du social et de l'éducation, en tant que participants actifs à la relation entre individus migrants et société d'accueil, sont témoins et acteurs des difficultés rencontrées lors d'une reconnaissance défailante entre ces

deux extrémités du lien. Par là, comme nous le fait remarquer Métraux (2011), « nous pouvons contribuer à l'avènement d'une société davantage respectueuse de l'altérité » (p.221).

3.1.1.3. LES SIMILITUDES FONDAMENTALES

Les similitudes fondamentales doivent être examinées plus spécifiquement : elles sont en effet intéressantes dans la mesure où ce travail met en évidence les différences ainsi que les similitudes de représentations de la santé et de la maladie entre des personnes migrantes – ici des requérants d'asile – et des professionnels de la santé, établis dans le canton du Jura.

Universelles, ces similitudes fondamentales ne permettent donc pas d'évoquer une « incompatibilité entre mondes » (Métraux, 2011, p.94) : au contraire, elles prouvent « notre appartenance à l'humanité » (Métraux, 2000, p.462). Il s'agit alors de déceler des similitudes fondamentales entre l'autre et moi : « Certifiant notre commune essence humaine, créant des ponts entre nous, elles permettent de partir à la découverte de l'autre rivage » (p.233). Ainsi, prendre conscience des ressemblances permet de construire à deux – ou plus – un monde où le sens est partagé. Métraux cite quelques exemples de similitudes fondamentales :

- Avoir une langue nous imbibant du sens hérité ;
- Naître d'une mère et d'un père insérés dans des relations de filiation et de conjugalité ;
- Naître dans une famille *et* dans une société exigeant des témoignages de loyauté ;
- Avoir besoin pour survivre de nourriture, de sens et d'échanges ;
- Avoir un corps, sensible à l'âge et aux maladies ;
- Être mortels ;
- Disposer d'un psychisme et de ses vertus (habilité au deuil, imagination créatrice, capacité de jouir et de souffrir, émotions, désirs et agressivité) ;
- Pouvoir donner et recevoir ;
- Nous être créé une définition du bien et du mal. (p.94)

Chaque société a alors utilisé son imagination afin de leur assigner une signification. Métraux (2011) déclare également que selon lui, la prise de conscience de ces similitudes fondamentales permet de reconnaître des « différences signifiantes » (p.95), différences qui sont donc uniques pour chaque représentation du monde.

Dans le cadre de ce travail, deux exemples cités ci-dessus m'intéressent particulièrement : « avoir besoin pour survivre de sens » et « avoir un corps sensible à l'âge et aux maladies ». A la liste de Métraux, j'ajouterais deux exemples essentiels pour cette recherche : « pouvoir créer du sens » et « avoir des représentations ». Les deux concepts que j'ai choisis d'ajouter ont un double rôle pour le présent travail : d'un côté, ils permettent de rencontrer et créer un monde commun entre le patient migrant et le professionnel – comme pour les autres similitudes développées ci-dessus; de l'autre, ils peuvent être utilisés comme des concepts analytiques.

3.1.1.4. LES DONS DE PAROLES

Examinée et développée par les anthropologues, la théorie du don permet selon Métraux (2007) de « traduire en pratiques nos réflexions théoriques sur la reconnaissance » (p.60). Le philosophe et anthropologue Hénaff (2002, cité dans Métraux) a démontré en effet que le contre-don était une forme de reconnaissance, alimentant la reconnaissance mutuelle. Comme les objets échangés ne sont plus suffisants au sein des sociétés occidentales, la place de la parole s'accroît.

« Chaque parole livrée recèle un don » écrit Métraux en 2005 (p.27), pourvu qu'elle ne soit pas soutirée ou exprimée afin de trahir l'autre (Métraux, 2007). A noter au passage que le don n'est pas un échange utilitaire. Métraux perçoit trois types de paroles (2011) :

1. Les paroles monnaies : ce type de paroles n'a aucune valeur affective. Elles peuvent ainsi être échangées avec n'importe quel autre individu, qu'il soit ami, ennemi, simple connaissance ou inconnu. Le donateur n'y laisse aucune signature : parler du temps qu'il fait constitue des paroles monnaies.
2. Les paroles précieuses : difficilement appréhendables, elles « dépassent leur valeur d'usage » (Métraux, 2011, p.185). Elles symbolisent l'importance du lien entre celui qui donne et celui qui reçoit : en effet, tout lien social se construit à partir de l'échange proportionnel – pourtant incalculable – de dires précieux. Evoquer son impuissance ou son incompetence en sont deux exemples
3. Les paroles sacrées : ces dernières ne sont pas partagées en dehors de la famille, pouvant menacer l'identité collective ou individuelle. Il s'agit par exemple de dires amoureux ou de secrets familiaux.

Ces trois différents types de paroles ne sont pas immuables, bien au contraire : des paroles autrefois sacrées peuvent se transformer en paroles précieuses, voire même monnaies. La situation inverse peut également se produire, renouvelant des paroles monnaies et les transformant en paroles précieuses ou sacrées (Métraux, 2011).

Dans la plupart des situations impliquant un professionnel de la santé, du social ou de l'éducation et un « autre », un décalage se crée au niveau des échanges de paroles. Par le fait, des paroles monnaies sont troquées contre des paroles sacrées (Métraux, 2005) ; « Le véritable donateur ne serait donc pas celui qu'on croit » explique Métraux en 2007 (p.60). Un rapport de réciprocité est alors de mise si l'on souhaite créer une relation authentique qui permettrait de réduire – voire même de supprimer – les humiliations. Il faut que ceux que Métraux appelle les nantis puissent offrir des paroles précieuses aux personnes démunies (Métraux, 2007, 2011). A noter que les paroles précieuses ne doivent pas être sélectionnées au hasard, mais doivent pouvoir toucher l'expérience de cet « autre ». Leurs natures sont de plusieurs types : les aveux quant à notre propre impuissance ; nos aveux d'incompétences et nos sentiments d'échec ; les dévoilements de notre ignorance, l'expression de nos sentiments, de nos émotions ; la proclamation de nos propres croyances, de nos propres valeurs ; les références à notre propre histoire de vie (entamant ainsi la reconnaissance de l'inégalité de nos positions) ; et finalement, tous les modes de reconnaissance (Métraux, 2011, p.194-196). Ainsi, à

travers l'échange de paroles précieuses peut apparaître une appartenance commune. Cette dernière doit être comprise en tant que sens partagé, et sa création permet de sortir « l'exclu des marges où il était auparavant reclus » (Métraux, 2007, p.61).

Utiliser des concepts développés par Jean-Claude Métraux alors que la problématique traite de personnes migrantes et précaires semble être une évidence. De par sa pratique et son expérience, Métraux enseigne comment agir au mieux lorsque l'on se trouve face à la précarité. Il montre à quel point le rapport de pouvoir posé par le système médical (et la psychologie de la santé comme exposé plus tard) entre patient et soignant est délétère à la qualité relationnelle lors de la prise en charge. Au contraire, Métraux souligne comment la vision et le vécu de la personne migrante doivent être valorisés en situation clinique, conformément aux indications découlant des théories de l'anthropologie sociale et culturelle (la théorie du don par exemple) et de l'anthropologie médicale (*illness* par exemple) ou à la notion de représentation personnelle et culturelle de la maladie. Les concepts de similitudes fondamentales et différences significatives sont utilisés lors de l'analyse (chapitre 5, « paroles rapportées ») pour évoquer la rencontre entre le patient et le praticien. Les concepts de reconnaissance et dons de paroles m'ont permis de penser ma position de chercheur ; j'expose ces éléments lors de la partie réflexive (chapitre 6, « penser la recherche »).

3.1.2. ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

L'anthropologie médicale est définie par Massé (1995) comme « une sous-discipline de l'anthropologie consacrée à l'analyse des façons dont les gens, dans diverses cultures et dans divers sous-groupes sociaux à l'intérieur de chaque culture, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé. » (p.15).

Selon Zempléni (1985, cité dans Fainzang, 1989), « l'anthropologie médicale a donc commencé avec l'éclatement de la maladie en sa triple réalité » (p.11), réalité dont le lecteur a pu prendre connaissance lors de la mise en contexte (*disease, illness, sickness*). Fainzang ajoute que son développement résulte d'une opinion spécifique : la maladie fait « l'objet de représentations et d'un traitement spécifiques à chaque culture » (p.9) et se distingue ainsi de sa conception biomédicale. Cette anthropologue, tout comme Rossi (1993/1994), conçoit le rapport d'une société à la pathologie en relation étroite avec l'organisation et le système de pensée d'une société donnée. Toute pratique de soins doit être replacée dans son contexte culturel ; à partir de là, l'expression « système médical » prend toute sa valeur, celle-ci désignant « un ensemble de pratiques et de discours spécifiques, liés au corps, à la santé et à la maladie, et définis par un univers culturel et ses institutions » (Rossi, 1993/1994, p.47). Par exemple, Le Breton (1993/1994) évoque les traditions populaires médicales qui découlent des représentations du monde, notamment en insérant l'homme dans l'univers, et ne le considérant non pas en tant qu'entité indépendante – comme le ferait la médecine allopathique. Rossi conclut en 2003 qu'il est impératif de toujours garder à l'esprit que les pratiques thérapeutiques sont

avant tout des pratiques liées à la société et à la culture. Elles ne font ainsi pas exception et se développent en même temps que la société.

L'anthropologie médicale associe les représentations de la santé et de la maladie – ainsi que les comportements qui en découlent – aux processus socio-culturels dans une communauté donnée (Fischer & Tarquinio, 2006). Atteignant l'individu mais également le groupe dans lequel elle s'inscrit, la pathologie engendre ainsi des pratiques hors du domaine rigoureusement médical (Fainzang, 1989). Quant à Le Breton (2010), il affirme que la maladie affecte une personne insérée dans un réseau relationnel, et non uniquement un organe. La définition de l'ethnologue et anthropologue Augé (1986, cité dans Rossi, 2011) ne fait que corroborer l'avis des spécialistes évoqués jusqu'à présent :

La maladie est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses. Chacun de nous l'éprouve sur son corps (...) et les schémas de pensée qui permettent de la reconnaître, de l'identifier et de la traiter sont éminemment sociaux. (p.1, slide 4)

Augé distingue donc la maladie ressentie sur le corps – la maladie individuelle – des schémas de pensée qui la définissent – la maladie sociale –, qui sont pourtant dépendants l'un de l'autre. Rossi (2011) identifie la dialectique entre l'aspect individuel et l'aspect social de la maladie, en s'appuyant sur les notions de santé et de maladie : « si la maladie est individuelle, la santé, elle, est collective et constitue aujourd'hui un enjeu de société et un analyseur du social qui s'inscrit au cœur du questionnement anthropologique » (p.5, slide 6). Ces anthropologues s'accordent sur le rapport entre santé et maladie, affirmant qu'il est forgé au sein de la société et qu'il permet d'accéder aux interprétations, croyances et valeurs de cette même société. Susan Sontag (1980/1987), comme le remarque Herzlich (1993), désigne, elle, la maladie comme métaphore : « à travers nos conceptions de la maladie nous parlons, en fait, d'autre chose : de la société et de notre rapport à elle » (p.348).

Questionnant des concepts unanimement tolérés comme le rapport au corps, les croyances religieuses ou l'interaction entre individu et société, l'étude de la maladie révèle des disparités au niveau des réponses formulées par les différentes sociétés. Un exemple est mis en avant par Bruchon-Schweitzer (2002), qui expose des conceptions de la santé sur le continent africain⁴. En Afrique, de nombreuses pratiques et croyances en lien avec la santé et la maladie peuvent être contemplées. Toutefois, certains traits communs apparaissent, notamment la cause magique et la nature communautaire des maladies ; des mauvais esprits ou des forces surnaturelles peuvent en effet en être l'origine, et de par son caractère communautaire, la pathologie n'est alors plus un événement personnel. Ces conceptions ne trouvent pas leurs places dans un univers où domine le modèle biomédical. Pourtant, Adam et Herzlich (2007) évoquent cette « proximité entre médecin, magie et religion » (p.24) et disent qu'elle est présente au sein de chaque culture ; au sein de la médecine dite moderne se trouvent des éléments de nature religieuse, mais évidemment dans une autre mesure que celle décrite précédemment. Ces différences ne se rapportent pas exclusivement aux conceptions ou aux causes de la maladie : cela peut également se retrouver dans l'intérêt porté à

⁴ Il ne faut en aucun cas généraliser les écrits qui suivent.

un organe ou une partie du corps – par exemple en Occident le cœur est particulièrement investi, alors qu'au Japon l'abdomen attire la plus grande attention. De manière générale, ce qui définit la maladie dépend également de la société dans laquelle l'individu se trouve : chez certains groupes, les vers intestinaux sont jugés comme indispensables à la digestion, alors que la médecine occidentale les estime pathologiques (Adam et Herzlich). Comme l'évoque Perrin (1993/1994), chaque groupe édicte de manière tacite la démarcation entre normal et pathologique. Ainsi, pour le présent travail, cela implique que les migrants ont une compréhension de la santé et de la maladie issue notamment de leur culture d'origine, et que cela va de soi pour eux comme le modèle biomédical va de soi pour les Occidentaux.

Appréhender l'anthropologie médicale en lien avec la thématique des représentations de la santé et de la maladie peut se faire par la prise en considération et l'explication de plusieurs concepts. Je profite de l'article de Hudelson (2002) pour les classifier – les concepts sont ainsi développés lors des sections suivantes :

- 3.1.2.1. La maladie biologique et la maladie vécue
- 3.1.2.2. La biomédecine en tant que système culturel
- 3.1.2.3. Les modèles explicatifs de la maladie
- 3.1.2.4. La consultation comme négociation des modèles explicatifs

3.1.2.1. LA MALADIE BIOLOGIQUE ET LA MALADIE VÉCUE

Une distinction entre maladie biologique et maladie vécue doit être faite : on peut la traduire par *disease* et *illness*. Ces deux entités permettent de saisir la construction de la réalité clinique en fonction de la culture, que ce soit celle du professionnel de la santé ou celle du patient (Hudelson, 2002). En effet, Kleinman, Eisenberg et Good (1978) affirment que les médecins dits modernes se concentrent sur les *diseases*, alors que les patients souffrent d'*illnesses*. Les médecins considèrent la *disease* comme affection unique, contrairement aux patients qui vivent cette maladie dans leur corps et dans leur existence quotidienne : l'*illness*. Le Breton (2010) relève le fait que dans une consultation médicale, la maladie du médecin ne s'harmonise donc pas avec la maladie du malade. En effet, les données scientifiques écartées de l'individualité s'opposent au vécu intime et individuel. Un lien avec ma problématique peut être souligné : alors que dans les consultations d'autochtone à autochtone, ce décalage est moindre puisque les représentations de la santé et de la maladie du patient intègre habituellement le modèle biomédical, ce décalage se constate davantage lors de la rencontre entre le migrant et la biomédecine, puisqu'aucune ou peu de convergence des référentiels n'existe. Il est ainsi nécessaire de prendre conscience de ces divergences de point de vue afin de minimiser les conséquences négatives qui peuvent résulter, comme la non-compliance et l'insatisfaction du patient.

D'après Kleinman, Eisenberg et Good (1978), c'est par la conscience personnelle d'un changement au niveau du corps ainsi que par une catégorisation de souffrant étiquetée par la famille et par soi que s'entame le processus de l'*illness*. Etant donné qu'elle est intégrée au sein des systèmes sociaux, l'*illness* est fortement influencée par la culture. La culture conditionne entièrement le vécu personnel de la pathologie, elle indique de quelle manière être malade (Hudelson, 2002), et donc comment

exposer oralement ses problèmes de santé et ses symptômes, quand et chez qui aller pour la prise en charge, comment évaluer les soins (Kleinman et al.).

Ci-dessous les hypothèses cliniques développées par des recherches anthropologiques et interculturelles⁵ concernant l'*illness* et la *disease* que Kleinmann, Eisenberg et Good (1978) exposent dans leur article :

1. Si le professionnel se focalise uniquement sur la *disease*, la prise en charge sera moins efficace que lorsque sont prises en considération la *disease* et l'*illness*.
2. Les conflits soignés-soignants proviennent la plupart du temps des divergences ignorées dans les conceptions de la réalité clinique.
3. Les praticiens de la médecine traditionnelle se concentrent principalement sur l'*illness*, mais ne traitent généralement pas la *disease*. Quant aux professionnels de la médecine dite moderne, ils sont a priori capables de s'occuper de ces deux aspects de la maladie.
4. Aider les professionnels de la médecine dite moderne à s'intéresser à la *disease* et à l'*illness* et également prendre connaissance des conceptions de la réalité clinique divergentes peut améliorer la compliance et la satisfaction du patient ainsi que les résultats du traitement.
5. Enseigner les sciences sociales améliorerait la connaissance des professionnels sur certains aspects primordiaux de la pratique clinique. Les sciences cliniques devraient alors être considérées comme science biomédicale et sociale.
6. Une inadéquation résulte de la planification du système de santé dans les sociétés en voie de développement ou développées : en effet, seule la *disease* et la biomédecine sont prises en considération.

Ces hypothèses permettent de comprendre synthétiquement les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé, de même qu'elles livrent des pistes concernant une amélioration de la prise en charge. Même si certaines hypothèses peuvent paraître radicales et généralisantes, il s'agit d'un article datant de 1978 qui met en lumière des concepts toujours au centre du débat actuel.

3.1.2.2. LA BIOMÉDECINE EN TANT QUE SYSTÈME CULTUREL

La biomédecine en tant que système culturel amène l'idée que le système culturel n'est pas une caractéristique propre à une personne migrante, bien au contraire. Chaque individu a son propre système culturel, et les professionnels de la santé ne font pas exception. La médecine peut alors être pensée comme un système culturel à part entière. En effet, suite à leur formation, les médecins particulièrement s'appuient sur le modèle biomédical, qui s'intéresse uniquement à l'aspect biologique (Hudelson, 2002). Le Breton (2010) ajoute l'idée que le corps est saisi dans la conception médicale comme détaché de la personne, cette dernière étant « perçu[e] comme un intrus avec lequel le médecin doit composer » (p.74). La maladie est ainsi appréhendée comme une défaillance anonyme

⁵ Cette notion doit être considérée de façon critique. En effet, comme l'explique Métraux (2011), même si l'interculturalité ambitionnait « une relation égalitaire entre êtres humains et peuples » (p.134), l'éthique n'a pas toujours été honorée.

du corps, une déviation de la norme, le tout défini en termes objectifs (Le Breton ; Fischer & Tarquinio, 2006 ; Hudelson). La profondeur de la personne est tout à fait délaissée ; le professionnel de la santé dépersonnalise la maladie afin de la saisir au mieux (Le Breton).

Cependant, depuis quelques années, une attention naissante pour les sciences humaines pousse les professionnels de la santé à s'intéresser aux facteurs sociaux et culturels (Le Breton, 2010). En effet, compte tenu de la diversité grandissante des patients, les praticiens se doivent de prendre en considération ces facteurs puisqu'ils influencent la santé et sa prise en charge (Hudelson, 2002). L'anthropologie médicale peut être un appui pour atteindre cet idéal de prise en compte globale ; Rossi (2003) affirme que cette perspective permet aux professionnels de la santé de répondre de manière optimale à la requête de soins. Il s'agit ce à quoi je souhaite contribuer avec le présent travail.

3.1.2.3. LES MODÈLES EXPLICATIFS DE LA MALADIE

Les modèles explicatifs de la maladie forment un autre concept-clé en anthropologie médicale, et il est celui qu'on évoque le plus. Les individus créent à chaque nouvelle maladie leur propre modèle explicatif afin de donner sens à ce qui leur arrive, que ce soit l'étiologie, l'évolution, le mécanisme, le diagnostic et les conséquences de la pathologie. C'est à partir des expériences sociales et personnelles des patients que se créent ces modèles, ces derniers étant animés par leurs croyances générales (Hudelson, 2002). Les patients élaborent leurs modèles explicatifs en utilisant cinq thématiques principales (Kleinman, Eisenberg & Good, 1978) : (a) l'étiologie, (b) l'apparition des symptômes, (c) la pathophysiologie, (d) le cours de l'*illness* et (e) le traitement. Souvent, ces modèles ne sont pas parfaitement construits, ont tendance à être inconsistants et sont parfois même contradictoires. Ils reflètent la « social class, cultural beliefs, education, occupation, religious affiliation, and past experience with illness and health care » (Kleinman et al., 1978, p.256). Ces mêmes auteurs affirment que lorsque les modèles explicatifs de la maladie émanent d'individus à classes sociales ou croyances culturelles divergentes, ils doivent nécessairement être considérés afin d'éviter des désaccords au niveau des attentes et des buts. Le niveau d'éducation lui-même suffit à obtenir des modèles explicatifs divergents ; l'horloger jurassien a un autre modèle explicatif de la maladie que le professionnel de la santé, jurassien lui aussi, tout comme le requérant d'asile tunisien.

Hudelson (2002) liste les avantages qu'elle donne à la prise en considération des modèles explicatifs des malades :

- Comprendre le sens qu'assigne le patient à sa pathologie
- Saisir les peurs et les attentes du patient
- Reconnaître les comportements et attitudes du malade, comme la non-compliance et l'utilisation d'autres thérapies
- Ajuster les dires du praticien au patient
- Créer une alliance thérapeutique et négocier une prise en charge qui convient au praticien et au patient
- Parfaire la compréhension mutuelle

- Disposer d'outils pour une amélioration de l'analyse de la situation
- Présenter et offrir d'autres possibilités de prise en charge

Lors de son cours intitulé anthropologie de la santé, Rossi (2011) affirme qu'il existe trois sources de savoirs sur la santé. La première est nommée *source professionnelle*, considérant les modèles explicatifs des professionnels de la santé ; la seconde est la *source communautaire*, qui est représentée par les croyances et les conceptions diffusées par les réseaux sociaux et communautaires ; finalement, la dernière source de savoirs sur la santé est la *source idiosyncrasique*, qui regroupe les croyances suite à des expériences et des observations d'un individu. Le présent travail s'intéresse donc à la comparaison et à la rencontre entre d'une part, des soignants fondant leurs pratiques sur la source professionnelle et d'autre part, le migrant, mélangeant la source communautaire et la source idiosyncratique. J'ajouterais néanmoins que ces sources ne peuvent être imperméables : chaque professionnel de la santé est influencé par les sources communautaires et idiosyncrasiques. De même, tout en chacun est influencé par la source professionnelle.

3.1.2.4. LA CONSULTATION COMME NÉGOCIATION DE MODÈLES EXPLICATIFS

La consultation médicale est considérée comme lieu de négociation de modèles explicatifs. Comme cité à plusieurs reprises, les professionnels de la santé ne sont pas exempts de représentations personnelles et donc de modèles explicatifs.

Chaque interaction entre un praticien et un patient implique deux modèles explicatifs (Hudelson, 2002 ; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978), modèles qui sont pour la plupart du temps différents. Pour Le Breton (2010), l'hôpital est de ce point de vue-là problématique, car les médecins négocient généralement entre eux plutôt qu'avec les patients. Si ces divergences ne sont pas prises en compte, plusieurs conséquences peuvent s'ensuivre, comme une insatisfaction de la part du patient, sa non-adhérence au traitement, un faux diagnostic, un traitement inadéquat et de mauvais résultats (Hudelson ; Kleinman et al., 1978). Le Breton affirme que l'avis du patient doit être placé au premier plan étant donné que la maladie est la sienne, avant d'être la préoccupation du spécialiste. La consultation doit alors être idéalement un mélange du savoir et des compétences du médecin avec les connaissances du patient.

Evoquant la prise en charge de la santé et de la maladie, Kleinman, Eisenberg et Good (1978) y distinguent trois domaines : le domaine professionnel (le monde biomédical), le domaine populaire (la famille, le réseau social, la communauté), et le domaine traditionnel. La majorité des individus, entre 70 et 90%, profite du domaine populaire. Evidemment, chaque domaine possède sa propre prise en charge, ses propres modèles explicatifs et ses propres traitements. Sachant les attentes et les concepts de chaque type de médecine, beaucoup de patients traduisent leur explication en des termes adaptés – j'ajouterais que ce n'est pas forcément le cas lorsque le patient est d'origine culturelle différente. De même, les praticiens agissent en fonction des attentes souhaitées de leurs patients. Ainsi, la réalité clinique, débattue dans la pratique médicale, est composée des interactions entre les attentes des deux interlocuteurs.

Evoquant cette réalité clinique, Kleinman, Eisenberg et Good (1978) affirment qu'elle est culturellement constituée puisque le monde biomédical a sa propre culture. Il est pourtant capital d'ajouter que les déterminants sociaux et économiques influencent également la réalité clinique : ces déterminants sont primordiaux dans la prise en charge des requérants d'asile, étant donné leur situation sociale et économique.

Grâce à la comparaison de ses propres modèles explicatifs à ceux du patient, le professionnel de la santé peut savoir à quel moment il doit expliciter distinctement certains aspects de ses modèles. S'intéresser aux modèles explicatifs de ses patients peut être réalisé systématiquement et brièvement avec des interrogations simples et directes. Le type de questions dépend des caractéristiques du patient et de sa pathologie notamment ; en voici quelques exemples, tirés de la recherche de Kleinman, Eisenberg et Good (1978) : qu'est-ce qui, d'après vous, a causé votre problème ? Quels sont les effets de votre maladie (*sickness*) ? Quel type de traitement pensez-vous recevoir ? De quoi avez-vous peur par rapport à votre maladie (*sickness*) ?

Les anthropologues Good et Delvecchio-Good (1980, cité dans Adam & Herzlich, 2007) se sont intéressés aux interactions entre médecins et patients originaires de sociétés non occidentales. Pour ces chercheurs, le praticien convertit lors d'une consultation médicale les dires de son patient – son modèle explicatif – en une catégorie de qualité médicale. Appréciant la diversité des représentations de la maladie, les médecins l'estiment pourtant futile : les modèles explicatifs concernent une réalité qui est pourtant identique pour tous et sa considération « objective » est l'objet de la médecine occidentale. C'est cette désappropriation de l'*illness* faite lors de la prise en compte de la maladie du patient que critique l'anthropologie médicale.

L'anthropologie théorise parfaitement ce qui constitue le socle de cette étude puisqu'elle donne des clés quant à plusieurs éléments nécessaires dans le présent travail. Les apports des concepts de Jean-Claude Métraux ont déjà été évoqués. La définition de la santé et de la maladie permet de prendre du recul face au modèle biomédical (section suivante), ce dernier considéré comme système culturel. Ensuite, la définition de la culture est utilisée pour l'échantillonnage. Grâce à la distinction entre la maladie biologique et la maladie vécue, aux modèles explicatifs et à leurs négociations au sein de la consultation médicale, appréhender les interactions patient-professionnel et les difficultés qui peuvent en résulter est possible. Finalement, ce cadre théorique répond à la première interrogation de la problématique, à savoir comment et pourquoi se construisent les représentations.

3.2. MODÈLE BIOMÉDICAL DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE

Un court historique grâce à Levinson et Gaccione (1997) entame cette section. Le modèle biomédical est dicté par les avancées scientifiques, qui prennent source au VI^{ème} siècle avant Jésus-Christ lors de l'apparition de la science. L'approche rationnelle commence de ce fait à apparaître dans la Grèce Antique. La médecine scientifique se constitue plus précisément aux environs de 460 avant J.-C. : Hippocrate est alors considéré comme le père de cette médecine. Son développement a repris lors de

la Renaissance puisque peu de progrès ont été réalisés au cours du Moyen Âge. Durant le XVII^{ème} en Europe, les innovations se poursuivent, avec notamment l'apparition de la vaccination et l'émergence du modèle du corps comme une machine. La médecine scientifique durant les années 1880 s'est encore développée et c'est au XX^{ème} siècle que la recherche biomédicale a fait son apparition en Europe. Grâce à son apport considérable, de nombreuses découvertes ont vu le jour – comme les antibiotiques, la chimiothérapie ou la transplantation.

De manière générale, le modèle biomédical décrit la maladie comme affectant uniquement le corps. Il s'agit donc d'un dysfonctionnement physiologique, qui est causé par différents facteurs pathogènes, comme par exemple les infections, les traumatismes, les lésions ou les tumeurs (Bruchon-Schweitzer, 2005). Baignant dans ce modèle conceptuel, l'homme occidental a alors tendance à concevoir la santé et la maladie en tant qu'état physique, « défini et pris en charge par l'institution médicale » (Herzlich, 1993). A noter une potentielle confusion qui pourrait avoir lieu et que Fainzang (1989) met en évidence : les personnes vivant dans un contexte occidental ne possèdent pas forcément ou uniquement les croyances du système médical occidental. En effet, « c'est une erreur de croire que la connaissance ou la reconnaissance des modèles d'explication bio-médicaux évacue du même coup toute autre interprétation du mal » (p.58). Cette idée est exposée lors de la section anthropologie médicale puisqu'elle constitue le cœur même du présent travail : les individus malades (qu'ils soient suisses ou migrants) ont des représentations de leur maladie qui ne se limitent pas (ou qui peuvent être totalement étrangers) au modèle biomédical.

Toujours prééminente au sein du monde occidental mais gagnant de l'importance partout dans le monde, la biomédecine est également nommée médecine scientifique ou allopathique afin de se distinguer des médecines dites alternatives. Pour Levinson et Gaccione (1997), trois éléments la caractérisent : (a) l'utilisation de la science et de la méthode scientifique, basée notamment sur l'objectivité, l'expérimentation et la rationalité, pour expliquer la maladie et développer des traitements ; (b) l'utilisation de la technologie pour la recherche, le diagnostic et le traitement ; (c) la spécialisation, qui indique les diverses professions que l'on retrouve au sein de la médecine. L'anthropologue Rossi (2011), quant à lui, mentionne différents principes de séparation qui sont inscrits dans la prise en charge médicale élaborée par les sociétés occidentales : séparation du corps et de l'esprit, dualisme remontant à Descartes (l'intérêt pour la personne malade est alors mis au second plan (Bruchon-Schweitzer, 2005)) ; séparation de la santé et de la maladie (valorisation du savoir sur la pathologie, au détriment de la prévention par exemple) ; séparation de l'individu et du groupe social (une personne malade sort ordinairement de son contexte de vie habituel) ; et séparation du savoir scientifique et du savoir populaire (le patient est considéré comme base de convictions médicales plutôt qu'en tant qu'expérimentateur de la pathologie). Toutes ces séparations ne sont ni universelles, ni naturelles. Evoquant la prise en charge et la condition de malade, Adam et Herzlich (2007) mettent l'accent sur l'évolution de la situation de malade : être une personne malade signifie actuellement être une personne soignée dans les sociétés où le modèle biomédical est dominant. Le diagnostic, les recommandations, les ordonnances, les analyses et les traitements du

professionnel de la santé conditionnent le rétablissement du patient ; sa représentation et son expérience de la maladie s'en trouvent également influencées.

Même si son utilité n'est pas remise en question, notamment à propos des pathologies infectieuses et du développement de vaccins et d'antibiotiques, ce modèle ne prend pas en compte toute la réalité de la pathologie. En effet, la maladie est un événement qui chamboule « notre vie individuelle, notre insertion sociale et donc l'équilibre collectif » (Herzlich, 1993, p.347) et ne touche donc pas uniquement aux symptômes physiques. Présentement, au niveau médical, ce modèle est considéré comme trop élémentaire puisqu'il fonctionne sur la base de modèles causes à effets (Bruchon-Schweitzer, 2005). D'autres critiques de ce modèle ont été listées par Lyons et Chamberlain (2006) : réductionniste car il ne distingue pas la complexité des facteurs ; mécaniste car la maladie aurait une cause biologique ; dualiste car il ignore les aspects sociaux et psychologiques de la personne ; empirique car il est possible de reconnaître les origines biologiques des pathologies impartialement ; orienté sur les maladies plutôt que sur la santé ; interventionniste et par là intrusif (p.9-10).

Deux changements au sein des sociétés occidentales au cours du XX^{ème} siècle interrogent la valeur du modèle biomédical d'après Lyons et Chamberlain (2006) : d'une part les modifications impressionnantes des types de maladies qui touchent les individus et provoquent le décès, et d'autre part l'accent croissant mis sur la santé (par la prévention par exemple) au détriment de la maladie. Au sujet du premier changement, les pathologies ont évolué : de maladies aiguës, l'Occident est passé à des maladies chroniques, ces dernières nécessitant une prise en charge de longue durée. A noter donc que même si le modèle biomédical est très utile pour combattre les maladies infectieuses, il n'est plus suffisant pour les maladies actuelles : les facteurs psychologiques, comportementaux et sociaux jouent un rôle important dans ces pathologies chroniques⁶.

Présenter ce cadre conceptuel permet de saisir dans quel milieu sont immergés les professionnels de la santé. Il est ainsi plus aisé de saisir leurs propres représentations de la santé et de la maladie. Le présent travail prend évidemment en considération les représentations de ces professionnels : il serait en effet tout à fait discutable de s'intéresser uniquement aux conceptions des requérants d'asile puisque la consultation médicale implique un échange entre deux ou plusieurs individus.

3.3. PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

Troisième et dernier cadre conceptuel du présent travail, la psychologie de la santé s'ajoute à la perspective anthropologique, évoquant ses propres théories⁷.

⁶ Ce paragraphe met l'accent sur le monde occidental. Il est évident que dans beaucoup de régions du monde, ce sont les maladies infectieuses qui règnent en maître.

⁷ Courte parenthèse soulevée par la psychosociologue Jodelet (1993) : le rapport au corps et à la santé permet une inhabituelle rencontre entre la psychologie et les sciences sociales.

Développée au cours des années 70, cette nouvelle discipline est née de la déception engendrée par le modèle biomédical et de l'importance grandissante des facteurs comportements et sociaux dans la maladie (Lyons & Chamberlain, 2006). Matarazzo (1984, cité dans Fischer & Tarquinio, 2006), un des fondateurs de la psychologie de la santé, la définit comme l'« application des savoirs fondamentaux de la psychologie à la compréhension de la santé et de la maladie » (p.9). Fischer et Tarquinio, quant à eux, caractérisent cette discipline comme « l'étude de la santé et de la maladie centrée sur l'importance et le rôle de l'interdépendance des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques dans le maintien de la santé ou le déclenchement et l'évolution des maladies » (p.9). Lyons et Chamberlain assignent à la psychologie de la santé quatre objectifs : la promotion de comportements et styles de vie sains, la prévention et le traitement de différentes maladies, l'étude des causes des maladies et l'amélioration de la prise en charge des patients et de leurs proches. Ces mêmes auteurs mettent en évidence le rapport étroit entre la psychologie de la santé et diverses disciplines, notamment l'anthropologie. Ainsi, des similitudes quant aux modèles et théories proposés existent.

Dans le domaine de la psychologie de la santé, la maladie n'a pas de définition : elle se conjugue en fonction des approches et il en résulte des représentations distinctes (Fischer & Tarquinio, 2006). Deux directions peuvent intéresser le présent travail : la considération de la maladie par le modèle biopsychosocial et les conceptions subjectives de la maladie, également nommées les théories profanes de la maladie.

3.3.1 LE MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL

La première approche définit la maladie grâce au modèle biopsychosocial (Fischer & Tarquinio, 2006). Il s'agit du modèle dominant employé en psychologie de la santé et il s'ajuste selon Lyons et Chamberlain (2006) de manière optimale à la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé⁸ - je reste cependant sceptique quant à cette affirmation, puisque le monde spirituel n'y est pas évoqué. Le modèle biopsychosocial porte un nouveau regard sur la santé et la maladie (Fischer, 2002) : il permet d'expliquer le déclenchement et la progression des maladies, ainsi que les comportements de santé (Fischer & Tarquinio). A noter que ce modèle n'est pas uniquement utilisé en tant que cadre théorique, mais également « comme un outil opérationnel [...] dans le contexte de la pratique clinique médicale » (Taylor, cité dans Fischer, p.9).

Façonné par le psychiatre Engel en 1977 et présenté comme un nouveau modèle médical, le modèle biopsychosocial intègre trois facteurs – le facteur biologique, le facteur psychologique et le facteur social – qui agissent à divers niveaux et influencent l'activité de l'organisme. Contrairement au modèle biomédical, il s'intéresse à plusieurs facteurs et ne définit pas la santé ou la maladie comme des « équilibres/déséquilibres biochimiques et neuropsychologiques » (Fischer & Tarquinio, 2006, p.20). Ce changement épistémologique et professionnel ne concerne pas uniquement le psychologue mais également les autres professionnels de la santé (Zani, 2002). De par sa vision holistique, il dépasse le débat de la séparation du corps et de l'esprit puisque les deux sont impliqués dans la santé et la

⁸ Chapitre 1, section 1.3. « Définir la santé et la maladie ».

maladie (Lyons & Chamberlain, 2006) ; le corps et l'esprit sont par conséquent perçus en tant que concepts inséparables (Fischer, 2002). La maladie organique est dès lors étudiée comme étant animée par des interactions d'éléments psychosociaux et biologiques.

Plusieurs critiques de ce modèle biopsychosocial ont été émises. Des auteurs affirment qu'il reste principalement biomédical (par exemple Amstrong, 1987, cité dans Lyons & Chamberlain, 2006), alors que le psychiatre McLaren (1998, cité dans Lyons & Chamberlain) déclare qu'il est fallacieux et devrait ainsi être aboli. Il argumente ses propos en déclarant que le modèle biopsychosocial doit être regardé dans son contexte historique comme une réponse à l'encontre de la psychanalyse (considérée comme vague et ne pouvant être évaluée par des recherches empiriques) et à l'encontre du behaviorisme (qui sort le sujet de son contexte). Relevant également quelques imperfections du modèle biopsychosocial, Zani (2002) note l'absence de méthodologie appropriée et l'ambiguïté conceptuelle quant à l'articulation entre les différents niveaux. D'autres auteurs ont plus de réserve. Marks (2002, cité dans Lyons & Chamberlain), par exemple, pense que le modèle biopsychosocial « is not a model in the formal sense, but is better understood as a way of thinking about health and illness which functions heuristically to justify and legitimate research » (p.12). Zani cite également Marks : il est nécessaire pour ce dernier de placer la psychologie de la santé dans un contexte sociopolitique et culturel plus vaste. Doivent être retenus : (1) les niveaux d'analyse comme la famille, le groupe, la société, la culture et le pays ; (2) et les comportements et les expériences touchant la santé au sein d'un contexte économique et social. Ces deux points sont particulièrement essentiels lorsque la prise en charge implique des personnes requérantes d'asile.

3.3.2. LES THÉORIES PROFANES

Le deuxième axe se concentre sur la conception subjective de la maladie. La recherche met en lumière un fait d'une importance capitale : tous les individus, quels qu'ils soient, s'évertuent à donner sens à leur pathologie (Weinman & Figueiras, 2002). Ils constituent des cadres d'analyse cognitifs ou sociocognitifs et peuvent ainsi comprendre leur relation avec la santé et/ou la maladie (Fischer & Tarquinio, 2006). Ces cadres, également nommés représentations, sont consolidés dans la mémoire à long terme et s'appuient sur les expériences de l'individu. Ces représentations sont donc subjectives et ont été nommées « théories profanes des maladies » afin de souligner l'opposition avec les « conceptions scientifiques et biomédicales » (Fischer & Tarquinio, p.142). D'autres termes sont employés comme les « théories naïves » ou les « théories vulgaires » pour désigner ces représentations quotidiennes (Flick, 1993). Il est essentiel de souligner les connotations péjoratives associées à ces expressions.

Plutôt que de s'intéresser à la pathologie de manière globale, ces théories profanes éclairent la propre maladie du patient, notamment par les « descriptions de la maladie, [les] interprétations des symptômes, [les] inférences causales à propos de son origine, [le] contrôle perçu et [le] pronostic subjectif » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.22). Leventhal, Nerenz et Steele (1984, cité dans Weinman

& Figueiras, 2002) parlent de *perceptions de maladie* pour évoquer les cinq thèmes que les individus utilisent afin de donner sens à la pathologie : l'identité (la façon dont est désignée la maladie et ses symptômes), la cause, la durée, les conséquences et la guérison. Ces cinq éléments sont dépendants les uns des autres.

D'une importance psychologique majeure, ces représentations permettent donc de donner sens à la maladie et la rendent compréhensible. D'après Flick (1993), les théories profanes se distinguent des théories scientifiques notamment par leurs fonctions. En voici quelques-unes : (1) elles permettent de définir la situation et de coder rapidement les faits (Laucken, 1974, cité dans Flick) ; (2) elles peuvent expliquer des situations après coup (Wahl, 1979, cité dans Flick) ; (3) elles prédisent des événements ; (4) elles aident à exprimer des recommandations ; (5) elles permettent de contrôler ou de guider l'action ; (6) elles permettent de garder stable ou d'augmenter l'estime de soi. De manière générale, grâce aux théories profanes – ou subjectives –, l'individu parvient à devenir expert d'une sphère de la vie, ici sa maladie. Bruchon-Schweitzer (2002) note que selon les chercheurs des sciences de la santé, les représentations de la santé et de la maladie influent sur : les conduites de santé des individus (saines ou à risques) ; la compréhension et l'acceptation du diagnostic et des traitements par le patient ; les rapports avec les professionnels de la santé ; l'observance et l'adhésion thérapeutique ; la recherche d'aide.

Etudiant l'écart entre théories profanes et conceptions biomédicales, Pédinielli (1996, 1999, cité dans Bruchon-Schweitzer, 2005) pense qu'il est nécessaire pour les professionnels de la santé de s'intéresser aux représentations des patients ; ainsi, l'efficacité d'une quelconque intervention thérapeutique s'en trouve par la suite meilleure. Becker (cité dans Flick, 1993) avançait déjà cette hypothèse en 1984, affirmant que la distance entre les théories des deux protagonistes est un des motifs de la non-compliance. Or Bruchon-Schweitzer souligne le fait que fréquemment des termes comme « distorsions cognitives » ou « schémas erronés » (p.20) figurent dans des études sur les conceptions des malades. Pédinielli (1996, cité dans Bruchon-Schweitzer) écrit que le modèle biomédical tente de corriger ces conceptions jugées fallacieuses, ajoutant que « pour certains spécialistes, il faut en effet combattre les « théories profanes » des malades, théories marquées par la sous-information, génératrices de conflits et d'opposition aux soins, se traduisant par une mauvaise adhésion thérapeutique » (p.20). Néanmoins, le milieu médical se soucie de plus en plus des théories profanes que les patients façonnent quant à leur pathologie. Sachant que ces croyances influencent la prise en charge de manière globale, les professionnels de la santé n'ont pas d'autres choix que de les comprendre et d'en tenir compte. D'ailleurs, Thommen et ses collègues (1990, cité dans Flick) ont réalisé une des rares études dans le champ de la psychothérapie et ont conclu que toute véritable thérapie centrée sur le patient se doit d'atténuer la distance entre les théories de la maladie, ceci grâce aux négociations entre le praticien et le patient.

Néanmoins, Weinman et Figueiras (2002) expliquent que les patients et leurs proches eux-mêmes n'évoquent pas volontiers leurs propres modèles cognitifs lors de consultations médicales. La peur d'être perçus comme mal avisés ou idiots fait taire les patients. Plusieurs méthodes ont été conçues afin de saisir ces perceptions de la maladie ; une mesure psychométrique est actuellement dominante,

il s'agit du questionnaire de perception de maladie. Cette méthode est considérée comme valide et fiable pour ce qui est de pathologies diverses.

Adoptant une vue d'ensemble, Fischer et Tarquinio (2006) affirment que se dessinent deux orientations relatives aux théories des représentations de la santé et de la maladie : une représentation personnelle et une autre sociale. Dans ce travail, il est question de la représentation personnelle puisque les données résultent d'entretiens individuels. Néanmoins, il me semble essentiel d'ajouter que la représentation sociale de la santé et de la maladie influence la représentation personnelle, et vice versa. A mon avis, fractionner ces deux types de représentations n'est pas judicieux puisqu'ils sont interdépendants. Au contraire, relever une distinction entre représentation personnelle et représentation sociale est nécessaire.

3.3.2.1. LA REPRÉSENTATION PERSONNELLE DE LA MALADIE

La représentation personnelle de la maladie regroupe les descriptions et les interprétations de la maladie. Elle permet de donner sens à la situation que vit la personne, lui offrant ainsi un cadre pour l'action (Fischer & Tarquinio, 2006).

Deux processus cognitifs constituent la base de ces représentations, que l'on nomme prototypes et heuristiques. On parle de prototypes lorsque les individus agencent leur représentation de la maladie en mémoire (Rosch, 1978, cité dans Fischer & Tarquinio, 2006). Ainsi, ils peuvent confronter leur vécu et leur ressenti d'une maladie donnée avec les divers prototypes qu'ils ont en mémoire. Adoptant le prototype le mieux adapté, les individus attribuent une interprétation à la maladie, qui elle oriente leurs décisions et leurs actes. Deuxième processus cognitif, les heuristiques sont produites afin de simplifier la résolution de tâches complexes, notamment par des simplifications et des modifications de certains caractères. Un exemple d'heuristique serait celui de disponibilité : « elle désigne la tendance à juger un événement plus probable qu'il ne l'est en réalité, parce qu'il est plus imaginable et plus facilement disponible en mémoire » (p.44). Des erreurs de jugement sont susceptibles de résulter de cette méthode de traitement de l'information, pouvant alors affecter la santé (Fischer & Tarquinio).

3.3.2.2. LA THÉORIE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

La théorie des représentations sociales, quant à elle, envisage les relations entre la pensée individuelle et les systèmes culturels. Elle permet d'expliquer l'influence des champs socioculturels et historiques sur les actions que peuvent avoir les individus à propos de la santé et de la maladie (Fischer & Tarquinio, 2006). Adam et Herzlich (2007) signalent cependant que les représentations de la santé et de la maladie ne sont pas la répétition d'un discours collectif que les individus expriment : « L'élaboration à laquelle ils se livrent s'appuie sur des ressources collectives, qui sont utilisées et modulées différemment en fonction des expériences de chacun et des contextes dans lesquels s'effectue ce travail interprétatif. » (p.70). Cette citation soutient également la thèse de l'influence réciproque que se portent la représentation personnelle et la représentation sociale.

Jodelet (1993) signale que l'idée de représentation sociale a pour origine le sociologue et philosophe Durkheim, mais qu'elle a été reprise par le psychologue social Moscovici en 1961. Il s'agit alors d'un

concept au croisement de la sociologie et de la psychologie. Voici de quelle manière résume Jodelet le concept de représentation sociale :

Guide d'action, elle définit le rapport au monde et aux autres. Grille de lecture de la réalité, elle fournit les cadres et les codes de la communication et contribue ainsi à forger une vision commune au service des valeurs, désirs, besoins et intérêts des groupes qui la partagent. (p.323)

La représentation sociale est alors une interprétation, qui est considérée comme la réalité par les individus qui s'y attachent : selon Jodelet (1993), ne jamais l'estimer comme interprétation est une de ses caractéristiques essentielles. Les représentations sont donc non-savantes et la plupart des individus s'y réfèrent et les comprennent. La représentation sociale est également nommée « savoir de sens commun », « savoir naïf », « savoir naturel » ; cela permet de la discerner de la connaissance scientifique. Cependant il n'est pas question de la considérer comme moins importante, bien au contraire.

Grâce aux processus d'ancrage et d'objectivation (Moscovici, 1984, cité dans Fischer & Tarquinio, 2006), les normes et les valeurs d'une société teintent les nouvelles situations : les personnes peuvent ainsi comprendre la nouveauté en lien avec des idées déjà existantes. Les individus donnent alors sens à de nouvelles pathologies dans la suite de celles déjà éprouvées. Ainsi, le processus d'ancrage permet à la nouvelle maladie, étrangère et alarmante, d'être saisissable par ceux-ci. Grâce au processus d'objectivation, proche de la symbolisation, les thématiques abstraites telles que par exemple les valeurs, les normes, les idéaux peuvent être saisies par les individus. Giami et Shiltz (1996, cité dans Fischer & Tarquinio) exemplifie ce processus par une représentation sociale liée aux pratiques sexuelles : la protection n'est pas utilisée si le sujet symbolise son partenaire comme bon, c'est-à-dire comme personne aimée par exemple.

Avant de s'attarder sur la méthodologie du présent travail, une étude importante relative aux représentations sociales de la santé et de la maladie doit être évoquée à l'aide de l'article de Flick (1993). Ce dernier cite alors la sociologue et psychologue sociale Herzlich, qui a étudié ces représentations à la fin des années 60. Elle en est arrivée à la conclusion que trois types de représentations sociales de la maladie se côtoient : (1) la *maladie destructrice* qui est caractérisée par le renoncement au rôle et par l'exclusion sociale ; (2) la *maladie libératrice* qui, au contraire, est considérée comme une pause ou une rupture possible avec les exigences liées à la société – elle peut donc tout à fait amener des apports positifs pour la personne malade ; (3) et finalement la *maladie-métier* qui est vécue comme une nouvelle expérience permettant de développer des apprentissages – l'individu occupe une place active dans son combat contre la maladie.

Tout comme pour l'anthropologie médicale, la psychologie de la santé donne des clés quant à la compréhension du concept central du présent travail, la représentation de la santé et la maladie. Ainsi, ses théories permettent de comprendre comment et pourquoi les représentations de la santé et de la maladie se construisent. Pourtant, ce cadre théorique diffère quelque peu de l'anthropologie médicale. En effet, ici sont évoquées les théories profanes de la maladie, qui concernent uniquement les

patients ; les professionnels de la santé sont considérés comme détenteurs des théories scientifiques. Cette position hiérarchique – qui est entendue dans le vocabulaire employé – ne se reflète pas au sein de la perspective anthropologique, qui la condamne puisqu'est estimé que chaque individu a son propre modèle explicatif. De même, la psychologie de la santé ne reconnaît pas les différentes déclinaisons de la maladie (*illness, disease, sickness*). En revanche, elle distingue les théories personnelles des théories sociales, ce que l'anthropologie médicale ne discerne pas.

CHAPITRE 4

CONSTRUIRE LA RECHERCHE

Le but de ce chapitre est de présenter les méthodes qualitatives de manière générale, puis d'évoquer les démarches qui m'ont permis de procéder à la récolte et à l'analyse de données, pour enfin commenter l'échantillon et les caractéristiques des entretiens réalisés.

4.1. POURQUOI LES MÉTHODES QUALITATIVES ?

Cette section se construit autour de l'ouvrage de Santiago Delefosse (2002). Le courant qualitatif, « à la fois concret, constructiviste et phénoménologique » (p.42), est exposé suite au béhaviorisme et au cognitivisme comme le « troisième tournant de la psychologie » (p.42). Ce nouveau paradigme a pour objectif la compréhension et la description, contrairement au paradigme positiviste, objectiviste et quantitatif qui prône la mesure, l'évaluation et la prédiction. Pour le présent travail de mémoire, il est nécessaire d'adopter le paradigme qualitatif, qui détient une vision holistique du singulier et qui s'attarde sur le sens et la signification, plutôt que sur les causes et les fréquences. De même, l'individu est toujours contextualisé culturellement au sein de ce courant, ce qui est primordial pour la thématique traitée. Même si les méthodes qualitatives détiennent certaines limites, dont l'absence de reproductibilité, la faiblesse de généralisation et l'absence de recherche d'explication d'une réalité objective, elles restent les méthodes les plus intéressantes pour ce travail. Il reste à choisir le meilleur outil parmi ceux proposés par le courant qualitatif pour une approche adéquate.

4.2. L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ DE RECHERCHE

Préférer les entretiens semi-structurés de recherche est attribuable à mon objectif, à savoir explorer le champ des représentations de la santé et de la maladie de mes sujets.

Défini par Nils et Rimé (2003) comme « un dialogue dont la finalité est de collecter des informations à propos d'un thème déterminé » (p.166), l'entretien s'emploie dans la plupart des disciplines des sciences humaines et peut se décliner de différentes manières – standardisé, semi-structuré, non directif. Habituellement, il se déroule entre deux personnes nommées respectivement interviewer et interviewé. Le rôle de l'interviewer consiste en deux points : (1) il doit guider son sujet à des réflexions profondes (2) tout en maintenant la conversation autour de la problématique de la présente recherche. Quant à la personne interviewée, elle livre un discours sur entre autres la signification qu'elle donne à ses pratiques, ou sa perception d'un événement ou d'une situation. L'entretien se déroule alors au sein d'un cadre interactif ; la dynamique y est très importante car elle produit une grande partie de l'information qui en découle. Il est donc intéressant de se pencher sur les caractéristiques des deux acteurs, de même qu'au contexte de l'entretien⁹.

⁹ J'ai inséré dans la section échantillonnage toutes ces données résumées, et dans les annexes un tableau complet, p.105.

L'enquête par entretien peut être utilisée à différentes phases du processus de recherche : (1) au départ, afin d'explorer et préparer une enquête par questionnaire, (2) constituer elle-même la source d'informations principale, (3) à la fin d'une recherche, afin de la compléter (Blanchet & Gotman, 2005). Parce que peu d'études ont été réalisées sur le sujet du présent travail, ma recherche s'inscrit dans la seconde démarche. Ainsi, de par sa nature exploratoire, l'entretien fournit une vision globale des données en lien avec la problématique et peut amener à une compréhension et une élaboration d'une réflexion théorique autour des représentations de la santé et de la maladie dans un contexte d'asile.

Selon Blanchet et Gotman (2005), trois étapes constituent la préparation de l'entretien : (1) la formulation de la question de départ, qui doit être claire, faisable et pertinente, (2) le choix de la problématique, c'est-à-dire inscrire la question dans une perspective théorique, (3) et la formulation d'hypothèses, qui elles sont utilisées comme fil conducteur lors des entretiens et leur analyse. Je résume ici les différentes étapes relatives à la présente étude :

- (1) L'objectif de mon travail est de comprendre et élaborer une réflexion théorique autour des représentations de la santé et de la maladie dans un contexte de demande d'asile. En découlent ainsi plusieurs interrogations : comment et pourquoi les représentations de la santé et de la maladie se construisent-elles ? Quelles sont ces représentations ? Y a-t-il des points communs et des différences entre les représentations de personnes requérantes d'asile et de professionnels de la santé ? Est-ce que les potentielles différences de représentations sont prises en considération par les professionnels de la santé ? Comment ces personnes en situation précaire gèrent-elles ces potentielles divergences qui viennent s'ajouter à un cumul de problématiques déjà variées ? Quelles sont les conséquences de ces potentielles différences ? Comment les professionnels de la santé font-ils face à cette problématique et quels outils ont-ils à disposition afin d'y répondre ?
- (2) A propos de la deuxième étape, qui permet donc d'inscrire les questions de recherche au sein d'une perspective théorique, mon choix s'est porté sur trois cadres théoriques : l'anthropologie, le modèle biomédical et la psychologie de la santé. Chaque perspective met en lumière un aspect essentiel pour le présent travail. De plus, l'anthropologie médicale et la psychologie de la santé permettent de répondre à la première interrogation, c'est-à-dire comment et pourquoi les représentations de la santé et de la maladie se construisent.
- (3) Finalement, l'étape achevant la préparation de l'entretien est la formulation d'hypothèses. Je pars d'un lieu commun, à savoir que lorsqu'une personne immigrée en Suisse – ici plus particulièrement un demandeur d'asile –, elle arrive avec ses propres représentations du monde, et ainsi de la santé et de la maladie. Comme mentionné lors de la présentation de l'anthropologie médicale, les pratiques thérapeutiques sont avant tout des pratiques liées à la société et à la culture (Rossi, 2003). Ainsi, lorsque le migrant rencontre le système de santé suisse, des divergences de représentations apparaissent. D'un côté se trouve le professionnel de la santé avec pour référence principale le modèle biomédical ; de l'autre le patient avec pour référence son propre modèle élaboré au fil du temps et de ses expériences, dans un contexte

donné. Au-delà des aspects culturels, le praticien et le patient ne parlent pas de la même maladie : tandis que l'un explique la *disease*, l'autre expérimente l'*illness*. Les professionnels de la santé, pris au sein de logiques économiques et politiques, ne s'attardent pas longuement sur ces représentations. Diverses conséquences peuvent s'ensuivre, dont la non-compliance, l'insatisfaction de la part du patient et du professionnel, l'absence aux rendez-vous.

Technique d'entretien la plus utilisée en sciences humaines, l'entretien semi-directif s'inscrit entre les entretiens standardisés et les entretiens non directifs. Il n'est en effet ni entièrement organisé (notamment à l'aide d'un répertoire de questions formelles), ni complètement libre. L'interviewer crée avant l'entretien un canevas, qui représente une série de thèmes qui lui sert de guide : il ne le suit pas à la lettre mais il questionne son interlocuteur d'après la conversation et les réactions de celui-ci. La personne interviewée peut alors s'exprimer relativement librement. Pour cette recherche, j'ai opté pour la création de trois canevas d'entretien différents étant donné les caractéristiques de mon échantillon – caractéristiques décrites lors de la section échantillon : une grille pour les anciens requérants d'asile, une autre pour l'interprète et une dernière pour les professionnels de la santé.

Je commence par décrire le canevas utilisé pour les anciens requérants d'asile¹⁰. Ma grille comporte une consigne initiale¹¹ (« Racontez-moi comment va votre santé ») puis est composée de trois thèmes principaux : (1) la définition/représentation de la santé/maladie, plus particulièrement la santé/maladie de la personne interrogée, (2) la médecine biomédicale occidentale/la psychologie, (3) la rencontre avec les professionnels de la santé. Chaque thème comprend plusieurs catégories à aborder. Pour le premier thème par exemple, la description de la santé et de la maladie, ses causes et son traitement ont dû être discutés. Ce choix a été fait pour saisir au mieux le modèle explicatif du patient. En ce qui concerne le second thème, la compréhension de la médecine occidentale et son développement au pays d'origine ont été des sujets à questionnement. Par-là, j'ai souhaité comprendre quelles sont les représentations des requérants d'asile à propos du modèle biomédical. Finalement, le troisième thème examine la rencontre avec les professionnels de la santé en abordant des sujets tels que les attentes des consultations, la relation patient-praticien, la rencontre des représentations potentiellement divergentes, ou encore l'utilisation parallèle d'autres services médicaux. Je récoltais également à la fin de l'entretien les données sociodémographiques telles que l'âge, l'état civil, la nationalité, la profession, la durée en Suisse et le type de permis.

Il est temps de s'intéresser au canevas d'entretien élaboré pour l'interprète. J'ai délibérément opté pour une grille différente de celle des professionnels de la santé puisqu'ils ont un rôle et donc une position spécifique. La consigne initiale est « Pouvez-vous me parler de votre profession en lien avec les personnes requérantes d'asile ? ». Ce canevas s'est également constitué autour de trois thèmes,

¹⁰ Les canevas d'entretien pour les anciennes personnes requérantes d'asile, l'interprète et les professionnels de la santé se trouvent en annexe. Par souci de clarté et de légèreté, tous les sous-thèmes ne sont pas évoqués ici.

¹¹ La consigne initiale est la première question que l'on pose lors d'un entretien. Il s'agit de la seule question prédéfinie et elle doit être la même pour tous les entretiens.

définis par les divers interlocuteurs d'une consultation médicale dans un contexte d'asile : (1) l'interprète, (2) les personnes requérantes d'asile, (3) les professionnels de la santé. Le thème « interprète » avait pour but notamment de comprendre la profession de celui-ci et de saisir le rôle que jouent les représentations de la santé et de la maladie dans une consultation médicale. Les sujets abordés au sein des thèmes « personnes requérantes d'asile » et « professionnels de la santé » étaient la relation patient-professionnel et les perceptions des professionnels et des patients quant à la position de l'interprète.

Le canevas des professionnels de la santé débute par la même consigne initiale que pour l'entretien avec l'interprète. J'ai opté pour ce choix-là afin d'unifier au maximum les différentes grilles. Après mon premier entretien réalisé avec un professionnel de la santé, j'ai compris que ma question n'était pas très pertinente, mes interviewés butaient quelque peu dessus. Une interrogation de type « quelle est votre profession ? » puis enchaîner sur son lien avec les requérants d'asile aurait été peut-être plus adéquate. Je n'ai pourtant pas souhaité changer de consigne initiale au cours de mes entretiens pour des questions d'uniformité. La grille se découpe elle aussi en trois thèmes principaux : (1) le professionnel de la santé, (2) la médecine traditionnelle et l'« autre » système de soins/santé, (3) et la rencontre avec les personnes requérantes d'asile. Le premier thème s'intéresse de manière globale à la définition de la santé et de la maladie par le professionnel en englobant sa cause et son traitement. Je me suis intéressée à ce premier thème pour comprendre comment le professionnel définit la maladie, et donc pour percevoir son modèle explicatif. Aborder la médecine traditionnelle, qui constitue le deuxième thème, permet de saisir sa compréhension par les professionnels du canton du Jura ainsi que l'impact qu'a cette médecine sur la relation patient-professionnel. Le troisième thème, la rencontre avec les personnes requérantes d'asile, regroupe des interrogations sur la prise en considération par les professionnels des représentations de leurs patients et sur les outils qu'ils disposent afin de répondre à la problématique.

A la lecture de ces grilles d'entretien, on comprend qu'elles ont été construites de manière à ce qu'elles soient transposables les unes aux autres. Ainsi, même si chaque type d'échantillon a une position et un rôle différents, les thématiques abordées se rejoignent et peuvent ainsi se confronter les unes aux autres.

4.3. ANALYSE DES DONNÉES: APPROCHE INDUCTIVE

La méthode toute désignée pour analyser les données d'une étude qualitative et exploratoire est l'approche inductive proposée par Thomas (2006, cité dans Blais & Martineau, 2006). Je me suis de ce fait inspirée de celle-ci, présentée dans l'article de Blais et Martineau.

Impliquant un raisonnement s'acheminant du spécifique vers le général, l'induction permet au chercheur d'avoir comme point de départ des faits rapportés ou examinés ; le chercheur ne vérifie pas

un cadre théorique préconçu. L'analyse inductive permet alors de donner un sens à un recueil de données brutes. Octroyé a posteriori par une interprétation du chercheur, le sens est en premier lieu construit par l'individu à partir de sa réalité (Blais & Martineau, 2006). Savoie-Zajc (2000, cité dans Blais et Martineau) dit d'ailleurs que l'aptitude du chercheur à donner un sens aux données détermine la qualité d'une recherche qualitative.

Les retranscriptions des entretiens ont permis d'obtenir les données brutes ; quatre étapes sont ensuite nécessaires dans une démarche d'analyse inductive des données d'après Blais et Martineau (2006). La première étape doit être la préparation des données brutes, c'est-à-dire retranscrire uniformément les entretiens. La seconde demande une lecture soigneuse et minutieuse de ces données, afin de s'habituer au contenu et d'obtenir une vision globale. Pour ce qui est de la troisième étape, il s'agit de « procéder à l'identification et à la description des premières catégories » (p.7). A la lecture des données brutes, le chercheur relève des segments qui ont une signification propre et singulière. Ces segments sont nommés unités de sens et sont désignés par un mot ou une courte phrase. Après avoir codifié la majorité des données brutes, il est possible pour le chercheur de créer une description initiale des catégories émergentes. C'est la quatrième étape qui permet d'affiner l'ensemble des catégories : il s'agit surtout de regrouper les unités de sens pour en créer des catégories, qui elles se glissent au sein des thèmes. L'objectif est d'obtenir un nombre réduit de thèmes, idéalement entre trois et huit. Les thèmes, catégories et unités de sens sont indubitablement issus du chercheur, et donc de son expérience. C'est à celui-ci que revient la tâche de décider de l'importance ou non des données récoltées.

Afin d'assurer la validité de l'analyse, trois méthodes sont envisagées par Blais et Martineau (2006) : (1) le codage parallèle en aveugle, qui permet de comparer les thèmes, catégories et unités de sens obtenus par deux chercheurs distincts ; (2) la vérification de la clarté des catégories : un passage de l'entretien ainsi que les grilles d'analyse sans les segments de textes sont donnés à un second chercheur et l'analyse du premier chercheur est comparée avec celle du second ; (3) la vérification auprès des participants, qui permet d'augmenter la crédibilité des résultats puisque les sujets ont la possibilité de les critiquer. Pour des raisons indépendantes de ma volonté – temps, argent, faisabilité – aucune de ces trois méthodes n'a été utilisée pour la présente recherche. Par contre, toutes mes grilles d'analyse ont été soumises et validées par un deuxième chercheur, mon experte Madame Fabienne Fasseur.

Appréhender les forces et les limites de cette méthode d'analyse est essentiel pour comprendre les enjeux de l'analyse. Pour le présent travail qui se veut exploratoire – étant donné que peu de recherches se sont intéressées aux représentations de la santé et de la maladie dans un contexte d'asile – cette approche est parfaitement adaptée. L'analyse inductive permet en effet de découvrir de nouvelles dimensions sur une problématique donnée. De même, elle se prétend « transparente et explicite dans ses critères de validation des résultats » (Blais & Martineau, 2006, p.14). Une critique principale est néanmoins relevée : cette méthode d'analyse peut être considérée comme « une série d'opérations linéaires qui fait peu appel à l'esprit et à la créativité du chercheur » (p.15). Pourtant,

c'est bien au chercheur de faire apparaître un sens à partir des données brutes, et ainsi rendre ces dernières compréhensibles.

4.4. ECHANTILLONNAGE

La définition de la population interrogée est généralement comprise dans la formulation de la question de départ (Blanchet & Gotman, 2005). Etant donné que ce travail a pour but la compréhension et l'élaboration d'une réflexion théorique autour des représentations de la santé et de la maladie dans un contexte d'asile, j'ai trouvé judicieux d'interroger les interlocuteurs d'une consultation médicale impliquant un demandeur d'asile. Ainsi, trois groupes de personnes ont été formés : les anciens requérants d'asile¹², les interprètes, les professionnels de la santé. Parce que différents groupes ont été interrogés et donc divers points de vue ont été recueillis, une vision d'ensemble de la situation est obtenue.

A propos du mode d'échantillonnage, la plupart des recherches utilisent celui que l'on nomme diversifié. Cet échantillon diversifié « résulte, en règle générale, du compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations et, simultanément, d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives » (Blanchet & Gotman, p.54-55). Dans le présent travail, on parle d'« échantillon diversifié en fonction de variables liées au thème » puisque trois types de population ont été interrogés.

Au sujet du nombre d'entretiens nécessaires, plusieurs variables ont une influence. Ce qu'il faut retenir ici, c'est que lorsque les informations deviennent redondantes, la phase des entretiens peut être considérée comme achevée (Blanchet & Gotman, 2005). Pourtant, dans le présent travail, il est difficile d'argumenter en faveur de la redondance des informations obtenues. Plusieurs éléments peuvent être avancés : (1) compte tenu du poids d'un travail de mémoire, le nombre de personnes interrogées ne dépasse généralement pas dix, (2) de par la séparation des personnes interviewées en trois catégories, le nombre de sujets est divisé pour chaque catégorie, (3) puisque j'ai opté pour un travail sur la santé et la maladie sans différencier ni le lieu d'origine, ni la santé mentale de la santé physique des sujets – ce choix trouve argumentation dans le paragraphe suivant –, une grande diversité d'individus et donc de situations se trouvent dans les deux catégories principales, celle des anciens requérants d'asile et celle des professionnels de la santé.

Comme cité ultérieurement, j'ai choisi de ne pas restreindre ma population de requérants d'asile – et par conséquent celle de professionnels – en distinguant clairement la santé mentale de la santé physique. Puisqu'il s'agit d'un dualisme principalement occidental, je n'ai pas souhaité limiter les personnes interrogées ; ainsi elles étaient libres quant à leur définition de la santé et de la maladie,

¹² Des raisons éthiques, qui sont développées davantage dans la partie réflexive (chapitre 6, « penser la recherche »), sont à l'origine du choix de ne pas interroger des personnes actuellement en possession d'un permis N.

que celles-ci soient mentales ou physiques. De la même façon, le présent travail n'opte pas pour une origine commune aux personnes requérantes d'asile. Comme le dit Hudelson en 2002,

s'il est vrai que la nationalité et l'ethnicité peuvent être des sources de connaissances et d'expériences communes, d'autres facteurs comme l'âge, le sexe, la trajectoire migratoire, la classe sociale, l'éducation, la profession peuvent représenter des sources de variabilité culturelle intranationale ou intra-ethnique. (p.1776)

Ainsi, la culture n'est pas considérée dans cette recherche comme un concept figé.

Afin de recueillir le corpus, j'ai conduit des entretiens auprès de dix personnes. Le recrutement n'a pas été sans surprise. J'imaginai que trouver huit sujets – nombre prévu au départ – allait être commode. J'ai pris conscience de la réalité du terrain relativement rapidement : après plusieurs refus, j'ai compris que si personne ne m'appuyait, ma recherche n'allait probablement pas aboutir. J'ai ainsi contacté une personne, qui elle a pu me mettre en contact avec deux anciens requérants d'asile, l'interprète et le médecin généraliste. L'interprète, quant à lui, a pu évoquer ma recherche à la logopédiste, qui elle m'a mise en contact avec le pédopsychiatre. J'ai également contacté le CAFF¹³, ce qui m'a permis de rencontrer Tisha. Ce sont finalement grâce à deux amies que les entretiens avec Fama et Bintou ont été possibles. Des expériences passées de stage et de bénévolat m'ont sans aucun doute aidée dans cette démarche.

Voici ci-après un tableau récapitulatif¹⁴ des données des personnes interrogées ainsi que les miennes – puisque les caractéristiques du chercheur ont une influence sur l'interaction :

	Prénom	Sexe	Âge	Etat civil	Région d'origine	Profession	En Suisse depuis	Permis
RA	Adriano*	H	~ 35	Célib.	Afrique du Sud-ouest	Domaine de la santé	13 ans	F
RA	Eddy*	H	~ 30	Célib.	Petit Caucase	Artisan	10 ans	B
RA	Fama*	F	~ 25	Célib.	Afrique de l'Ouest	Pas de formation	2 ans	B
RA	Bintou*	F	~ 50	Mariée	Corne de l'Afrique, a grandi dès 11 ans dans les Caraïbes	Formation universitaire	20 ans	B
RA	Tisha*	F	~ 35	Séparée	Afrique du Nord	Pas de formation	6 ans	C
INT	Noam*	H	~ 50	Marié	-	Interprète	-	-
PS	Ibrahim*	H	~ 60	Séparé	Afrique Centrale	Infirmier	25 ans	-
PS	Michel*	H	~ 60	Marié	Suisse	Médecin généraliste	-	-
PS	Laura*	F	~ 50	Mariée	Franco-Suisse	Logopédiste	-	-

¹³ Centre d'Accueil et de Formation des Femmes migrantes.

¹⁴ Dans les annexes, un tableau complet est à disposition du lecteur, p.105.

							e	
PS	Jacques*	H	~ 40	Marié	Suisse	Pédopsy.	-	-
IE	Mauranne	F	24	Célib.	Suisse	Etudiante en psycho.	-	-

Tous les prénoms marqués d'un astérisque sont des prénoms d'emprunt. De même, afin d'anonymiser au maximum les données, les âges sont approximatifs, tout comme l'origine. Pour les anciens requérants d'asile, la profession n'est pas évoquée en tant que telle : le domaine ou le niveau d'étude y est indiqué. Je ne dévoile pas non plus la nationalité de l'interprète, pour les mêmes raisons. Le non recours à cette forme d'anonymat aurait été problématique pour le présent travail, puisque dans un canton comme celui du Jura, de par sa petite taille et son nombre modeste d'habitants, les individus sont facilement identifiables – surtout si l'on travaille ou connaît le milieu. Je tiens particulièrement à cette anonymisation puisque mon formulaire de consentement¹⁵ le stipule, mais surtout pour respecter les dires de mes sujets. Ainsi, j'ai choisi de ne pas annexer à ce travail ni les retranscriptions d'entretiens, ni les grilles d'analyses, ni même les carnets de bord, et j'ai sélectionné pour l'analyse des passages qui ne dévoilent pas l'identité des individus. J'explique ce choix de manière approfondie lors de la partie réflexive (chapitre 6, « penser la recherche »).

Chaque participant avait reçu des informations concernant ce travail avant que notre rencontre soit agendée – sauf pour Adriano, avec lequel j'ai fait un entretien suite à un rendez-vous avec son référent. Ces informations pouvaient être de trois ordres : un envoi préalable du formulaire d'informations et de consentement de ma recherche (Tisha, Michel, Jacques), une personne tierce (Fama) ou une explication orale par téléphone (Eddy, Bintou, Noam, Laura, Ibrahim). J'ai rencontré deux personnes avant le rendez-vous formel : Fama, chez qui je suis allée avec ma personne de contact, et Noam, que j'ai rencontré rapidement lors d'une conférence.

A noter encore que l'entretien de Fama n'est pas utilisé dans la présente recherche. En effet, elle n'a pas souhaité parapher le formulaire de consentement, et je ne me permets pas d'utiliser ces données sans son accord écrit. De même, l'entretien avec Bintou est peu utilisé dans l'analyse : je n'ai pas réussi à la cadrer suffisamment fermement pour qu'elle réponde à mes questions. J'ai annexé au présent travail trois courtes présentations d'Adriano, Eddy et Tisha, les principaux sujets anciens requérants d'asile (p.100).

¹⁵ Mon formulaire d'informations et de consentement est annexé au présent travail, p.101.

CHAPITRE 5

PAROLES RAPPORTÉES

« Et aujourd’hui la parole migrante doit traverser le filtre des chercheurs, des praticiens, des journalistes ou des militants pour avoir une chance d’être colportée, même déformée. Le plus important, la plupart du temps, reste collé au tamis. ».

Métraux, 2011, p.162

S’agissant d’une étude exploratoire, le nombre de personnes interrogées est trop restreint pour intégrer ces résultats dans une perspective globale. Je n’ai pas pour ambition d’expliquer la réalité dans son ensemble, mais plutôt de proposer une réflexion théorique sur des aspects précis.

Avant de s’attacher plus particulièrement à la problématique des représentations de la santé et de la maladie, il est nécessaire d’aborder les conséquences sanitaires du contexte politique de la migration, du point de vue des interviewés. A travers cette première section, j’expose le fonctionnement de leur prise en charge, les caractéristiques du suivi, l’implication des professionnels mais également les effets du statut de requérant d’asile.

5.1. SANTÉ ET SITUATION DE REQUÉRANTS D’ASILE EN SUISSE : LES CONSÉQUENCES SANITAIRES DU CONTEXTE POLITIQUE DE LA MIGRATION

Ce premier sous-chapitre de l’analyse des données s’attache à saisir les circonstances qui structurent la rencontre entre migrants et professionnels. La lecture de cette interaction doit toujours se comprendre au milieu de tensions économiques et politiques plus larges, au niveau de la société. Cette lecture renvoie ainsi aux anthropologues qui affirment que la santé est la plus collective des choses, à savoir ici, structurée par la politique migratoire globale – et décidée par le peuple en Suisse.

5.1.1. PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES REQUÉRANTS D’ASILE

La thématique de cette section a déjà été abordée dans la problématique. Ici, les dires des sujets interrogés complètent le cahier des charges exposé formellement par l’Association jurassienne d’accueil des migrants (AJAM), responsable de la prise en charge de la santé des requérants d’asile dans le canton du Jura. Par souci de transparence, les prénoms fictifs, les professions ainsi que les numéros d’interactions ne sont pas cités au cours de cette section. L’anonymat prend ici le pas sur la position du regard des sujets : j’ai préféré respecter mon engagement écrit (le formulaire

d'informations et de consentement) et oral vis-à-vis des interviewés plutôt que de contextualiser les dires de mes sujets.

Un sujet indique que c'est l'AJAM qui détermine chez quel praticien les requérants d'asile sont envoyés : ils n'ont aucun pouvoir sur cette décision. Les raisons ?

Mais heu peut-être ils sont ignorants, quand il faut aller chez le médecin, quand est-ce qu'il ne faut pas, et puis il y en a qui exagèrent aussi en demande de soins parce que dans leur pays c'était difficile, c'était payant. Arrivés ici, c'est gratuit.

Une autre personne interrogée fait part d'une situation questionnant ce processus d'accès aux soins. En effet, elle dit qu'un demandeur d'asile peut parfois attendre plusieurs semaines – voire des mois – avant d'obtenir un rendez-vous médical. Une conséquence de cette situation a été que nombreuses personnes précaires, logeant dans des centres de résidence spécialement aménagés pour eux, appelaient l'ambulance afin d'obtenir une prise en charge : l'AJAM a alors demandé aux individus d'appeler un taxi plutôt que l'ambulance. L'interviewé dénonce un paradoxe : « ils [les travailleurs sociaux à l'AJAM] veulent leur apprendre qu'il faut pas dépenser de l'argent avec l'ambulance, mais en fin de compte pour moi ils les poussent tous en urgence. ». Un autre fait révélé par un sujet est la médication dans les centres pour demandeurs d'asile :

Et ça se passe ici dans le Jura. Ils donnent à tout le monde des cachets pour dormir, sans autorisation, sans ordonnance, sans rien.

Mmh mmh, pour avoir la paix.

Pour avoir la paix. Parce qu'ils avaient, en fin de compte la paix provisoire, y'en a beaucoup qui ont pris des cachets, ils avaient pas besoin + simplement ils avaient besoin de parler. Mais en fin de compte ils ont pris trois mois des cachets comme ça, et ben eux ils auront besoin de médicaments plus après.¹⁶

Tout au long de son entretien, un interviewé remet en question le travail effectué par les professionnels de la santé avec les individus possédant le permis N. Il cite à plusieurs reprises le décalage qui existe entre les professionnels et les demandeurs d'asile. Il souligne le manque d'action des professionnels vis-à-vis de la surmédication dans les centres :

Quand un psy entend comme quoi heu quelqu'un qu'il était dans un foyer pendant près de trois mois, qu'il se plaignait qu'il avait des problèmes de psychiques, que ça va pas du tout, que ça se prépare et tout, et qu'ils viennent les veilleurs de nuit ou pas Securitas et qui lui donnent des cachets pour dormir, ils donnent à tout le monde, moi je dis un professionnel entend ça, il devrait réagir, et personne réagit.

¹⁶ Afin de saisir le sens des passages choisis des entretiens, deux éléments relatifs aux normes utilisés lors de la retranscription des entretiens doivent être soulignés: (1) les « + » correspondent aux secondes de silence, (2) mes répliques sont annotées en gras.

La médication est un sujet qui fait débat. Certains requérants d'asile ont souligné le fait qu'ils n'ont pas besoin de médicaments, qu'une oreille attentive leur suffirait. Probablement que le temps nécessaire pour une prise en charge adéquate, centrée sur le patient, n'est pas disponible pour les professionnels de la santé, et que donc la solution la plus expéditive est la prescription. Plusieurs études corroborent ces résultats, ajoutant que les patients allophones sont plus enclins à recevoir une moins bonne médication que les autres (Bischoff, 2003).

Ces différents témoignages peuvent remettre en question la qualité de la prise en charge de la santé de demandeurs d'asile dans le canton du Jura. Ces diverses critiques permettent de prendre du recul face au système en place. Néanmoins, il est essentiel de saisir que les logiques économiques et les rapports de pouvoir dans le domaine médical structurent la prise en charge globale, et celle de requérants d'asile ne fait pas office d'exception. Au contraire, les demandeurs d'asile y sont encore plus durement touchés. Cela se traduit par leur accès limité au système de soins (afin de limiter les coûts) et par leurs statuts précaires qui les assignent à une position encore plus basse, créant ainsi une asymétrie davantage profonde.

5.1.2. CARACTÉRISTIQUES DU SUIVI

Les caractéristiques du suivi se modifient lorsque les patients sont migrants par rapport à la prise en charge d'une population locale. Voici celles citées par les professionnels de la santé interrogés :

- Dans sa pratique de logopédiste, Laura affirme qu'il n'est pas judicieux de suivre l'enfant exclusivement, sans s'intéresser à la famille : « *L5. (...) on apprend le français à la maman, au petit frère qui traîne là* ». Laura et Jacques d'ailleurs suivent des familles « à la maison ».
- Le pédopsychiatre interrogé, Jacques, explique que dans sa pratique, la caractéristique centrale qui différencie ces familles migrantes des familles suisses est que la demande ne vient pas directement d'elles : ce sont généralement l'école ou les services sociaux qui s'en sont chargés. Ainsi, « *J29. (...) ils viennent un peu à reculons* ».
- Une caractéristique spécifique de la prise en charge de personnes requérantes d'asile est l'influence de l'asile : Michel mentionne le fait que l'asile a beaucoup évolué suite au Printemps arabe, les situations dites problématiques s'amplifiant (violence, petite criminalité). Il affirme que cela se ressent dans le monde médical : « *M40. (...) Des gens agressifs, mécontents, qui, qui, qui sont pas polis, qui respectent pas + qui volent dans les pharmacies hein, et puis après les pharmaciens ne veulent plus les recevoir hein.* ».
- Essentielle dans le cadre de l'asile, une autre caractéristique évoquée par Ibrahim, l'infirmier, doit toujours être gardée à l'esprit : la procédure d'asile peut amener les individus à arranger la réalité afin que leur histoire soit vraisemblable et puisse ainsi être recevable pour la demande d'asile. Le requérant d'asile s'imaginant que « *I48. (...) le médecin étant européen, étant blanc, il est aussi dans le système, il est mélangé avec la police + que ce qu'il va dire, ce sera dit à la police.* », il n'évoque alors pas forcément la réalité au professionnel de la santé : il lui raconte des faits qui collent avec le récit qu'il a exprimé à l'Office fédéral des migrations (ODM). Ibrahim en note deux

conséquences : (1) une mauvaise prise en charge due à ces « dissimulations » ; (2) pour les professionnels qui reçoivent le démenti après l'enquête réalisée par l'ODM, une méfiance envers tous les requérants d'asile s'installe gentiment. Cette caractéristique soulignée par Ibrahim démontre un décalage de représentations entre le rapport des Suisses à leur médecin (rapport établi et attendu) et le rapport de requérants d'asile à leur médecin (caractérisé par une double méfiance : de la part des requérants et des professionnels de la santé).

5.1.3. ENTRE POUVOIR ET HUMANITÉ, L'USAGE AMBIVALENT DU POUVOIR MÉDICAL

A cause du statut spécifique de requérant d'asile, l'implication des professionnels n'est pas la même que pour des patients dits ordinaires. Eddy parle de son médecin qui a beaucoup œuvré pour son bien-être : il a notamment averti l'Office fédéral des migrations de son incapacité à travailler et il a accéléré la procédure afin d'obtenir un appartement – il a écrit une lettre à l'Association jurassienne d'accueil des migrants, qui deux jours après lui fournissait un logement individuel. Son médecin a également rendu possible la participation d'une partie de sa famille à un traitement – qui malheureusement a échoué quelques mois après. Eddy se sent endetté auprès d'un autre professionnel qui l'a beaucoup soutenu, et affirme qu'il ferait tout pour celui-ci.

Du côté de l'interprète et des professionnels, plusieurs éléments sont mis en avant. Ibrahim témoigne d'une détresse alarmante :

136. (...) Alors, mais il y a des gens qui étaient contents parce qu'ils avaient la tuberculose, parce qu'ils pouvaient rester, parce que sinon ils seraient renvoyés. Oui. Bon j'ai entendu dire qu'il y a eu des gens qui ont essayé de s'infecter pour qu'ils puissent rester.

Noam et Michel notent les enjeux relatifs à la psychiatrie. Jacques se remémore d'ailleurs une situation pour laquelle il avait dû établir des rapports médicaux pour l'Office fédéral des migrations (ODM) « J12. (...) parce qu'il y avait quand même, il y avait des menaces je crois de retour au pays, je sais plus laquelle. ». Il dit pourtant ne pas savoir le poids que détiennent les professionnels de la santé dans ce genre de situations. Ceux-ci peuvent donc se trouver dans une position délicate, puisque les autorités utilisent régulièrement les certificats médicaux pour décider d'une situation : les praticiens peuvent détenir entre leurs mains le pouvoir de décider du renvoi ou de l'octroi d'un permis de séjour d'un demandeur d'asile.

Ce phénomène est ce que Fassin (2005) appelle la nouvelle montée de la raison humanitaire. Selon lui, la maladie devient la raison principale d'accueil des migrants, dans un contexte de méfiance politique à leur égard. Ainsi, le pouvoir politique de décider si oui ou non un requérant d'asile peut rester dans le pays d'accueil se déplace historiquement du domaine du politique au domaine du médical, faisant peser une lourde responsabilité sur les professionnels de la santé et demande aux migrants de surinvestir leur rôle de malade. Dans cette logique, « la menace qui pèse sur sa vie physique [de migrant malade] devient sa raison politique de vivre. » (p.392). Métraux, en 2005, se questionne : « Devenir les greffiers des juristes ne nuit-il pas à la noblesse de nos titres ? Condamner

le patient à rester malade pour éviter le renvoi ne nous transforme-t-il pas en jeteurs de mauvais sorts ? » (p.22). Trouver le juste équilibre entre soignant et représentant d'un système social n'est pas commode pour le professionnel : il doit composer avec ces deux étiquettes (Durieux-Paillard, Dominicé Dao & Junod Perron, 2007). Ces auteurs parlent de médicalisation de la procédure d'asile induite par les instances fédérales, et en mesurent les conséquences : les patients sollicitent davantage le monde médical afin d'obtenir des certificats médicaux pour leur procédure mais aussi pour obtenir des « privilèges » tels qu'un changement de logement ou un regroupement familial – comme pour le cas d'Eddy. Durieux-Paillard et ses collègues affirment qu'

il s'agit alors d'une médecine du dernier recours pour ces individus dont les conditions de vie postmigratoires, marquées par l'isolement social, la discrimination, les difficultés à intégrer le monde du travail et l'incertitude par rapport à l'avenir, favorisent la médicalisation de la souffrance. (p.2169)

5.1.4. DU STATUT DE REQUÉRANTS D'ASILE À SES EFFETS

Les effets directs et indirects du statut de requérants d'asile occupent une place importante dans les dires des sujets ; ils sont tous liés à la précarité du statut, ce qui est une cause majeure de détresse et de vulnérabilité.

Adriano note le danger d'être mal alimenté – occasionné par le peu d'argent qu'il perçoit – puisque son traitement médicamenteux est lourd. Eddy, lui, évoque l'attente d'une réponse quant à la demande d'asile :

IR73. (...) Et ça, ça pèse sur le moral ?

E73. Ah ouais. C'est vraiment, c'est difficile, ça casse complètement, ça casse. Tu attends quelque chose et puis il y a pas réponse. Même si ils ont réponse, le négative, ça change encore quelque chose, alors tu as réponse négative, alors deuxième chose tu penses faire quelque chose. Mais il n'y a pas la réponse.

Quant aux professionnels de la santé, tous témoignent de ces effets du statut. Un exemple d'un adolescent de quatorze ans est raconté par Laura, la logopédiste :

L3. (...) Là c'est très difficile, chaque année ils doivent, ils ne sont pas sûrs de pouvoir rester alors par contre je sais plus si c'est F ou, oui ça je sais plus + je sais plus. Là c'est délicat je trouve alors, parce qu'on a un enfant extrêmement angoissé, stressé, qui a peur de devoir repartir là-bas.

Comme le mentionne Ibrahim : « I40. (...) + il y a beaucoup de, de maladies ou bien de, qui doivent être liées du fait qu'ils sont requérants d'asile ». L'infirmier ajoute qu'un projet migratoire échoué peut provoquer des effets sur la santé mentale :

I19. (...) parce que la plupart des, des requérants d'asile, ils sont déprimés parce qu'ils ne trouvent pas de travail, ils sont venus, ils ont quitté leur pays, ils ont peut-être tout vendu, ou

bien leurs parents se sont empruntés pour pouvoir payer le voyage, en attendant que, que la personne rembourse quand elle sera ici, en Europe. Et puis arrivé ici, il trouve pas de travail, alors il est complètement déprimé.

Michel, quant à lui, relève « M19. (...) les problèmes psychologiques dus à leurs situations », alors que Jacques pointe du doigt l'insécurité induite par plusieurs types de permis.

La discrimination imputable au type de permis aurait pu faire partie de cette section-ci, mais je l'ai délibérément assignée à la section satisfaction de la relation. En dehors des enjeux de représentations, la détresse physique et psychique est causée par les conditions structurelles dans lesquelles doivent vivre le demandeur d'asile, ce qui 1) détermine les causes de la consultation des migrants et 2) structure la rencontre migrant-professionnel.

5.2. INTERACTION ENTRE UN PATIENT REQUÉRANT D'ASILE ET UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

La relation entre le patient et le professionnel de la santé est une composante essentielle dans la prise en charge. La problématique de la langue et des interprètes communautaires a été soulevée par les sujets de la présente recherche. De même, la satisfaction de la relation constitue une grande part de leurs discours.

5.2.1. LANGUE ET INTERPRÈTES COMMUNAUTAIRES

La langue est un élément central dans une consultation médicale impliquant deux personnes d'origines diverses. Michel, le généraliste, affirme que les incompréhensions dues à la langue peuvent se produire, auquel cas il renvoie le demandeur d'asile et demande à l'Association jurassienne d'accueil des migrants (AJAM) de mettre à disposition un interprète communautaire pour un prochain rendez-vous. Les deux personnes non-francophones interrogées, Tisha et Eddy, se mettent d'accord sur un point : apprendre le français est essentiel pour pouvoir discuter directement avec les professionnels de la santé. Cet élément les a motivés dans leur apprentissage de la langue de Molière. Michel dit pourtant que même si les migrants apprennent le français, ils restent limités dans leurs possibilités d'expression. Ces moyens limités peuvent notamment affecter la consultation médicale. D'ailleurs, l'entretien réalisé avec Tisha (répliques très courtes, vocabulaire assez pauvre) questionne sa capacité à pouvoir s'exprimer comme elle le souhaiterait. Michel ajoute qu'il ne sait pas « M9. (...) s'il y a des termes appropriés dans toutes les langues pour tout hein ». Au-delà de la langue, cette citation renvoie précisément aux différences de représentations de la maladie entre cultures, alors que visiblement le généraliste ne s'en rend pas compte.

Tisha donne son point de vue quant à la présence d'interprètes : « T140. (...) c'est mieux parce que toujours avec interprète, c'est pas bien. C'est pas ++ arrive quand vous voulez. Pour moi, quand parler moi, c'est mieux parce qu'il comprend beaucoup. C'est très mieux pour moi sans l'interprète. ». Elle justifie son avis en affirmant qu'avec un interprète, le rapport n'est pas direct et qu'il manque ainsi

« quelque chose » : ce « quelque chose » peut être très important puisqu'il peut être le centre de la relation thérapeutique fructueuse. Elle ajoute qu'avec cette présence tierce, « T142. (...) *C'est pas comment vous voulez moi* ». Noam, l'interprète interviewé, amène une potentielle réponse à cette surprenante contrariété : d'après ses dires, le professionnel a régulièrement tendance à oublier le patient lorsqu'un interprète est présent. Il s'intéresse à des aspects qui ne concernent pas directement son patient et privilégie une discussion directe avec l'interprète. La relation migrant-thérapeute, telle que décrite ici, ne rencontre pas les critères d'une interaction authentique telle que proposée par Métraux.

Que pense Noam de la perception de son rôle d'interprète par les requérants d'asile ?

N62. +++ Pour un asile, heu oui +++ oui ils demandent plus que la traduction, ça c'est sûr, mais ++ mais eux, ils savent qu'ils ont pas d'autres choix par rapport, ils ont pas d'autres moyens + heu sauf d'avoir un traducteur avec eux, ça ils sont convaincus, ils posent pas de questions. Ils s'habituent.

A propos des professionnels, Noam relève trois points essentiels : (1) le dialogue n'étant pas direct, certains professionnels se cachent derrière cet aspect pour excuser le manque de confiance entre lui et son patient, (2) les psychiatres et psychologues sont convaincus que d'avoir un interprète est la meilleure solution pour eux, (3) la plupart des professionnels n'ont pas saisi le sens de l'interprétariat puisque la plupart n'ont pas suivi une formation.

L'interprète communautaire interrogé dit partager sa fonction en trois-quarts pour le patient et un quart pour le professionnel dans une consultation médicale ou psychologique. En effet, il doit souvent informer ce dernier sur l'asile et sa procédure, mais également sur le fonctionnement de la Suisse. Il dénonce d'ailleurs le fait que beaucoup de professionnels de la santé étrangers travaillent dans le canton, principalement dans le domaine psychiatrique/psychologique. Il dit que ces professionnels ne sont eux-mêmes pas intégrés à la société suisse, la méconnaissant et pouvant ainsi faire des erreurs. Les professionnels étrangers sont également dénoncés par l'infirmier, Ibrahim : j'y reviens plus tard. Remettre pourtant dans un contexte politique plus large cette problématique semble nécessaire : on peut attribuer cette présence de professionnels étrangers à la pénurie de personnel soignant en Suisse et à la délégation des soins du care aux (femmes) migrantes.

La langue parlée n'est pas la seule source d'incompréhension entre un professionnel de la santé et son patient. De manière plus générale, Jacques évoque le niveau d'éducation : « J22. (...) *les parents n'ont souvent pas un niveau heu ++ heu socioculturel élevé, ils ont souvent pas été instruits, enfin je veux dire on +++ y'a des parents, ils comprennent rien de ce que vous leur dites.* ». Tout comme pour la langue, ici aussi, il peut s'agir d'une question de décalage de représentations de la maladie. Le pédopsychiatre l'attribue pourtant à ce qu'il connaît, le niveau socio-culturel.

5.2.2. SATISFACTION DES RELATIONS

Adriano, Eddy et Tisha sont tous les trois satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leurs médecins respectifs. Eddy confie même : « *E32. (...) On a grandi ensemble à peu près, dix ans il travaille avec moi, il connaît toute ma histoire et puis comme ça. Il est allé [au pays], il a discuté avec mon parent. ++* ». Plus qu'une bonne communication, une relation humaine envahie de reconnaissance s'est créée entre Eddy et son médecin généraliste. Ceci démontre le bien-fondé du cadre d'analyse de Jean-Claude Métraux puisqu'Eddy n'éprouve aucune méfiance vis-à-vis de son praticien. Tisha, quant à elle, dit que les sages-femmes étaient « *T41. (...) très bien, très gentilles* ». D'après Bischoff (2003), la satisfaction des patients est une mesure reconnue pour évaluer l'efficacité de la communication entre le patient et le soignant. Si l'on croit les trois témoignages ci-dessus, la communication se révèle être satisfaisante pour les anciens requérants d'asile questionnés. Pourtant, Bischoff relève que plusieurs études soutiennent le fait que les patients allophones sont moins satisfaits des soins prodigués que les autres patients. Le fait que Tisha et Eddy parlent un peu français peut expliquer la différence de satisfaction ressentie.

Au contraire de la satisfaction vis-à-vis de son médecin, Eddy dénonce le travail de certaines infirmières. Il se remémore deux expériences qu'il a vécues : (1) elles oublièrent parfois de lui donner ses médicaments, (2) alors qu'il ne pouvait se mouvoir et avait des nausées, il a appelé une infirmière qui est arrivée trente minutes plus tard : évidemment, il avait vomi dans son lit et elle s'est montrée exaspérée. De manière générale, Eddy confie l'effet que peut avoir le statut de requérant d'asile :

E95. (...) Avec les infirmières toujours il y a les problèmes.

IR96. Elles vous écoutent pas, ou ?

E96. Non parce que tu es le demandeur d'asile.

IR97. À cause du statut ?

E97. Mmh mmh.

IR98. Ouais, c'est pas parce que vous êtes une personne malade ou comme ça ?

E98. Non non, c'est pas ça. Parce que il sait tu es demandeur d'asile.

IR99. Alors ça passe au second plan ?

E99. Oui.

Cet exemple ne fait malheureusement pas figure d'exception. Bintou évoque également la méchanceté de certains professionnels de la santé – notamment de médecins psychiatres étrangers – méchanceté qu'elle attribue à son statut précaire. Noam, quant à lui, dénonce l'attente infligée aux demandeurs d'asile par certains médecins généralistes dans les salles prévues à cet effet, puisque la clientèle suisse est toujours prise avant eux. Il parle de plusieurs heures de suite. Ibrahim évoque lui le fait que des médecins généralistes sont réticents à la prise en charge de demandeurs d'asile. La cause ? « *I23. (...) parce qu'il ne veut pas qu'il y ait d'étrangers dans son cabinet sinon ils vont faire partir sa clientèle suisse.* ».

Se demander si une relation de qualité est possible lorsqu'elle existe sous fond de méfiance et de discrimination conclut cette section.

5.3. REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE : SIMILITUDES FONDAMENTALES OU DIFFÉRENCES SIGNIFIANTES ?

Ce sous-chapitre s'attache à saisir les représentations de la santé et de la maladie de personnes requérantes d'asile, et à comprendre où se situent les similitudes et les différences de représentations avec les professionnels de la santé établis dans le canton du Jura. Mon hypothèse reflète la direction adoptée par l'anthropologie médicale : la maladie faisant « l'objet de représentations et d'un traitement spécifiques à chaque culture » (Fainzang, 1989, p.9), sa représentation par des personnes migrantes est alors teintée par leur culture d'origine.

5.3.1. REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE

Pour comprendre quelles sont les représentations de la santé et de la maladie des demandeurs d'asile ainsi que celles des professionnels de la santé, j'expose tout d'abord les définitions qu'ils font de leur propre maladie ou de la maladie en règle générale. J'analyse ensuite le regard porté sur les causes et les conséquences de ces pathologies, pour enfin m'intéresser à sa prise en charge. Leurs modèles explicatifs respectifs de la maladie peuvent alors être saisis. Afin de garantir l'anonymat de mes interlocuteurs, leurs maladies ne sont pas clairement explicitées dans le présent travail : tous les passages repris des entretiens sont ainsi modifiés (entre crochets) afin de respecter mon engagement.

5.3.1.1. DÉFINITION DE LA MALADIE

La définition que donne Adriano de sa maladie psychique s'est construite principalement à partir de celle établie par son médecin psychiatre : « A1. + *Et puis heu c'est une crise d'une maladie qui est heu les gens ici qualifient de [nom de sa maladie]. Mon médecin m'a dit que c'est la [nom de sa maladie]* ». Il spécifie à chaque fois que ce sont les dires de son médecin lorsqu'il définit sa maladie (ie six fois au cours de l'entretien) ; je lui demande alors son point de vue personnel : « A4. *Heu ++ d'après moi il a peut-être raison* ». Puis, en le questionnant sur le diagnostic en Afrique, voici sa réponse :

A5. Heu en Afrique, de toute façon ce genre de maladies sont pas perçues comme la [nom de sa maladie] c'est heu + voilà peut-être, mais c'est perçu comme de la folie. (...) Mais + [nom de sa maladie] heu je sais pas c'est des termes qui sont heu ++ rarement prononcés en Afrique.

Au début de l'entretien, il ne prend jamais véritablement position quant à la définition de sa pathologie. Pourtant, au fil de l'interaction, son opinion semble s'éclaircir. Ici, il explique comment cela se passe en Afrique, puis donne son avis :

A14. (...) ++ quand des gens ont des problèmes mentaux, ben les gens, ils se disent que c'est peut-être lié aux esprits, ++ donc les traitements sont parfois traditionnels. Mais bon moi je pense pas que je vais subir ce genre de traitements traditionnels parce que + moi je suis quand même conscient que c'est pas heu ++ c'est pas spirituel. Je suis conscient que c'est

une maladie qui est mentale, et puis c'est neurologique, c'est + c'est ++ au niveau des nerfs, c'est au niveau du cerveau.

Il opte alors pour une définition teintée par le modèle biomédical. L'éclaircissement de sa position est-il dû à notre interaction ? Est-ce qu'un biais de désirabilité sociale peut être envisagé ?

Souffrant d'une maladie physique, Eddy la définit comme le modèle biomédical pourrait le faire : un dysfonctionnement s'opère dans son corps. Le diagnostic de sa maladie remonte à l'année 2006. Eddy dit évoquer très rarement sa pathologie : « E87. (...) *Je n'aime pas discuter. Je suis personne comme ça. Mon ++ mon problème médical, toujours je cache dans le moi, ça c'est pour moi.* ». Sa raison est

E120. (...) parce que personnellement je n'aime pas, pas du tout que quelqu'un m'a dit ah il est malade, aidez-lui. Je déteste cette phrase. + Je n'aime pas ça. + Alors oui, je suis malade. Et alors ? Je avais deux bras, deux jambes, ça c'est déjà pas mal. C'est possible de faire pour moi quelque chose, je fais pour moi quelque chose.

La compassion ou la pitié sont des sentiments qu'il réfute. Même s'il se sent malade, il ne veut pourtant pas que ce soit la première chose qui transparaisse lorsqu'on le rencontre. Plus tard dans la discussion, il évoque également la peur d'être rejeté par les autres s'ils connaissent l'existence de sa maladie. Une expérience avec une jeune femme en est probablement la cause : il entretenait un début de relation sentimentale avec celle-ci lorsqu'il lui annonça sa pathologie. Quelques jours après, elle mettait fin à leur histoire. Ce paragraphe démontre que la dimension sociale de la maladie (*sickness*) est déterminante dans la manière dont Eddy pense sa pathologie.

Lorsque je sou mets ma consigne de départ¹⁷ à Tisha, voici sa réponse : « T2. *Moi toujours malade heu mais maintenant, oui, c'est mieux car toujours aller pour le + docteur.* ». Tisha a des problèmes de santé au niveau de la thyroïde et elle manque de fer :

IR106. (...) vous, vous sentez heu en bonne santé ou pas vraiment en bonne santé ?

T106. *Maintenant ?*

IR107. Oui.

T107. *Comme ci, comme ça. C'est pas beaucoup.*

IR108. Pas très bonne santé.

T108. *Non.*

IR109. C'est à cause de quoi ?

T109. *Je sais pas, c'est peut-être un problème de fer, aussi j'ai la thyroïde, comme ça. Toujours heu fatiguée, toujours mal.*

¹⁷ « Racontez-moi comment va votre santé ».

Cette section démontre que même si la définition de la maladie est différente dans d'autres cultures (la folie par exemple), le contact avec le discours dominant biomédical transforme la représentation des migrants et ces derniers l'intègrent. De même, comme déjà évoqué, le modèle biomédical, dominant le monde occidental, gagne en l'importance également partout ailleurs : la médecine allopathique peut exister dans les pays d'origine de ces migrants. De la sorte, il existe des représentations déjà mixtes au pays d'origine, vacillantes entre médecine dite moderne et médecine traditionnelle. Ibrahim, l'infirmier, évoque d'ailleurs cet aspect dans son entretien. La mondialisation décrite lors de la contextualisation de la problématique joue un rôle primordial dans l'importance grandissante du modèle biomédical.

Ces malades expérimentent donc bien le fait que recevoir un diagnostic (*disease*) transforme la perception de son vécu personnel de malade (*illness*) et ses relations sociales (*sickness* – perte de la relation sentimentale, par exemple), ce qui n'est pas typique des migrants. En revanche les conséquences sociales peuvent être structurées par le contexte de migration, par exemple en rejetant davantage ces requérants d'asile à cause de leur pathologie. L'effet social du diagnostic est d'autant plus grand pour les personnes précaires.

5.3.1.2. L'ÉTILOGIE

De manière générale, Adriano considère sa maladie comme faisant partie de son destin. Il dit qu'il n'a pas d'autres choix que de l'accepter et utilise à plusieurs reprises l'expression « advienne que pourra ». Toute une série de causes sont pourtant selon lui l'origine de sa maladie : un choc émotionnel, la consommation d'alcool et de cannabis, le climat, les gènes, la neurologie. En le questionnant sur sa représentation de l'apparition de sa maladie, je lui demande :

IR25. Mmh mmh. +++++ Est-ce que vous pensez que si vous étiez resté en Afrique, dans votre pays, ces crises se seraient déclenchées aussi ?

A25. Heu je pense pas, non. Je pense que si j'étais resté en Afrique, je n'aurais pas eu ce genre de crises. Et puis ce genre de crises me sont arrivées ici en Europe, mais en Afrique je pense pas que j'aurais eu.

Pour ce qui est de la cause de sa pathologie, Eddy n'est pas très bavard. Il confie que son médecin ne sait pas d'où elle vient, et lui n'a pas d'explication propre. Comme il souffrait déjà au pays, il dit simplement que les médicaments que les praticiens de son pays lui ont donnés a dégradé son état. Tisha, elle non plus, signale que ni elle, ni son médecin n'ont d'explications. N'ose-t-elle pas se prononcer par méfiance ? Se repose-t-elle entièrement sur les dires de son médecin ? Est-ce que le manque de vocabulaire qui l'empêche de s'exprimer plus en profondeur ?

En 2011, Maier et Straub se sont penchés dans le cadre d'une recherche sur les conceptions de l'origine de la maladie de migrants traumatisés. Les résultats ont démontré que la majorité des participants ont exprimé plusieurs idées et que les explications simples ou monocausales n'ont pas été prévalentes. Ils ont relevé quatre catégories principales relatives à l'étiologie de la maladie : le

concept scientifique et technique (la majorité de leurs sujets) ; le concept chronologique ; la déprivation socioculturelle ; la faute/culpabilité personnelle. Il est intéressant de mettre en lien les sujets de la présente recherche avec ces catégories : Adriano et Eddy ont une vision scientifique et technique ; Adriano signale le concept chronologique ; personne n'évoque la déprivation socioculturelle et la faute/culpabilité personnelle. Adriano et Eddy remarquent cependant que leurs conditions de vie actuelles en Suisse ne les aident pas dans leur combat contre la maladie. Maier et Straub se sont également intéressés à l'attribution de la souffrance : est-elle due aux traumatismes passés ou aux conditions de vie actuelles ? Adriano se positionne clairement du côté des conditions actuelles. Eddy et Tisha n'abordent pas cette question.

5.3.1.3. LES CONSÉQUENCES

Tout au long de l'entretien, Adriano cite les impacts qu'a sa maladie sur sa vie sentimentale, sa vie familiale et sa vie professionnelle. Voici quelques extraits : « A5. (...) j'ai réalisé par moi-même que c'était quasiment impossible pour moi d'avoir une relation amoureuse avec une fille, ayant ces problèmes. », « A5. (...) d'après le médecin, si génétiquement je suis malade, c'est + c'est certain que si je dois fonder une famille, ces gènes-là peuvent être transmis aux enfants aussi. (...) Donc sentimentalement j'ai plus l'intention de fonder une famille. », « A30. (...) ce manque de stabilité, ça m'empêche de pouvoir assumer une vie professionnelle, donc travailler professionnellement ce serait difficile pour moi, très difficile. ». Son entourage amical également en est touché : « A34. (...) je suis tout seul, j'ai presque personne autour de moi, j'ai des amis mais ils me prennent pas au sérieux parce que pour eux je suis un malade mental. ». La solitude due à son statut – élément beaucoup évoqué par les anciens demandeurs d'asile – est encore exaspérée par celle due à la maladie – comme noté précédemment, le contexte migratoire peut structurer les conséquences sociales. Lorsqu'à la fin de l'entretien je lui demande s'il aimerait ajouter quelque chose, voici sa réponse :

A36. (...) Quand on souffre d'une maladie psychiatrique, c'est un enfer. On est pas libre heu + on ne perçoit pas la vie comme tout le monde, et on profite pas de la vie comme tout le monde. On vit pas comme tout le monde.

Eddy mentionne les effets qu'a sa maladie sur son poids – il est beaucoup plus mince que les hommes de sa famille – et sur son énergie – qui se dégrade. Les impacts sur sa vie professionnelle font également partie de son discours :

E48. (...) Je travaillais six mois, je travaillais après ++ je sentais pas bien, je hospitalisais, ils ont réglé un peu. Après je sortis et puis le médecin il a écrit une lettre pour la, à Berne, et puis pour le canton, d'arrêter le travail.

Son manque d'activité professionnelle est difficile pour lui, puisqu'il dit avoir toujours travaillé auparavant. Un autre impact essentiel doit être mentionné : l'obligation de rester en Suisse.

IR58. Mmh mmh + parce que vous voyez votre avenir ici ?

E58. *Ouais. Ouais à cause de ma maladie, je dois rester.*

IR59. Mais c'est seulement à cause de la maladie ?

E59. *Mmh mmh, seulement ça.*

IR60. Parce que si vous aviez pas la maladie, vous

E60. *Même jour, même jour.*

Les effets des problèmes de santé de Tisha sont la fatigue et la douleur ; elle n'est pas plus bavarde à ce sujet. Les mêmes interrogations évoquées précédemment peuvent se trouver à nouveau ici.

5.3.1.4. LA PRISE EN CHARGE

Cette section s'attache à saisir les potentielles différences de prise en charge. Lorsque j'interroge Adriano sur son traitement, il semble beaucoup hésiter entre les avantages et les inconvénients de celui qu'il suit actuellement :

A7. (...) le traitement psychiatrique ici, c'est un traitement aussi qui heu, d'un côté ça me permet de peut-être pas avoir de crises mais de l'autre ça me, ça me bousille la vie heu ++ mentalement je suis un peu stable, mais pas vraiment que ça m'empêche de faire de crises mais ça me permet pas de vivre heu une vie normale ++ parce que je suis déphasé quelques fois, déphasé. Je suis heu physiquement fatigué et j'ai des douleurs musculaires, j'ai des douleurs articulaires, et puis j'ai de la peine à avoir une nuit de sommeil paisible.

Cette ambivalence face au traitement se retrouve tout au long de son entretien, alors qu'il considère son traitement actuel comme le meilleur. Il répète également à maintes reprises sa peur du retour¹⁸ au pays puisqu'il ne percevra certainement plus de traitement : « A1. (...) je sais pas comment je vais faire pour lutter contre la maladie. ». Pourtant, lorsqu'il sera auprès des siens, il affirme faire tout son possible pour éviter les crises : « A14. (...) Je fais en sorte que ça puisse pas arriver, donc heu pas boire de l'alcool, pas de fumer des joints ++ et puis heu, de vivre sainement, si possible. ». Ses crises au pays sont une de ses préoccupations majeures : il l'évoque à six reprises. Il espère pourtant que son retour s'accompagnera par un retour à la santé :

A7. (...) Je suis en train de me dire que si je rentre, le fait qu'il y aura peut-être ma famille, que je suis pas tout seul, et puis que heu +++++ je retrouve un peu mes amis d'enfance que j'ai connu, je retrouve un peu heu un autre climat, peut-être que ça va jouer un rôle et me permettre un peu de heu de retrouver ma santé.

Deux hypothèses peuvent être émises : (1) il peut associer l'Europe à la maladie et l'Afrique à la santé ; ainsi, son retour lui permettrait de devenir à nouveau l'homme en bonne santé qu'il était avant sa trajectoire migratoire ; (2) un parallèle peut être établi avec les parents qui souhaitent renvoyer au

¹⁸ Afin d'alléger le texte, je parle de retour au pays mais il faut le considérer également comme une nouvelle migration, et donc un nouveau départ.

pays leurs enfants dits difficiles ; Jacques l'interprétait comme une auto-exclusion – l'individu s'exclut lui-même plutôt que de la subir, ici par la société. Adriano a peut-être également ce fantasme : s'en aller avant que les autorités suisses le renvoient.

Cité auparavant, Eddy affirme que la médication prescrite par les médecins de son pays ont aggravé son problème de santé. Il a en effet beaucoup consulté de praticiens « E22. (...) comme ici » au pays avant son arrivée en Suisse. Le système de santé là-bas est payant et il dit « E108. chez nous je payais beaucoup pour le médecin. Mais chaque médecin ils ont répondu le différent et puis chacun donné son médicament, quelque chose comme ça, mais le résultat c'est rien changé, pour moi c'est rien changé. ». Il confie alors avoir perdu confiance en les professionnels de son pays, et affirme même :

E119. (...) Je demande pas jamais une aide un médecin [au pays] parce qu'ils ont volé mon vie là-bas. Vraiment ils ont volé ça. J'ai perdu. + Si au premier jour ils m'ont répondu alors on comprend pas, pour trouver l'autre médecin. Alors je suis peut-être vingt années passées ici.

Dans son pays, il existe bel et bien une médecine traditionnelle mais Eddy note qu' « eux » – sa famille ? la majorité des gens de son pays ? – ne l'utilisent pas :

E25. (...) C'est beaucoup mieux, si tu paies le médecin traditionnel, c'est beaucoup mieux tu parti un autre pays dans un autre pays, parce que pas beaucoup de différent, médecine dans le hôpital et puis l'autre le médecin, comment on dit ça, traditionnel. Pas beaucoup de différent pour l'argent.

Pour Tisha, le traitement pour son manque de fer se fait par injections. Elle a également utilisé ses propres moyens et représentations pour essayer d'améliorer son taux de fer : elle a mangé du foie puisqu'elle pense qu'il contient une grande quantité de fer. Elle dit pourtant ne pas apprécier cet aliment. Une partie de l'entretien avec Tisha se concentre sur ses deux accouchements. Partie de son pays d'origine situé en Afrique du Nord, elle s'est établie pendant une année dans un pays de transition avant de parvenir jusqu'à la Suisse. Lors de son passage dans ce pays de transition, à majorité musulmane, elle a donné naissance à son premier enfant. Le deuxième est né en Suisse. Dans l'interaction qui suit, je la questionne sur les différences de prise en charge :

IR28. Et puis heu +++ Donc vous avez accouché une fois [dans le pays de transition] et une fois ici ?

T28. Oui.

IR29. Et il y avait beaucoup de différences ?

T29. Oui, beaucoup (rire).

IR30. Vous pouvez me raconter ?

T30. Pour heu + [le pays de transition], c'est pas les même origines, les Muslims. Moi chrétienne, c'est difficile toujours il fait comme ça pour aller pour l'hôpital aussi (elle parcourt un cercle autour de son visage), c'est peur, la peur.

IR31. Vous devez porter le voile ?

T31. Oui parce que les Muslims, toujours il fait comme ça. Chez nous, c'est pas + habituel pour ça. C'est très difficile.

Lorsque je lui demande d'évoquer les différences de prises en charge, Tisha ne parle pas spontanément de celle liées au monde médical mais plutôt au monde environnant, en mentionnant ici le port du voile. La seule différence qu'elle souligne sont les contrôles durant la grossesse : dans le pays musulman, il en existait peu, contrairement à la Suisse. Tisha semble satisfaite de la prise en charge qu'elle a reçue lors de son accouchement ici en Suisse : elle évoque principalement les contrôles, pour elle et son enfant. Quand je lui demande où elle a préféré accoucher, elle répond « *T39. Beaucoup de différences* ».

Ayant grandi dans des conditions particulières et très précaires¹⁹, je lui demande comment se passe la prise en charge de la santé et de la maladie dans son pays d'origine. Voici sa réponse :

T93. Offf beaucoup personnes mortes [là-bas]. Non médicaments.

IR94. Il n'y a pas de docteurs ?

T94. Non, rien.

IR95. Mais il y a des gens qui connaissent des choses ? Et est-ce qu'il y a, par exemple si on a mal au cou ?

T95. Non il y a pas de médicaments. Seulement c'est que, pour le bois²⁰, pour le manger, c'est trouver. Sinon c'est + pour les médicaments, il y a pas.

IR96. Seulement pour manger et puis heu

T96. Ouais, il y a pas. Beaucoup personnes est mortes [là-bas].

Dans sa vie, Tisha est passée par trois mondes incroyablement différents au niveau de la santé : son pays d'origine où la « sélection naturelle » règne ; le pays de transition qui est davantage préoccupé par ses valeurs religieuses plutôt que par la santé de ses habitants ; et finalement la Suisse, qui offre une prise en charge surmédicalisée et individuelle.

La médecine traditionnelle est-elle régulièrement évoquée lors de consultations médicales ? Le médecin généraliste Michel répond par la négative : de rares Africains ont mentionné un guérisseur. Par contre, Noam dit qu'il existe encore des personnes qui croient en leur médecine traditionnelle. D'ailleurs, il rappelle que le Jura est un canton qui utilise encore beaucoup le secret ou le pendule : « *N90. (...) Ah les Jurassiens c'est des vrais paysans de ce côté, moi je les appelle paysan pour dire*

¹⁹ Je ne peux les citer pour des questions d'anonymat. Dans l'interaction qui suit, [là-bas] reprend ces conditions spéciales.

²⁰ Boire/boisson

sympa, mais c'est vrai que c'est, caractère traditionnel ils sont forts hein, on le voit. ». Cette remarque permet de se décentrer : les migrants ne sont pas les seules personnes qui croient ou utilisent la médecine traditionnelle. Pour revenir aux requérants d'asile, Noam mentionne que lors de consultations médicales, les individus n'évoquent pas leurs propres représentations. Au cours des vingt années où il a travaillé dans le canton du Jura, il n'a rencontré personne expliciter au professionnel la prise en charge dans son propre pays ou sa propre culture. Pourquoi alors ne pas en parler ? « *N44. (...) il sait, parce que le moment qu'il va chez le médecin, il sait c'est la dernière porte.* ». Il insiste sur cet aspect plusieurs fois au cours de l'entretien : la personne requérante d'asile n'a pas d'autres choix que d'aller chez le généraliste, c'est « *N44. (...) son dernier recours* ».

La médecine traditionnelle est également un aspect étudié dans la recherche de Maier et Straub (2011). Leurs résultats ont démontré que la plupart des participants connaissent la médecine traditionnelle de leur pays d'origine, mais peu croient en elle. Ils ne l'ont d'ailleurs jamais utilisée. Dans un monde globalisé, où la biomédecine est la référence d'efficacité à un niveau mondial, les participants s'en remettent entièrement à la médecine occidentale et ont confiance en elle. Un biais pour cette étude peut être soulevé : les sujets ont pu être réticents à évoquer leurs contacts avec la médecine traditionnelle puisque les chercheurs étaient également leurs médecins.

Ayant perdu son crédit pour les médecins de son pays d'origine, Eddy valorise la médecine pratiquée en Europe : « *E26. Oui parce que dans le Europe, pour le médical, ça va. Ça, c'est pas un problème. Facilement ils trouvent des problèmes et puis + ils sont honnêtes.* ». Il a donc fait instantanément confiance à son médecin suisse, ce qui est essentiel pour une bonne qualité relationnelle. Il évoque deux raisons : la langue française et la Croix-Rouge.

E111. (...) Parce que quand il nous parlé seulement le français, j'ai dit voilà, c'est un spécialiste. (...)

IR113. Ouais, et puis pourquoi vous lui avez fait plus confiance ?

E113. + Parce que c'est suisse. Chez nous j'ai entendu beaucoup de Croix-Rouge, c'est pour ça peut-être. Je trouve c'est peut-être, c'est ça qui m'a fait confiance, ici aussi. Quand je venu première fois chez médecin docteur Z, (...). J'ai pas besoin explications, je fais complètement confiance.

La valorisation de la médecine occidentale est un élément également soulevé par Michel, qui affirme d'ailleurs que cette valorisation a toujours été présente. Il ajoute que ses patients migrants « *M23. (...) font beaucoup plus confiance à, à notre médecine occidentale qu'à leur médecine traditionnelle.* ». D'ailleurs, cela engendre parfois des attentes que le généraliste qualifie d'irréalistes. Voici quelques situations que Michel a pu croiser dans sa pratique : une femme paralysée depuis son enfance qui pensait pouvoir remarcher, des femmes noires ayant des tâches plus ou moins pigmentées et souhaitant uniformiser le tout, des blessures suite à des accidents ou des événements de guerre qui ne peuvent être complètement guéries. A noter que le généraliste précise le caractère minoritaire de ces situations.

Les sections précédentes permettent de rendre compte des modèles explicatifs de la maladie des sujets de la présente étude. De manière générale, je souligne l'attache des requérants d'asile aux dires de leurs médecins respectifs. Les déshérités se conforment aux représentations de la santé et de la maladie des nantis, si l'on reprend les termes de Jean-Claude Métraux. Ce constat entre-t-il en collision avec mon hypothèse ? Rien n'est moins sûr. Comme le soulignent Ibrahim, Michel, Laura et Jacques, des divergences de représentations peuvent exister mais dans leurs pratiques respectives, il ne s'agit que de cas singuliers. La plupart du temps, ces différentes représentations ne transparaissent pas lors de consultations – ou plus justement, les professionnels ne les soulignent pas. En plus de l'hypothèse de la mixité des représentations au pays d'origine, d'autres peuvent s'ajouter :

1. Les individus qui migrent en Europe sont les individus les plus enclins au monde occidental et à ses représentations – sachant que 80% des migrants se déplacent dans des pays en développement (Amnesty International, juillet 2013).
2. Constaté que les individus autour de soi sont en bonne santé incite les requérants d'asile à avoir davantage confiance au système suisse. Ainsi, ils se conforment plus facilement à ce que le système attend d'eux, implicitement.
3. Dès leur arrivée en Suisse, tous les requérants d'asile ont affaire au moins à une reprise au système de santé suisse. Pour ce qui est du canton du Jura plus précisément, un représentant du monde médical fait un premier entretien avec chaque requérant, au plus tard une semaine après sa venue. Suite à cette entrevue, le professionnel de la santé décide s'il est nécessaire ou non de faire un contrôle plus important, et à partir de là, un rendez-vous est pris chez un médecin généraliste. Par conséquent, les personnes que j'ai sélectionnées et interrogées ont eu recours à plusieurs reprises aux institutions médicales. Elles ont été ainsi influencées par les représentations des praticiens, mais également par celles transmises implicitement à travers l'organisation du système médical. En effet, les professionnels de la santé ne sont pas uniques représentants du modèle biomédical : tout le système y est construit autour.
4. Kirmayer (2001) apporte également un potentiel élément de réponses : de par le setting médical qui induit un rapport inégal entre le professionnel de la santé et le patient, ce dernier a tendance à rester silencieux. Kirmayer spécifie le rapport qu'entretiennent précisément les migrants : les patients originaires de régions dominées et marginalisées par l'Occident ou qui ont connu le racisme vont trouver difficile ou dangereux de présenter leur propre point de vue quand il s'oppose au cadre du professionnel. Cela peut par ailleurs expliquer la passivité quant aux attentes de leur traitement qui a été remarquée par Maier et Straub (2011).

5.3.2. SIMILITUDES FONDAMENTALES VERSUS DIFFÉRENCES SIGNIFIANTES

Signaler à nouveau le concept de similitudes fondamentales de Jean-Claude Métraux fait sens dans cette section. Ce concept est un instrument au service du lien avec le patient, mais je l'utilise ici comme un concept analytique. Comme cité ultérieurement, « avoir besoin pour survivre de sens », « pouvoir créer du sens », « avoir des représentations » et « avoir un corps sensible à l'âge et aux maladies » sont des similitudes universelles que le praticien peut exposer afin de créer un monde commun entre lui et son patient. Il faut alors se demander s'il existe des similitudes universelles pour les représentations de la santé et de la maladie : la réponse s'orienterait vers le pôle négatif puisque chaque société a assigné une signification à toute similitude fondamentale. Ainsi, nous obtiendrions des différences signifiantes pour les représentations de la santé et de la maladie.

Le médecin généraliste interrogé, Michel, pense pourtant que la séparation du corps et de l'esprit est une similitude fondamentale, éventuellement plus marquée chez les Occidentaux. Il réfute toutefois l'idée que ces deux concepts soient entièrement dépendants : « *M30. (...) Je crois que c'est une caractéristique de l'être humain hein que le bien-être physique a son influence sur le bien être psychique.* ». Cette vision de la séparation du corps et de l'esprit en tant que similitude fondamentale ne peut être soutenue puisque ce clivage est une caractéristique du modèle biomédical (chapitre 3, section anthropologie médicale). Michel est ainsi imprégné par le modèle dominant. Noam, l'interprète, affirme lui aussi que dans les pays où est parlée sa langue maternelle, une séparation entre le corps et l'esprit est également de mise, même si le physique et le psychique sont liés.

Se concentrant sur l'aspect physique strict, Michel souligne la similitude fondamentale « avoir un corps sensible à l'âge et aux maladies », puis relève une différence signifiante :

M3. (...) Après du point de vue médical strict, c'est des gens comme tout le monde hein, qui ont leurs problèmes + ils ne sont pas forcément différents hein. Après ils ont une perception différente hein sur certaines choses hein.

IR4. Sur des maladies ?

M4. Sur certaines maladies hein. Mais qui est due à une autre culture hein, qui n'est pas propre aux demandeurs d'asile.

Cette différence signifiante (ie une perception différente de certaines maladies), il ne l'assigne pas uniquement aux personnes arrivées en Suisse par une demande d'asile, mais à tous les migrants, quels qu'ils soient. Cette remarque mérite d'être soulignée puisque les potentielles différences de représentations ne dépendent pas de la procédure par laquelle la personne est arrivée en Suisse mais de la culture d'origine. Cependant, il est important de relever que d'autres facteurs entrent en jeu dans la représentation de la santé et de la maladie (l'âge, le niveau d'éducation, etc.). A propos de la représentation de la maladie psychique, Jacques est également d'avis qu'il existe des différences signifiantes : « *J1. (...) et en plus dans certaines cultures, certains heu pays, enfin des pays d'où viennent ces enfants, la maladie psychique n'est peut-être pas vue comme ici en Suisse, en Occident* ». Le pédopsychiatre va plus loin que le généraliste et affirme :

J35. (...) déjà la représentation de la maladie mentale rien qu'en Suisse, j'ai envie de dire entre les différents cantons, c'est déjà très, très + com-, il faudrait presque s'y attacher aussi, d'avoir ce, c'est pas seulement que des fois ils veulent pas entendre, mais c'est que c'est une autre représentation par rapport à leurs valeurs familiales, à leurs valeurs culturelles.

Les différences signifiantes ne sont donc pas seulement dues à une expérience migratoire, mais peuvent être relevées au sein d'une même nation. Les professionnels de la santé sont donc conscients que les migrants ont des interprétations différentes, même s'ils peinent parfois à en tirer toutes les conséquences. Souvent, le mode d'interprétation différent est attribué au déficit de la langue ou au faible niveau culturel, plutôt qu'à une culture différente. Le modèle des déficits entendu par Métraux (2011) est alors de mise.

Alors qu'« avoir un corps sensible à l'âge et aux maladies » est universel, les perceptions de ce corps sont multiples et variées. Seul Michel mentionne cet aspect. Comme l'explique Bekker (2000, cité dans Lyons & Chamberlain, 2006), le corps est au centre des expériences de la santé et de la maladie. Il peut être pensé de différentes façons : Michel donne l'exemple de certaines personnes originaires des Balkans qui considèrent que le pied débute dans le bas du dos. Admettant sa méconnaissance quant à la cause de ces perceptions différentes du corps, il imagine pourtant que cela est dû à des problèmes de traduction ou un manque de termes appropriés dans la langue d'origine des personnes migrantes. Une fois encore, le modèle des déficits transparaît.

Les causes des maladies sont également sujettes à des différences. Pourtant, chercher une origine à sa maladie peut être considéré comme une similitude fondamentale puisque tout en chacun le fait. Par l'attribution d'une cause, l'individu cherche à donner sens à sa pathologie (« avoir besoin de sens pour survivre »). Ibrahim note que les causes diffèrent avant tout entre les patients et les praticiens, peu importe si migration il y a : « I16. (...) mais pour le malade, heu, lui il va chercher d'autres causes, d'autres origines de sa maladie. Que ce soit d'ailleurs physique ou bien psychique, c'est différent d'après, si c'est les soignants ou bien si c'est le malade. ». Cette citation illustre parfaitement les cadres conceptuels de l'anthropologie médicale et de la psychologie de la santé avec les modèles explicatifs de la maladie différents. Il ajoute que les causes élaborées par les patients, « I17. (...) Ça dépend de la culture, ça dépend dans quel milieu il a évolué, ça dépend des connaissances aussi, si il a été à l'école ». Michel évoque également ces modèles explicatifs, sans pourtant les nommer ainsi. Il donne l'exemple de certaines personnes persuadées d'avoir un cancer suite à un choc émotionnel. Il compare ensuite les croyances des requérants d'asile avec les croyances des autochtones : « M32. (...) Mais là je pense pas que le demandeur d'asile a des problèmes plus heu ++ il a peut-être d'autres croyances que la personne occidentale hein. Ça c'est bien possible, mais une croyance reste une croyance hein. ». Pour ce qui est des causes des pathologies, Michel conclut avec une citation : « M32. (...) Mais des croyances, il y en a partout hein. ». Comme évoqué précédemment, il ne s'agit pas d'une caractéristique propre aux demandeurs d'asile ou aux migrants ; il s'agit d'une similitude fondamentale que de trouver une cause à sa maladie afin que cette dernière puisse faire sens. J'ajouterais que l'utilisation par Michel du terme *croyance* implique un jugement de la part du

professionnel. Cela renvoie à la présentation du cadre conceptuel de la psychologie de la santé puisqu'elle hiérarchise la légitimité des modèles explicatifs.

Ibrahim souligne qu'en Afrique, les individus ne croient pas en une cause naturelle. Relever la généralité de son propos et ce qui suit me semble essentiel, mais les dires de l'infirmier permettent de saisir une différence de représentations de l'étiologie de la maladie. En effet, alors que pour les modèles traditionnels la cause est macro (la famille, la chance, le hasard, etc.), celle pour la biomédecine et l'Occident est micro (moléculaire, bactérienne, etc.).

A propos de la prise en charge, Laura souligne une similitude fondamentale²¹ :

L14. (...) tous ces parents-là, comme souvent les autres aussi, ils veulent tout faire pour que leurs enfants y arrivent, réussissent. Donc si on leur dit faut aller voir la logo faire, pour l'aider, pour parler ou pour écrire ou pour compter, il y a pas de soucis.

Jacques dit lui aussi que dans le cadre de sa pratique, les parents font leur possible pour améliorer le bien-être de l'enfant : ils acceptent notamment le traitement médicamenteux. Laura relève pourtant la difficulté lorsqu'est abordé le versant psychologique. Elle exemplifie ses propos en expliquant que certains parents de patient arrêtent brutalement leur suivi si la psychologie est envisagée. Elle relativise ses paroles et donne une explication quant au rapport à ce domaine précis :

L14. (...) Enfin voilà, il y a aussi des gens très collaborateurs et que ça n'effraie pas. Mais il y en a où vraiment, alors là on pourrait peut-être, sans faire de + j'ai l'impression que ça peut être aussi culturel ça, cette facilité à entrer dans ce qui est psychologique.

Laura et Ibrahim parlent tous deux du Kosovo. L'infirmier affirme que certaines personnes originaires des Balkans pensent qu'« *L15. (...) aller chez le psy, c'est aggraver sa maladie* » ; pour eux, l'imam est la seule personne qui puisse les aider à recouvrer la santé. Laura témoigne également d'une situation d'une maman originaire d'Afrique subsaharienne : « *L15. (...) quand j'avais parlé d'une psychologue olala, mais non, il n'est pas fou et elle l'avait très mal pris quoi.* ». La folie est à nouveau associée à la psychiatrie/psychologie. Jacques relativise ces exemples et affirme que tout le monde – migrant ou pas – « *J28. (...) est un peu allergique à ce mot hein* » : selon lui, il n'est pas évident de s'intéresser à son propre fonctionnement psychique. De même, il admet que certains patients ne savent pas exactement ce qu'est un psychologue/psychiatre, ils s'imaginent « *J21. (...) qu'on est un peu quelqu'un qui vous écoute, qui essaie de résoudre nos problèmes, qui nous aide* ». Autant pour l'imam que pour cette situation, le médecin est perçu comme un représentant du spirituel. Cela peut être une piste à creuser pour expliquer le décalage entre ce qu'attendent les migrants du « guérisseur » et ce que le médecin attend de la part de ses patients.

La région d'où est originaire l'interprète fait également partie de ces cultures où le psychologue/psychiatre est mal perçu. Noam affirme que les individus ont des difficultés à saisir leurs rôles, mais qu'avec les nouvelles générations, une évolution peut être constatée. Maintenant, les

²¹ Cette affirmation peut être discutable.

jeunes parents amènent plus facilement leurs enfants chez le pédopsychiatre qu'il y a quelques années. Dans leur recherche, Maier et Straub (2011) ont également été confrontés à la représentation de certains patients considérant qu'être en contact avec la psychiatrie était équivalent à être fou. Souvent, leurs sujets affirmaient que la psychiatrie était connue au pays, mais qu'il était préférable d'accepter ses propres problèmes sans lui solliciter de l'aide. Dans la présentation des cadres théoriques (chapitre 3, « perspectives théoriques »), il a été mentionné que dans les « autres » cultures, la santé est prise en charge dans l'ensemble de la société : c'est ce que démontrent ici Maier et Straub.

Il existe donc autant de prises en charge de la maladie – qu'elle soit physique ou mentale – que de cultures, et la rencontre patient-professionnel peut ainsi aboutir à des incompréhensions. Colportant la voix trop souvent écartée des immigrés, Noam relève que beaucoup de requérants d'asile ne saisissent pas pourquoi le généraliste pose une multitude de questions puis leur prescrit des médicaments sans les avoir examinés concrètement. Il dit leur étonnement : « *N46. (...) la plupart de l'asile, ils sont étonnés de la médecine moderne de la Suisse, ça c'est clair.* ». L'exemple de cette maman d'Afrique subsaharienne évoqué par Laura permet de comprendre la rencontre de croyances divergentes sur la prise en charge : « *L15. (...) j'avais beau lui expliquer que si l'enfant avait un trouble, c'était pas de sa faute, non, elle continuait à lui filer des taloches quand il se trompait en lisant* ». Laura avance une explication quant à l'acceptation ou non de la prise en charge proposée ici :

L16. (...) Alors je pense qu'au-delà de l'ethnie, c'est peut-être plus, ben voilà le ++ je vais pas non plus dire le QI, mais vous voyez ce que je veux dire ? L'ouverture d'esprit, et voilà donc heu + je sais pas si on peut faire des, dans quelle catégorie faudrait classer les choses en fait. Mais ++ maintenant en le disant, je me dis que c'est peut-être plus un niveau d'éducation et d'études qui fait que heu ++ on prend ça comme une chance qu'on vous dise ben votre enfant a besoin de ça, il faudrait qu'on le fasse, heu voilà.

Comme le pédopsychiatre plus haut, il y a une tentative d'expliquer les différences de prises en charge culturelles en termes de déficit.

Les différences signifiantes peuvent également se traduire dans des expressions utilisées par les personnes requérantes d'asile. Ibrahim, l'infirmier, prend l'exemple d'un Africain qui lui a affirmé « j'ai mal mais pas du tout », ce qui signifie pour les autochtones « j'ai un peu mal ». Michel mentionne également une expression employée par certains Africains : « j'ai de l'eau qui coule dans la bouche ». Il avoue ne pas être certain de la signification de cette expression ; il suppose que ce sont des acidités qui remontent. Comment alors établir un diagnostic si les symptômes évoqués par les patients ne sont pas compris ?

5.4. DIFFÉRENCES SIGNIFIANTES

S'attacher plus particulièrement aux différences significatives permet de saisir les conséquences des potentielles différences, la prise en compte de ces dernières par les professionnels de la santé et les outils que les praticiens ont à disposition. La rencontre entre ces différences significatives clôture le présent chapitre analytique.

5.4.1. CONSÉQUENCES DES POTENTIELLES DIFFÉRENCES

Kirmayer (2001) affirme qu'il existe de nombreuses preuves qui démontrent l'échec des approches psychiatriques parce que la négociation clinique n'a pas eu lieu entre le patient et le professionnel. Ce phénomène peut évidemment être étendu à la prise en charge somatique.

Un indice qui permet de mesurer l'échec des approches thérapeutiques est le taux de compliance des patients vis-à-vis du traitement (Kirmayer, 2001). Spang (2007) soutient le fait que vivre une expérience d'exclusion et de discrimination peut affecter la compliance puisque la confiance dans les institutions s'amenuise. Evoquant la prise en charge du soma comme de la psyché, Kirmayer indique qu'entre 10 et 75% des patients ne sont pas compliants ; ces taux augmentent lorsqu'il s'agit d'une situation interculturelle. Qu'en est-il des sujets de la présente recherche ? A propos de la médication, Noam ne relève aucun problème. Pourquoi ? « N53. (...) même s'il croit la médecine traditionnelle, il sait que du moment où il va chez le médecin, ils ont plus le choix ». Ibrahim argumente différemment :

169. (...) Non la plupart du temps, parce que bon ils sont partis quand même à leur demande, c'était suite à leur demande, et puis ils sont contents d'avoir vu un médecin, et puis quand y'a une prescription + ils prennent des médicaments.

Michel affirme d'ailleurs que la prise de médicaments des requérants d'asile n'est pas plus mauvaise que celle des Suisses. En lien avec sa pratique de pédopsychiatre, Jacques admet que la médication est mieux évaluée et acceptée chez les familles migrantes. Selon lui, la cause est essentiellement due au niveau d'instruction : plus il est élevé, plus les individus se renseignent et plus ils développent une peur vis-à-vis de ces traitements. Tous les professionnels s'accordent sur le fait que la compliance n'est pas mauvaise chez les requérants d'asile – ou suite au témoignage de Jacques, chez les migrants ; dans tous les cas, elle n'est pas plus laborieuse que celle des autochtones. Pourquoi alors l'échantillon interrogé ne corrobore pas les résultats des recherches précédentes ? Comme le mentionnent Noam et Ibrahim, leur statut de requérants d'asile les restreint dans leurs possibilités d'agir, mais aussi de choisir. Jacques affirme d'ailleurs que souvent les migrants ne s'opposent pas à lui et à ses propositions de prise en charge. Le rapport de force induit par le setting médical et exaspéré par la position des requérants d'asile peut expliquer ce phénomène.

L'échec d'un traitement peut également être la conséquence d'une coopération thérapeutique inadéquate (Hudelson & Stadler, 2005). En effet, lorsqu'un patient et un professionnel se rencontrent, deux mondes doivent entrer en communication. Ibrahim évoque cette difficulté :

176. (...) *Mais au départ c'est pas toujours gagné d'avance, c'est pas toujours évident. + J'ai eu des cas où la personne refusait carrément d'aller chez le psy. Alors on ne peut rien faire oui, on attend, on attend, puis on essaie de suivre.*

La part du refus des soins est marginale pour les personnes requérantes d'asile d'après les professionnels de la santé interrogés.

Est-ce que les potentielles différences aboutissent à une absence aux consultations médicales plus marquée chez les requérants d'asile que chez les autochtones ? Noam garantit que la présence aux consultations médicales est respectée. Il spécifie qu'il doit au départ expliquer le fonctionnement des rendez-vous, puisque dans de nombreux pays, ils n'existent pas. Michel témoigne du même fait ; l'absence aux consultations médicales n'est pas plus élevée chez les requérants d'asile que chez les Suisses. Par contre, Jacques évoque un autre aspect : il trouve « J31. (...) *plus compliqué à trouver un créneau qu'il leur convient* ». En effet, la précarité de leur situation quotidienne, notamment le cumul de plusieurs professions, les oblige à être moins disponibles. Manson (1988, cité dans Bischoff, 2003) a démontré dans sa recherche que les patients allophones manquaient plus facilement leurs rendez-vous. Une fois encore, les résultats de cette recherche ne corroborent pas les résultats obtenus par le présent travail. Le statut spécifique de requérant d'asile, avec tout ce que cela implique, peut à nouveau expliquer cette différence.

D'autres difficultés soulevées par Hudelson et Stadler (2005) et Hudelson (2002) peuvent résulter de ces potentielles différences de représentations : obstacles à la communication, établissement de stéréotypes, inégalités des soins, difficultés d'établir un diagnostic et d'assurer un suivi adéquat, et insatisfaction du patient. Comme évoqué auparavant, les obstacles à la communication ne semblent pas être prioritaires. Les inégalités des soins sont établis par la politique, qui limite l'accès au système de santé des requérants d'asile. Ces inégalités peuvent également être exaspérées par la pratique de certains professionnels de la santé. Finalement, l'insatisfaction a été clairement relevée par Eddy et Bintou – section satisfaction de la relation.

5.4.2. PRISE EN CONSIDÉRATION PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les différences signifiantes sont-elles prises en compte par les professionnels de la santé interrogés dans le Jura ? Cette section résume les différentes positions adoptées par les professionnels ayant participé à la recherche. A la formulation des hypothèses, je supposais que les professionnels de la santé ne prenaient guère garde aux différences de représentations de la santé et de la maladie, et que s'ensuivent alors diverses conséquences – évoquées lors de la section précédente.

Les professionnels de la santé « I29. (...) *essaie[nt] toujours* » de prendre en considération les représentations de la santé et de la maladie note l'infirmier, Ibrahim. Ce dernier affirme qu'il faut écouter le patient avant toute chose. Il ne peut malheureusement pas donner d'indications plus précises quant au pourcentage de professionnels qui s'y intéressent : il assure qu'il en existe et que lorsqu'il fait partie du réseau de la prise en charge, Ibrahim propose des solutions éventuelles. Même si les professionnels de la santé écoutent la plupart du temps leurs patients, Ibrahim ignore si ces

derniers vont jusqu'à l'aboutissement de la procédure. Il garantit pourtant que ses idées et propositions sont toujours bien reçues ; il donne deux exemples. La première situation impliquait une personne originaire d'Afrique qui était hospitalisée à l'UHMP²². Elle pensait que seul un imam pouvait la rétablir. Ils ont donc organisé un téléphone au pays pour que la personne en question puisse demander à ses parents d'aller consulter un imam. Les praticiens jurassiens ont ainsi pu continuer leurs propres soins, parallèlement à la prise en charge traditionnelle. La seconde situation impliquait une enfant hospitalisée. Les parents étant persuadés, à nouveau, que seul un imam pouvait la guérir, les professionnels ont pris la décision de laisser sortir la fillette pour que ses parents puissent l'amener auprès d'un imam à Genève. A la fin du week-end, ceux-ci ont ramené leur enfant et la prise en charge dite conventionnelle a pu se poursuivre.

Dans sa pratique de médecin généraliste, Michel dit « M32. (...) donc après ça sert à rien de vouloir insister sur ce, sur ces croyances hein. ». Pour lui, il n'est pas nécessaire de se concentrer sur les potentielles divergences de représentations : il affirme que cela n'apporte rien. Il nuance par contre cette vision lorsqu'il s'agit du côté psychologique,

M34. (...) où je pense que c'est peut-être plus important hein, de prendre en considération les différences d'origine, de culture. Si vous avez dans le passé, une tuberculose ou une hépatite hein, c'est la même chose que vous soyez heu Suisse ou Espagnol ou du Sri Lanka ou je ne sais pas où hein.

Jacques présente un cas de sa pratique : il s'agit d'un enfant suspecté autiste, dont la mère est d'origine asiatique et le père suisse – il ne s'agit pas de requérants d'asile. Il note la difficulté de saisir ces différences de représentations :

J16. (...) cette femme, qui nous semble absente du lien avec l'enfant, absente un peu, mais après qu'est-ce qui est de l'ordre du culturel, qu'est-ce qui est de l'ordre du lien précoce avec son, avec son bébé, son enfant. Ah c'est bien complexe hein.

Lors de la première consultation, deux représentations se sont rencontrées :

J22. (...) mais la mère, elle peut pas du tout entendre ça, parce que pour elle c'est normal, au [pays], il faut + il faut attendre que les enfants aillent à l'école, c'est l'école qui va, qui va trouver une place pour eux, donc heu ++ la mère, elle était pas du tout en souci, elle rigolait. Alors si vous voyez ça, pour le premier entretien, la mère était hilare, elle rigolait, on pourrait se dire mais elle est dans le déni, elle est hystérique, elle est + enfin plein de choses, mais c'est plus compliqué que ça je pense.

Pourtant Jacques affirme :

J8. (...) heu je pense, à mon avis on pense, je pense que c'est pas heu aussi important de, ouais de rencontrer la mère et de dire ouais comment ça se passe chez vous, quand on a un

²² Unité hospitalière médico-psychologique

enfant heu ++ parce que là je parle d'un enfant dont on suspecte un autisme hein, mais je veux dire c'est pas possible de parler de ça, d'ailleurs elle saurait pas ce que c'est.

Laura aborde également cet aspect et fait attention à ne pas brusquer le patient :

L14. (...) Mais des fois c'est vrai qu'il y a des approches qui sont pas toujours heu + faciles à accepter pour eux. Et moi je respecte ça, après je leur dis écoutez, voilà j'en aurais besoin, si pour le moment, on en reparlera plus tard. Ça sert à rien de, de forcer.

Plusieurs pistes analytiques sont à exploiter. Par exemple, une impression peut être que les professionnels de la santé ont une compréhension toujours très matérielle des besoins culturels des requérants d'asile (téléphoner à un imam, entre autres) mais s'attachent peu à les comprendre vraiment. Il y a un peu l'idée que leurs représentations sont des parasites dans le processus de soins, même s'il existe déjà une tolérance et reconnaissance – superficielles ? – des modèles explicatifs différents. A noter que l'intérêt uniquement pour la compliance à la médication semble significatif : l'intérêt pour le patient semble donc s'arrêter à partir du moment où celui-ci prend ses médicaments. Comme démontré plus tôt, c'est lorsque les requérants d'asile ne veulent pas prendre ces pilules qu'il faut trouver une solution. C'est une vision du déficit particulièrement poussée par les pressions à la baisse des coûts. Le contexte social et politique est donc le premier à incriminer, avant les professionnels qui s'y ajustent.

5.4.3. OUTILS

Plusieurs outils ont été cités par les professionnels de la santé interrogés afin de rencontrer au mieux les personnes requérantes d'asile et donc leurs représentations. En voici la liste exhaustive : l'expérience, l'utilisation du symbole de la blouse blanche, les interprètes communautaires (en direct ou par téléphone) ou une personne tierce, l'anglais ou une langue tierce, un outil nommé « les maux sans les mots », les formations, « travailler autrement », l'utilisation de professionnels étrangers et finalement l'ethnopsychiatrie.

L'expérience semble être l'outil le plus important. Ibrahim et Michel, tous deux en contacts quotidiens avec des personnes migrantes et plus particulièrement requérantes d'asile, le disent et le répètent : « I56. (...) avec le temps, on apprend beaucoup, des choses qui peuvent aider. », « M7. (...) c'est aussi une question d'expérience hein. ». Les expériences accumulées permettent de percevoir des différences entre cultures et y être plus attentif. Noam d'ailleurs évoque le manque d'expérience comme une problématique trop souvent attachée aux professionnels de la santé. Sans cette expérience, l'interprète affirme que les professionnels se retrouvent souvent au cœur de situations qu'ils ne maîtrisent plus.

La blouse blanche est utilisée par l'infirmier comme outil. Même s'il ne prodigue pas toujours de soins, Ibrahim porte à certaines occasions précises sa blouse. Elle est pour lui un symbole universel du monde médical, notamment parce que les missions humanitaires l'utilisent. Le port de la blouse blanche permet alors aux requérants d'asile de comprendre qu'il fait partie du domaine médical sans

qu'il ait besoin de l'expliquer. Jacques mentionne également cette blouse blanche qu'il n'a pas ; il doit donc expliquer sa fonction de médecin « sans blouse blanche ».

Relever que la blouse blanche ne symbolise pas uniquement le domaine médical, mais également son pouvoir, est primordial. Il ne faut pas omettre de lire les rapports de force derrière ces statuts, surtout lorsque le demandeur d'asile sait que son séjour en Suisse ou son renvoi dépend de « la personne en blouse blanche ».

Les interprètes communautaires sont des ressources essentielles afin qu'une consultation médicale puisse se passer au mieux entre deux individus de langues différentes. Laura relève pourtant des situations alarmantes, où durant des mois aucun interprète n'est appelé. Des consultations basiques peuvent rapidement devenir très complexes : les coûts, financiers et humains, sont ainsi décuplés. Jacques note quant à lui une problématique plus pragmatique : le manque d'interprètes communautaires pour certaines langues. Il mentionne un exemple pour lequel son équipe cherche depuis plusieurs mois un interprète officiel. Pour le moment, un membre de la famille de l'individu en question s'en charge mais plusieurs problématiques sont soulevées, comme : « *J5. (...) elle nous dit heu dix phrases et puis l'autre, elle répond en trois mots, elle résume.* ». Les personnes tierces sont également une ressource qu'utilise parfois Ibrahim, même s'il dit éviter au maximum de prendre un autre migrant pour traduire. Il note cependant que quelques fois, c'est le patient lui-même qui désigne un de ces homologues pour traduire, et ainsi se faire comprendre.

La connaissance de l'anglais représente un outil non négligeable puisque c'est selon Ibrahim la seconde langue la plus utilisée par les requérants d'asile. L'infirmier affirme même que certains d'entre eux l'apprennent durant leur trajectoire migratoire. Comme le mentionne Ibrahim, peu de personnes s'expriment en français. D'ailleurs, Michel, qui a beaucoup de requérants d'asile dans sa patientèle, dit que la maîtrise de certaines langues, dont l'anglais et l'italien, est certainement un atout dans sa pratique.

Afin de pallier le manque de vocabulaire, une infirmière jurassienne a réalisé un outil qu'utilise parfois Ibrahim : « des maux sans les mots ». Il s'agit d'un livret qui contient des dessins de chaque partie du corps, des dessins indiquant des symptômes – saignement, vomissement, etc. – ainsi que des dessins représentant des sensations – que ce soit de douleurs, d'étourdissements, de picotements, etc. Ibrahim note que cet outil est très accessible et qu'il lui permet de poser un premier diagnostic avant de prendre rendez-vous pour une consultation médicale. Une critique de ce livret peut pourtant être émise, soutenue par Kirmayer (2001) : même si un petit ensemble d'émotions sont universelles, les sentiments et les ressentis – qui sont plus complexes – varient notamment à travers la culture. Les dessins représentant les sensations ne sont donc pas adéquats, contrairement à ceux désignant les parties du corps et les symptômes.

Un outil important sont les formations destinées aux professionnels afin d'améliorer la prise en charge des migrants. Noam dit qu'à sa connaissance, les médecins généralistes n'en suivent pas, contrairement aux pédiatres et pédopsychiatres. Michel explique que peu de formations existent dans le canton du Jura, probablement due à sa situation périphérique : il affirme pourtant que lors de

congrès, « M34. (...) on a rarement des sujets de ce genre. ». Quantifier ces éléments n'est pas possible pour lui, étant donné qu'il s'agit avant tout d'un vécu et donc d'un suivi individuel : « M35. (...) C'est un peu du feeling qui hein. +++ Après je pense que voilà, certains médecins ont plus de feeling que d'autres hein. ». Jacques explique d'ailleurs qu'avant de suivre une formation avec Jean-Claude Métraux, « J3. (...) on fait aussi un petit peu, un petit peu j'ai envie de dire au petit bonheur la chance », allant jusqu'à parler d'instinct.

Deux des professionnels interviewés, Laura et Jacques, ont suivi une formation dispensée par Jean-Claude Métraux, ouverte à tous les professionnels de la santé, du social et de l'éducation jurassiens. A mentionner que les collaborateurs de l'Association jurassienne d'accueil des migrants ont été aussi invités, mais aucun d'entre eux n'est venu. Laura et Jacques évoquent tous deux cette formation à plusieurs reprises et relèvent les bénéfices qu'elle a apportés au sein de leur pratique quotidienne : « J3. (...) je trouve que ça a amené une richesse dans le service ». Laura relève malgré tout qu'ils ne sont pas toujours d'accord avec leur formateur : « L14. (...) on fait quand même un peu à notre sauce, à la jurassienne, mais bon, voilà. ». Elle reconnaît pourtant que cette formation a amené une véritable métamorphose dans leur façon de travailler : les progrès sont flagrants et les résultats sont immédiats. Jacques conçoit également qu'au départ, tout ne lui semblait pas évident, mais qu'il y a trouvé rapidement son compte. Tous deux mentionnent ce que Jacques nomme la relation horizontale, ce qui renvoie au concept de similitudes fondamentales et donc à la création d'un monde commun : « L18. (...) Et puis qu'on se dit mais oui, on est comme eux. Nous aussi et puis pas se mettre le spécialiste ou la spécialiste ». Jacques souligne pourtant la difficulté de se livrer à l'autre notamment sur sa propre histoire migratoire, faisant référence à l'échange de paroles précieuses : « J8. (...) on a plus l'habitude d'être très médical, de poser des questions très systématiques ». D'autres réflexions, apparentées à celle de Métraux, ont été soulevées : la différence perçue comme un déficit et le travail à domicile.

Conscient que la maladie psychique est moins facile à aborder avec des personnes migrantes, Jacques ne pratique pas sa profession comme avec un patient dit ordinaire. Il dit ne pas évoquer l'expression « maladie psychique » avec les familles migrantes ;

J21. (...) je suis surtout dans l'écoute, dans leur histoire, dans les symptômes qui les inquiètent, après ça me semble ++ heu peut-être c'est que des a priori comme ça, de travailler, mais il me semble que pour eux ++ pas, c'est pas ça, c'est pas ça le plus important pour eux de mettre un nom, en plus peut-être qu'ils connaissent même pas le nom.

Une de ses stratégies est d'alors trouver d'autres formulations afin que toutes les personnes en présence puissent saisir le sens et l'enjeu. Cette citation souligne un nouveau décalage : alors que pour le migrant l'important est son histoire, sa famille, sa religion, le professionnel, lui, valorise le diagnostic. Jacques, par son écoute, essaie de retrouver le migrant sur un terrain commun.

Comme évoqué ultérieurement, beaucoup de professionnels de la santé sont migrants eux-mêmes. Ils utilisent cette potentielle faiblesse (particulièrement pour les premières générations : manque de connaissance sur l'asile et sur la société suisse comme le notent certains interviewés) en la

transformant en force : lorsque cela est possible, les individus sont regroupés en fonction de la même nationalité et/ou de la même langue. D'ailleurs Jacques, dont les parents ont immigré en Suisse, confie : « J2. (...) *je tamponnais beaucoup cette zone [du pays]* ». Ibrahim dénonce un fait qui semble irréal : certains médecins qui pratiquent leur profession dans le canton du Jura ne parlent pas français :

158. (...) J'ai vu à l'UHMP des médecins qui maîtrisent pas du tout le français. Alors quand on sait que c'est la parole qui guérit, c'est la parole, la force de la parole qui guérit le malade, alors on a de quoi s'inquiéter.

Jacques conclue cette série d'entretiens en affirmant qu'il manque encore des outils afin d'être plus « J35. (...) *efficace* » dans la prise en charge des migrants, notamment dans le domaine de la psychiatrie. Il évoque d'ailleurs l'ethnopsychiatrie, qu'il perçoit comme une éventuelle ressource et ainsi la considère capitale.

Aucun des professionnels de la santé interrogés n'évoque le concept de compétence transculturelle, qui pourtant transparait dans de nombreux articles sur la question de la prise en charge de patients migrants. Dans leur article, Hudelson et Stadler (2005) font l'apologie de ce concept, considérant la nécessité de l'intégrer dans la formation médicale²³. Permettant de prendre en charge efficacement des patients d'origines diverses, la compétence transculturelle est définie par ces auteurs comme « la compréhension des rapports entre les facteurs socioculturels, les concepts et les comportements en matière de santé » (p.2214) et « les savoir-faire nécessaires pour identifier et gérer correctement ces facteurs » (p.2214). A noter au passage qu'actuellement, cette définition s'est élargie et englobe plus seulement la diversité ethnique, mais aussi, entre autres, le sexe, l'âge, le statut social et les handicaps. Le concept de compétence transculturelle amène les médecins à réfléchir aux éléments sociaux et culturels qui influencent leurs propres convictions, attitudes et attentes : le patient n'est plus le seul détenteur d'une culture spécifique. Dans son article en 2002, Hudelson divise les compétences transculturelles cliniques en trois groupes : les attitudes, les connaissances et les méthodes. Pour ce qui est des attitudes, il s'agit de reconnaître et d'accepter l'hétérogénéité des patients, d'être empathique et curieux, tout en respectant les personnes malades. Les connaissances, quant à elles, concernent les connaissances de soi-même (ses propres cultures, ses préjugés), des populations prises en charge (dont l'épidémiologie et les caractéristiques socioculturelles) et du système (notamment les procédures). Il est nécessaire de relever l'inutilité d'apprendre tous les éléments de chaque culture relatifs à la pratique médicale. Finalement les méthodes regroupent les outils de communication transculturelle ainsi que la collaboration transprofessionnelle et avec des interprètes.

²³ En annexe les objectifs d'enseignement d'une formation en compétence transculturelle telle que développée dans l'article de Hudelson et Stadler (2005), p.115.

Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi et Ruiz (2007) ont quant à eux défini six axes qu'ont les compétences transculturelles²⁴.

Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi et Ruiz (2007) proposent d'intégrer une approche bio-psycho-socio-spirituelle et le modèle systématique contextuel d'analyse de l'anthropologue Massé dans l'enseignement des compétences transculturelles à Lausanne. Selon ces modèles, le médecin doit compléter le modèle biomédical avec des éléments socio-communautaires et spirituels, mais aussi s'intéresser aux conditions prémigratoires, à la trajectoire migratoire et aux conditions post-migratoires du patient. La combinaison de ces deux approches permettrait de saisir au mieux des cas médicaux qui sortent de l'ordinaire. Dans mes entretiens, seuls Ibrahim et Jacques, l'infirmier et le pédopsychiatre, évoquent les conditions prémigratoires et la trajectoire migratoire.

D'autres chercheurs, Domenig et Stauffer (2001, cité dans Bischoff, 2003) ont développé une « transkulturelle Pflegeanamnese » (une anamnèse de soins transculturelle). L'objectif est de mettre en lumière la perspective du patient²⁵.

5.4.4. RENCONTRE ENTRE DIFFÉRENCES SIGNIFIANTES

Cette dernière section s'attache à comprendre dans quelle mesure les diverses différences significantes se rencontrent.

Jacques assure que dans sa pratique de pédopsychiatre, il a toujours réussi à trouver un point de convergence avec ces familles migrantes. Il imagine que sa propre histoire migratoire ou le fait de se positionner au même niveau que ses patients ont pu jouer un rôle (partager une appartenance commune ou un monde commun selon Jean-Claude Métraux). Il avoue avoir plus de difficultés avec « J25. (...) des bons Suisses, des bons Ajoulots heu ++ (rire) », en présentant deux situations dites difficiles. Jacques reste donc optimiste et conclue :

J35. (...) on arrive à s'entendre, à se retrouver, on arrive à parler de traitement, de prise en charge, enfin ça a du sens. Tant qu'on n'est pas dans des visions complètement différentes, le symptôme là, vous êtes dans le registre psychopathologique je sais pas DSM ou truc, et puis eux ils sont dans une toute autre réalité, vous pouvez avoir tous les interprètes du monde hein, mais c'est + donc on va pas se retrouver.

Partageant le même avis que Jacques, Michel affirme que si la compréhension entre le professionnel et le patient est mauvaise, il s'agit avant tout d'un problème de langue. En effet, il dit : « M7. (...) ça se mélange avec d'autres symptômes quand même, et avec l'ensemble des plaintes et des symptômes,

²⁴ En annexe ces six axes des compétences transculturelles décrits par Bodenmann, Madrid, Vannotti, Rossi et Ruiz (2007), p.115.

²⁵ En annexe les items qui doivent être soulevés lors d'une anamnèse transculturelle telle que pensée par Domenig et Stauffer, p.116.

on arrive quand même à, à comprendre en principe ce que la personne veut dire et quel est vraiment son problème hein ». Selon lui, « *M12. (...) On arrive toujours à se comprendre.* ».

Ibrahim, quant à lui, parle de négociations. Je reviens à une situation présentée ultérieurement : l'infirmier a trouvé une solution afin qu'une rencontre puisse s'amorcer entre lui et le patient réfractaire à toute médication sans avoir consulté l'imam :

176. (...) faut vraiment qu'il y ait les deux, c'est ça le plus important. Le laisser aller chez l'imam, + et pis en même temps lui proposer quelque chose, de lui dire voilà maintenant vous avez été chez l'imam, est-ce que vous pouvez prendre des médicaments pour ne pas avoir mal à la tête, pour dormir aussi.

Ibrahim est le seul professionnel de la santé qui a évoqué la notion de négociation, pourtant utilisée dans le cadre théorique de l'anthropologie médicale. Il est également l'unique professionnel qui a affirmé précisément qu'il prenait en considération le modèle explicatif de la maladie de ses patients et agissait en conséquence. Ibrahim n'a pas suivi la formation de Jean-Claude Métraux ; peut-être que son origine africaine le rend plus sensible à ces questions de représentations. Jacques, lui, parle plutôt d'adaptation à sa patientèle, en fonction de leur niveau d'éducation par exemple. Il remet également sa pratique en question lorsqu'il se trouve en consultation avec une personne immigrée:

J35. (...) comment voulez-vous dire à un Africain, où là tout se traite, enfin une partie, je connais pas très bien, mais sorcellerie, enfin y'a plein de choses, ils ont toujours baigné là-dedans, ils arrivent en Suisse, c'est nous les petits blancs qui vont dire dans votre tête, enfin.

Quant à Michel, il ne semble pas tenir compte des modèles explicatifs de ses patients, les considérant comme peu importants. A travers son témoignage, les résultats obtenus par les anthropologues Good et Delvecchio-Good (1980, cité dans Adam & Herzlich, 2007) sont retrouvés : même si les médecins apprécient la diversité des représentations, ils n'en tiennent pas compte puisqu'ils se considèrent comme seuls détenteurs de la vérité.

Une rencontre entre représentations divergentes n'a pas uniquement lieu d'être entre un patient migrant et un professionnel de la santé autochtone. Elle peut également se produire lorsqu'un retour au pays est envisagé. En effet, le retour implique la rencontre avec la famille restée au pays. Dans l'échantillon de la présente recherche, Adriano envisage cette nouvelle migration, mais appréhende les retrouvailles familiales. Il avoue n'avoir jamais parlé de sa maladie à ses proches, « *A31. (...) pour ne pas leur faire du souci, (...) pour ne pas les mettre dans l'embarras.* ». L'embarras est-il dû à la représentation de la maladie mentale en Afrique, considérée comme de la folie ? Adriano mentionne qu'un tiers a raconté son état à ses parents : « *A31. (...) mais je pense plus ou moins qu'ils ont une idée que moi heu + je suis quand même quelque part un peu foutu, abîmé un peu.* ». Ses parents étiquètent sa maladie comme de la folie ; l'interviewé dit avoir au pays la réputation d'un fou. Comme Adriano l'explique, une incohérence surgit alors de leur perception de sa maladie :

A31. (...) Mais seulement quand on cause au téléphone, où on parle, je tiens des propos cohérents. Donc ils voient pas que j'ai un problème de folie, parce qu'en Afrique quand on est fou, c'est vraiment fou, fou, fou c'est abîmé donc hein. C'est des gens qui sont nus dans la rue, c'est des gens qui se lavent pas, c'est des gens qui ne se coiffent pas, c'est des gens ++ voilà qui sont complètement perdus.

A relever que le pédopsychiatre Jacques explique ce clivage entre normalité et folie par un niveau d'instruction peu élevé. Adriano, s'il retourne auprès des siens, devra confronter sa représentation de la maladie avec la représentation des personnes restées au pays. Le décalage sera alors plus grand que lorsqu'il évoque celle-ci avec les professionnels de la santé de la région, puisqu'il semble s'être approprié la représentation « moyenne » de la population suisse.

Je termine ce chapitre analytique en exposant les avis des professionnels de la santé interrogés sur l'importance de la problématique des représentations de la santé et de la maladie. Ibrahim, Michel et Jacques ne partagent pas le même avis. Alors qu'Ibrahim affirme devoir toujours s'y référer mais n'y pense pas systématiquement, Michel dit qu'il ne s'agit pas d'une problématique centrale dans la prise en charge des demandeurs d'asile. Il argumente sa perspective en mentionnant les difficultés sociales, qui sont selon lui beaucoup plus essentielles : s'agissant principalement de jeunes gens qui n'ont pas de problèmes de santé majeurs, les requérants d'asile doivent en premier lieu faire face aux situations sociales problématiques avant de faire face aux situations médicales. Jacques, lui, relève l'importance de la problématique des représentations de la santé et de la maladie. Il dit se rendre compte dans sa pratique de la place essentielle qu'elle occupe, même pour ses patients d'origine suisse. Il ajoute : « J35. (...) C'est + moi je pense que là y'a encore beaucoup, beaucoup, beaucoup à faire dans nos métiers pour se rendre compte un peu de ces aspects-là. ».

CHAPITRE 6

PENSER LA RECHERCHE

Penser ma propre recherche m'a permis de prendre du recul face à celle-ci et ainsi l'insérer dans un contexte plus global. Ce chapitre s'attache à présenter quelques considérations générales, la mise en perspective de la méthodologie et un questionnement éthique.

6.1. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Au cœur de l'élaboration du présent travail, j'ai pris conscience que ma vision de la migration évoluait. Immersée dans un contexte abordant la migration comme un déficit, je n'étais pas meilleure que les autres et m'engageais dans une recherche qui avait pour ambition de souligner les divergences de représentations de la santé et de la maladie et d'en saisir les causes – j'en oubliais les similitudes. La lecture de l'ouvrage *La migration comme métaphore* de Jean-Claude Métraux (2011) et l'intérêt porté à l'anthropologie m'ont permis de prendre du recul. Au-delà de saisir les différents concepts, j'ai pu les appliquer concrètement à ma recherche. Retourner régulièrement à la théorie me semble être une condition *sina qua none* pour ne pas tomber dans les pièges de la vision déficitaire.

J'utilisais des termes comme « confrontation », qui au-delà d'une connotation négative, implique un rapport de force – le même rapport de force que décrivent certains anthropologues lors de consultations médicales ? Le modèle biomédical était inscrit en moi. Néanmoins, je ne prétends pas aujourd'hui être détachée de celui-ci : en revanche, je peux affirmer avoir suffisamment de recul pour regarder ce modèle de manière critique. J'ai alors choisi d'éradiquer ce terme de confrontation pour le remplacer par celui de rencontre. Même s'il n'est pas toujours adéquat, il représente un point vers lequel deux individus – ou plus – se retrouvent, après avoir chacun fait un pas vers l'autre. Il est primordial de saisir que la rencontre ne doit pas être uniquement le fruit du professionnel ou du patient, mais est le résultat d'actions de deux individus. Evidemment, c'est au nanti d'entreprendre la démarche, afin que le déshérité puisse s'y sentir invité (Métraux, 2011).

6.2. MISE EN PERSPECTIVE DE LA MÉTHODOLOGIE

Au commencement de la recherche, je souhaitais interroger un représentant de chaque pays les plus représentatifs dans le cadre de l'asile en 2012, à savoir l'Erythrée, le Nigéria, la Tunisie et la Serbie. Idéaliste, j'imaginai que cela allait être possible. Au fur et à mesure de mes recherches de sujets, je me suis rapidement rendue compte de la difficulté d'approcher des anciens requérants d'asile. Je me suis aperçue, en parlant autour de moi, de leur « ghettoïsation » puisque très peu de personnes de mon entourage fréquentent ou même connaissent des individus ayant déposé une demande d'asile. Approcher des professionnels de la santé n'a pas été beaucoup plus aisé. Comme évoqué lors de la méthodologie, la tâche se complexifie lorsque l'on n'a pas de contact au sein du milieu. Des expériences professionnelles préalables ont pu m'ouvrir des portes.

Quelques critères restreignaient le choix de mes sujets requérants d'asile et professionnels de la santé. Les premiers devaient impérativement ne plus posséder de permis N pour des raisons éthiques (section 6.3. pour plus d'explications), avoir eu affaire au système de santé suisse à diverses reprises et parler suffisamment bien français pour ne pas avoir recours à des interprètes communautaires. Ce dernier critère est équivoque : d'un côté, cela permet un dialogue direct entre deux personnes et élimine tous les biais qu'implique un tiers ; de l'autre, d'autres biais peuvent apparaître puisque la personne interrogée se trouve peut-être limitée dans ses moyens d'expression. Les entretiens d'Eddy et de Tisha illustrent bien cette ambiguïté : alors qu'avec Eddy, l'interprète aurait été superflu, il aurait été probablement nécessaire pour Tisha – à moins que sa retenue soit due à sa méfiance. De même, un interprète communautaire a également la tâche de favoriser la communication compte tenu des contextes sociaux, ethniques et culturels. Son rôle s'attache ainsi également à expliquer les potentielles divergences de représentations.

De par l'accès restreint des requérants d'asile au système de santé, le choix des professionnels de la santé pour l'échantillon s'est également vu restreindre. Seulement deux des professionnels consultés sont en contact régulier voire quotidien avec ce type spécifique de migrants. Laura et Jacques, respectivement logopédiste et pédopsychiatre, font partie des professionnels que l'on catégorise comme spécialistes : les requérants d'asile ne sont habituellement pas envoyés chez eux, sauf cas exceptionnels. Ils travaillent davantage avec des familles migrantes et basent leur discours sur ces expériences.

Baser cette étude sur un échantillon hétérogène a été volontaire puisque je n'ai pas souhaité attribuer les résultats à un arrière-fond caractéristique d'une culture. Ce choix a permis qu'aucune représentation de la santé et de la maladie des requérants d'asile n'a été réduite à un élément culturel. Ce qui me semble essentiel dans ce travail est de comprendre que les demandeurs d'asile, tout comme les autres migrants et les autochtones, ont des représentations de la santé et de la maladie et qu'il est nécessaire pour les professionnels de la santé d'en tenir compte afin d'optimiser la prise en charge. Tout comme il n'a jamais été question de catégoriser des représentations, il n'est en aucun cas question de sous-estimer ou porter un jugement de valeur sur le travail entrepris par les professionnels de la santé, qui font leur possible pour soigner l'individu. Ces professionnels sont pris au centre de logiques politiques et économiques. Ce travail a pour ambition de mettre en lumière une problématique essentielle dans la prise en charge et proposer des outils afin de l'améliorer.

Effectuer une recherche questionne évidemment la position de chercheur, et rédiger les carnets de bord pour chaque entretien m'a ainsi permis de prendre du recul face à ce rôle que j'ai dû revêtir. A posteriori, je comprends que la position de chercheur n'est pas établie et qu'elle est mouvante en fonction de la perspective adoptée. Me confrontant à la réalité du terrain, je me suis intuitivement adaptée à mon interviewé. Alors que mon échantillon se compose de trois catégories d'individus (les anciens requérants d'asile, l'interprète, les professionnels de la santé), deux classes peuvent émerger : les déshérités et les nantis, comme s'exprimerait Jean-Claude Métraux. Lors des rencontres avec mes interviewés, j'ai pris distinctement mais inconsciemment deux positions divergentes en fonction de mes interlocuteurs.

- Avec les anciens demandeurs d'asile, ma position était davantage engagée et impliquée. J'ai par exemple utilisé le concept de dons de paroles de Métraux (expliqué lors du chapitre 3, « perspectives théoriques ») : même si l'échange était inégal, je n'ai pas hésité à livrer quelques paroles précieuses lors de l'entretien. La logique de don-contre-don – il faut comprendre ce dernier comme un geste de reconnaissance (Hénaff, cité dans Métraux, 2007) – s'est renforcée de différentes manières encore : j'ai ramené un de mes interviewés à son domicile en voiture, j'ai passé quarante-cinq minutes à discuter informellement avec un autre, j'ai offert des gâteaux à deux personnes et j'ai porté une oreille attentive à un sujet durant deux heures et demie. J'ai appliqué ce principe à tous mes sujets requérants d'asile, sans m'en rendre immédiatement compte. A posteriori, je peux inscrire ce comportement dans la pensée de Métraux ; il faut cependant relever que même si j'ai également fait un pas vers eux, la relation entre moi, chercheur, et eux, enquêtés, était très déséquilibrée. L'entretien avec Eddy a été le plus difficile à gérer pour moi : j'avais l'impression d'être une pilleuse de paroles précieuses. De même, le fait que certains individus évoquent beaucoup leur solitude, je ressentais un malaise puisque je les instrumentalais pour ma recherche. La plupart de mes sujets se sont livrés à moi sans détour : j'ai été surprise et parfois presque gênée de la confiance qu'ils me témoignaient. Est-ce que ma simple attention est un don qui légitimait le contre-don de paroles précieuses, voire sacrées ?
- Les entretiens avec les nantis (interprète et professionnels de la santé) se sont déroulés tout à fait différemment. Je n'ai quasiment pas livré de paroles précieuses ; le rapport que nous entretenions était tout à fait utilitaire. De même, le temps mis à partie était plus restreint et limité. Cette logique de durée a réduit la qualité de l'entretien, puisque souvent, quarante-cinq minutes n'étaient pas suffisantes pour aborder tous les thèmes établis sur mon canevas. J'ai donc dû cibler à plusieurs reprises l'importance de mes interrogations

Choisir une population précaire et plus particulièrement requérante d'asile pour une recherche implique divers éléments, dont j'ai pris conscience au fil de mes entretiens et de la rédaction de mes journaux de bord. Je fais partie de la catégorie des nantis, et le rapport avec ces individus est inégal à la base. Plus encore, la position de chercheur accentue l'écart de la relation. Dans un contexte comme celui de la procédure d'asile, l'inspection fait partie intégrante du quotidien des demandeurs d'asile. Une analogie peut être établie entre les différents inspecteurs dont ils ont à faire : les autorités (entretien(s) à l'Office fédéral des migrations), les assistants sociaux, les professionnels de la santé... et moi, en tant que chercheur. La signature de mon formulaire d'informations et de consentement a pu encore accentuer ce rôle d'inspecteur : d'ailleurs, un sujet sur cinq n'a pas souhaité parapher, et un autre m'a explicitement demandé qui en prendrait connaissance. De même, l'enregistrement s'est ajouté à ce statut d'inspection. La méfiance a été un sentiment que j'ai ressenti dans les entretiens avec Fama et Tisha.

6.3. QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE

L'éthique constitue un concept indispensable lorsqu'une recherche impliquant des sujets est envisagée. J'emploie comme référence à ce sujet l'ouvrage de Doucet (2002). Ce dernier liste les principes éthiques directeurs : le respect de la dignité humaine ; le respect du consentement libre et éclairé ; le respect des personnes vulnérables ; le respect de la vie privée et des renseignements personnels ; le respect de la justice et de l'intégration ; l'équilibre des avantages et des inconvénients ; la réduction des inconvénients ; la maximisation des avantages (p.108).

Par ma recherche, je pense pouvoir affirmer que les principes éthiques cités ci-dessus ont été pris en considération et respectés au plus proche. Tout d'abord, je me suis engagée personnellement à respecter la dignité humaine, au-delà de ma recherche. Ensuite, à propos du respect du consentement libre et éclairé, je n'ai pas insisté lorsque j'obtenais un refus de certains individus. De même, je soulignais à plusieurs reprises qu'il s'agissait d'un entretien libre et volontaire. Je faisais également attention au biais de désirabilité sociale qui aurait pu pousser certains individus à accepter de participer à ma recherche. La personne pouvait arrêter de répondre à mes interrogations à tout moment. Une ancienne requérante d'asile interviewée, Tisha, a d'ailleurs pris la liberté de ne pas répondre à certaines de mes questions. Puis est évoqué dans ces principes éthiques le respect des personnes vulnérables. Ma population d'anciens requérants d'asile en fait évidemment partie : j'ai fait attention à ne pas les brusquer et les respecter au mieux. Une vulnérabilité plus importante aurait été de choisir une population de personnes actuellement pris dans les rouages de la procédure d'asile. Ce choix aurait nécessité de présenter la recherche devant un comité d'éthique. Pour des raisons temporelles, cela n'a pas été possible. Un autre principe correspond au respect de la vie privée et des renseignements personnels. Afin de le respecter, j'ai décidé de ne pas annexer au présent travail les retranscriptions d'entretien, tout comme les grilles d'analyse. De même, j'ai fait attention d'anonymiser au maximum toutes les données qui auraient permis la reconnaissance des sujets questionnés. Dans l'analyse (chapitre 5, « paroles rapportées »), j'ai délibérément choisi des passages qui n'impliquaient pas l'identification des enquêtés. Finalement, j'ai essayé d'équilibrer au maximum les avantages et les inconvénients – que l'on peut saisir dans la logique de don-contre-don de Jean-Claude Métraux.

Doucet (2002) note que la recherche qualitative est idéalement examinée en profondeur par les comités d'éthique, puisque ces derniers s'inquiètent de l'absence de rigueur scientifique. Dans le présent travail, j'ai respecté au mieux la procédure des méthodes que j'ai choisies. Même s'il s'agit d'une recherche qualitative, je ne me suis pas tolérée à faire comme bon me semblait : je me suis imposée une certaine rigueur scientifique.

Développer un formulaire d'informations et de consentement a été nécessaire afin de pouvoir revendiquer un questionnement éthique au sein de la présente recherche. Mon formulaire se construit autour d'un résumé du projet ainsi que des éléments essentiels à la participation de la recherche – je soulignais notamment la participation libre et volontaire, l'enregistrement de l'entretien et l'anonymisation des données. Les sujets étaient alors invités à le signer s'ils acceptaient de s'engager dans la recherche, en toute connaissance de cause. A posteriori, j'ai constaté que les individus dont la

langue maternelle était différente du français ne se sentaient pas à l'aise dans la compréhension écrite. J'ai alors pris l'initiative de leur présenter mon formulaire oralement, en abordant tous les points. J'ai saisi cet obstacle lors du premier entretien avec un non-francophone, Eddy, qui m'a confié sa difficulté à lire la langue de Molière.

FAIRE LE POINT ET REGARDER VERS L'AVENIR

« C'est en quelque sorte l'autre face de la maladie qui nous est exposée, la face souvent cachée mais si présente que nul ne saurait l'ignorer. Car toute action en la matière dépend d'elle. Mais ces théories subjectives, ces représentations sociales nous révèlent en même temps un pan de notre culture, à travers un de ses aspects les plus essentiels qui est le rapport à la souffrance, à l'expérience la plus courante de tout être humain. »

Moscovici, 1993, p.7

Comprendre et élaborer une réflexion théorique autour des représentations de la santé et de la maladie dans un contexte d'asile a été l'objectif qui a guidé toute la réalisation du présent travail de mémoire. S'agissant d'une étude qualitative et exploratoire, le nombre de personnes interrogées est trop restreint pour intégrer ces résultats dans une perspective globale. Je n'ai donc pas pour ambition d'expliquer la réalité dans son ensemble, mais plutôt de proposer une réflexion théorique sur des aspects précis. Plusieurs questions de départ permettaient d'établir un état des lieux de la situation dans le canton du Jura. Je les reprends dans cette partie conclusive une à une et m'essaie à y répondre succinctement.

La première interrogation s'intéressait à comprendre comment et pourquoi les représentations de la santé et de la maladie se construisent. D'après l'anthropologie médicale, les personnes construisent leurs représentations de la maladie à travers leurs pratiques sociales et personnelles. Elles créent ainsi leur propre modèle explicatif afin de donner sens à la maladie, celui-ci entrant en négociation avec le modèle explicatif du médecin au travers de la consultation médicale. En effet, les professionnels de la santé sont également les témoins et les acteurs de leur propre système culturel, souvent édicté par la biomédecine, et détiennent ainsi leur propre modèle. La psychologie de la santé, elle, parle de théories profanes de la maladie – afin de se différencier des théories dites professionnelles ; un rapport de pouvoir est constaté dans le choix de ces dénominations –, qui peuvent être personnelles ou sociales. Désapprouvant ce clivage, je pense qu'elles sont interdépendantes puisque les théories personnelles et sociales s'influencent mutuellement chez une même personne. Quoiqu'il en soit, ces théories profanes permettent de donner sens à la pathologie. Les deux perspectives se joignent sur cet élément sémantique.

Le deuxième questionnement se portait sur les représentations de la santé et de la maladie de mes sujets interviewés. J'ai pu mettre en évidence lors de l'analyse les éléments qui composent ces représentations, soit la définition de la maladie, ses causes, ses conséquences et sa prise en charge. De manière générale, les anciens requérants d'asile interrogés s'accordent aux dires de leurs praticiens respectifs : ils se conforment aux représentations de la santé et de la maladie des professionnels de la santé jurassiens.

J'ai également cherché à savoir s'il existait des similitudes et des différences entre les représentations de la santé et de la maladie de personnes requérantes d'asile et celles de professionnels de la santé. Pour cela, je me suis appuyée sur les concepts de similitudes fondamentales et de différences signifiantes de Jean-Claude Métraux, exposés lors de la section traitant l'anthropologie sociale et culturelle. Les représentations de la santé et de la maladie se trouvent à la jonction de plusieurs similitudes fondamentales – avoir un corps sensible à l'âge et aux maladies, pouvoir créer du sens, avoir besoin pour survivre de sens et avoir des représentations. Les professionnels de la santé évoquent plusieurs différences signifiantes : les perceptions des pathologies, les perceptions du corps, les expressions orales pour désigner la maladie et les prises en charge. Souvent, le mode d'interprétation différent de la santé et/ou de la maladie est attribué par les interviewés au déficit de la langue ou au faible niveau culturel, plutôt qu'à une culture différente. Le modèle des déficits entendu par Métraux est alors de mise.

Après avoir recherché les similitudes et les différences de représentations, je me suis demandé si les professionnels de la santé s'intéressaient aux différences et s'ils les prenaient en considération dans leurs pratiques quotidiennes respectives. Ibrahim, l'infirmier, et Jacques, le pédopsychiatre, disent être attentifs aux représentations de la santé et de la maladie et en tenir compte lorsqu'ils se trouvent face à des patients migrants. Or, l'intérêt pour le patient semble s'arrêter à partir du moment où celui-ci prend sa médication. Plusieurs exemples démontrent que c'est lorsque les requérants d'asile ne veulent pas prendre les médicaments qu'il faut trouver une solution. C'est une vision du déficit particulièrement poussée par les pressions économiques, qui visent une baisse des coûts et donc une prise en charge rapide. Le contexte social et politique est le premier à incriminer, avant les professionnels qui s'y ajustent.

Ensuite, je me suis questionnée sur la manière dont les requérants d'asile gèrent les potentielles différences. Après avoir analysé les entretiens, j'ai pu constater qu'aucun ancien détenteur de permis N n'évoque ces différences de représentations entre eux et les professionnels de la santé. Au contraire, ils soulignent davantage ces divergences avec les conceptions traditionnelles de leurs pays d'origine – ils ont tendance à se positionner du côté du monde biomédical. Je ne m'attendais pas à de tels résultats : ayant passé en revue la littérature à ce sujet, je pensais constater que les différentes représentations de la santé et de la maladie constituaient un élément de réponse qui permettait de comprendre pourquoi la prise en charge de ces patients migrants était plus complexe qu'avec des individus autochtones. Souvent, la littérature évoque les migrants en règle générale, et peu s'intéresse aux requérants d'asile particulièrement. On peut alors se demander si ce statut spécifique a une influence sur les individus et leurs représentations – par exemple, est-ce que le fait qu'ils soient peu

considérés par la société suisse diminue l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes, se traduisant par une adaptation absolue aux dires des professionnels et par un rejet des représentations traditionnelles ?

L'interrogation suivante portait sur les conséquences de ces potentielles différences de représentations de la santé et de la maladie. Là aussi, beaucoup de littérature a été publiée à ce sujet et j'ai constaté que la liste des conséquences ne cessait de s'élargir : non- ou mauvaise compliance, absence aux rendez-vous médicaux, coopération thérapeutique inadéquate, obstacles à la communication, établissement de stéréotypes, inégalités des soins, difficultés d'établir un diagnostic et d'assurer un suivi adéquat, et insatisfaction du patient. En m'intéressant à ces éléments, j'ai constaté que là encore, les sujets interrogés ne se sont pas attardés sur la question. Seule l'insatisfaction a été clairement abordée par deux anciens requérants d'asile, qui ont dénoncé les pratiques intolérables de certains professionnels. Pourtant, les inégalités des soins semblent être un élément essentiel dans la prise en charge de personnes requérantes d'asile puisqu'elles ont un accès limité au système de santé suisse.

Le dernier questionnaire auquel je me suis référée dans la présente étude s'attachait à comprendre comment les professionnels de la santé font face à cette problématique et quels outils ils ont à disposition afin d'y répondre. Tous les praticiens interrogés ont souligné le caractère minoritaire des cas qui impliquent de réelles complications dues aux différences de représentations de la santé et de la maladie. Néanmoins, tous ont évoqué des outils qui leur permettaient d'optimiser la prise en charge de patients migrants. Il est intéressant de souligner que ces outils viennent souvent du bon sens, et que seuls deux praticiens ont suivi une formation sur le sujet. Aucun outil abordé dans ma revue de littérature n'a été explicitement évoqué lors des entretiens avec les professionnels de la santé.

Un travail de mémoire s'inscrivant dans le domaine de la santé doit d'être placé au sein de logiques économiques et politiques plus larges. Il est essentiel de ne pas omettre ces éléments puisque ce sont eux qui gèrent les grandes lignes du domaine médical ; les professionnels de la santé doivent s'y ajuster.

Etudier le rapport qu'entretiennent les requérants d'asile avec les professionnels de la santé présente davantage de complexité. Cadrés par le système, les praticiens sont encore plus limités dans leurs possibilités d'agir avec ce type de population puisque les restrictions économiques et politiques sont plus nombreuses – limiter au maximum les dépenses, restreindre l'accès au système de santé. De même, les rapports de pouvoir sont amplifiés : le statut précaire des requérants d'asile les assigne à une position encore plus basse, créant une asymétrie plus profonde. Cependant, il est de la responsabilité de chaque professionnel de prendre en charge de manière optimale ses patients migrants. Les professionnels de la santé ont à leur disposition des outils qui leur permettent de maximiser les bénéfices de cette rencontre, que ce soit pour le patient et pour eux-mêmes. Par ailleurs, il est nécessaire de garder à l'esprit le rôle que détiennent les professionnels de la santé dans la procédure d'asile. Ce rôle modifie inexorablement les relations patients-professionnels. D'un côté, les patients se méfient de ces prétendus soignants et agissent afin d'obtenir le sésame tant désiré. De

l'autre, les professionnels doivent trouver le juste équilibre entre leurs fonctions de soignant et de représentant d'un système social (Durieux-Paillard, Dominicé Dao & Junod Perron, 2007).

Souvent considérées comme secondaires, les représentations de la santé et de la maladie nécessitent une attention particulière puisqu'elles peuvent aboutir à des incompréhensions mutuelles. Les différentes visions et rationalités peuvent s'entrechoquer assez violemment pour mettre en péril la qualité relationnelle patient-soignant, voire la qualité du soin prodigué. Comme il est possible de le constater lors de l'analyse des données obtenues, seule une minorité de requérants d'asile se trouvent confrontés à des représentations qui divergent des leurs. Plusieurs pistes ont été évoquées : les représentations mixtes au pays d'origine ; la disposition à être plus enclin au monde occidental, et donc à ses représentations ; la confiance accordée au système en constatant que la population locale est en bonne santé ; la rencontre à plusieurs reprises du système médical et l'influence que ces rencontres ont pu avoir sur les représentations de la santé et de la maladie des requérants d'asile ; le rapport de pouvoir induit par le setting médical faisant taire le patient.

Il serait intéressant de poursuivre cette recherche en s'attachant à comprendre pourquoi aussi peu de divergences sont apparus dans les dires des sujets interviewés, qu'ils soient anciens requérants d'asile, interprète ou professionnels de la santé. Sur fond de reconnaissance, cette compréhension permettrait une meilleure prise en charge et une considération des réalités de chacun face à la santé et à la maladie, qui sont des rapports au monde intimes, importants, et partagés par tous.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, P., & Herzlich, C. (2007). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin.
- Amnesty International (juillet 2013). *Politique d'asile en Suisse. Faits et chiffres*. Repéré à <http://www.amnesty.ch/fr/themes/asile-migration/asile-en-suisse/politique-dasile-en-suisse-faits-et-chiffres>
- Allophone (2013). Le Petit Robert. Repéré à <http://dicos.unil.ch/cdrobert/login.asp>
- Association jurassienne d'accueil des migrants (AJAM) (2013a). *Association jurassienne d'accueil des migrants*. Récupéré à <http://www.ajam.ch>
- Association jurassienne d'accueil des migrants (AJAM) (2013b). *Autonomisation (secteur deuxième accueil et troisième accueil)*. Récupéré à <http://www.ajam.ch/autonomisation.html>
- Association jurassienne d'accueil des migrants (AJAM) (2013c). *Socialisation (secteur premier accueil)*. Récupéré à <http://www.ajam.ch/socialisation.html>
- Association jurassienne d'accueil des migrants (AJAM) (2013d). *Soins (secteur soins)*. Récupéré à <http://www.ajam.ch/soins.html>
- Bischoff, A. (2003). *Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions*. Neuchâtel and Basel : Swiss forum for migration and population studies.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Bodenmann, P., Madrid, C., Vannotti, M., Rossi, I., & Ruiz, J. (2007). Migrations sans frontières mais... barrières des représentations. *Revue Médicale Suisse*, 3(135), 2710-2717.
- Bonneville, A., Kiss, A., Sudres, J.-L., & Moron, P. (2010). Quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Éléments pour une rencontre de l'autre. *Psychothérapies*, 30, 3-9.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2005). Un modèle intégratif en psychologie de la santé. Dans G.-N. Fischer (Dir.), *Traité de psychologie de la santé* (pp.47-71). Paris : Dunod.
- Chancellerie fédérale (avril 2013). *Ch.ch*. Récupéré à <https://www.ch.ch/fr/>
- Chimienti, M., Cattacin, S., Efionayi, D., Niederberger, M., & Losa, S. (2001). « Migration et santé » : priorités d'une stratégie d'intervention, rapport de base d'une étude Delphi (Rapport 18/2001). Berne : Office fédéral de la santé publique.

Curchod, C. (2009). *Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche. Guide pour le chercheur en sciences de la santé*. Montréal : Les Presses Universitaires de Montréal.

Durieux-Paillard, S., Dominicé Dao, M., & Junod Perron, N. (2007). Patients migrants au cabinet médical : médecine générale ou pratique spécialisée ? *Revue Médicale Suisse*, 3(126), 2167-2170.

Fainzang, S. (1989). *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*. Paris : Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.

Fassin, D. (2005). Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie. In F. Saillant & S. Genest (Dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux* (pp.383-399). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Faucherre, F., Weber, O., Singy, P., Guex, P., & Stiefel, F. (2010). L'interprète communautaire: une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle. *Revue Médicale Suisse*, 6, 336-338.

Fischer, G.-N. (2002). La psychologie de la santé : problématique et enjeux. Dans G.-N. Fischer (Dir.), *Traité de psychologie de la santé* (pp.1-18). Paris : Dunod.

Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.

Flick, U. (1993). La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Aperçu général et introduction. Dans U. Flick (Dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales* (pp.11-33). Paris : L'Harmattan.

Fondation interjurassienne pour la statistique (FISTAT) (2013). *Population résidante permanente des communes selon la nationalité et le sexe, au 1er janvier 2013. Canton du Jura*. Repéré à <http://www.fistat.ch/extranet/groups/public/documents/documents/4820946.pdf>

Giroux, E. (2010). *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Herzlich, C. (1993). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. Dans U. Flick (Dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales* (pp.347-357). Paris : L'Harmattan.

Hudelson, P. (2002). Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? *Médecine et hygiène*, 60(2407), 1775-1780.

Hudelson, P., & Stadler, H. (2005). Diversité socioculturelle et formation médicale. *Revue Médicale Suisse*, 1, 2214-2217.

INTERPRET, Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle (2012). « Glossaire » INTERPRET. Définition et explication des termes principaux dans le domaine de l'interprétariat communautaire et de la médiation interculturelle. Repéré à http://www.inter-pret.ch/uploads/media/Glossaire_INTERPRET_f.pdf

INTERPRET, Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle. (2013). *Argumentaire : interprétariat communautaire dans le domaine de la santé*. Repéré à http://www.inter-pret.ch/uploads/media/Argumentaire_sant%C3%A9_01.pdf

Jodelet, D. (1993). Les représentations sociales de la maladie mentale dans un milieu rural français : genèse, structure, fonctions. Dans U. Flick (Dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales* (pp.321-346). Paris : L'Harmattan.

Kilani, M. (2012). *Anthropologie. Du local au global*. Lausanne : Payot.

Kirmayer, L.J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety : implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-28.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.

La société canadienne d'anthropologie (2011). *Qu'est-ce que l'anthropologie ?* Repéré à <http://www.cas-sca.ca/fr/a-propos/quest-ce-que-lanthropologie>

Le Breton, D. (1993/1994). Médecine et médecines populaires au XIX^e siècle. Dans M.-O. Gonseth (Ed.), *Les frontières du mal : approches anthropologiques de la santé et de la maladie* (pp.91-102). Berne : Société suisse d'ethnologie.

Le Breton, D. (2010). Médecine, corps et anthropologie. Dans E. Hirsch (Ed.), *Traité de bioéthique* (pp.74-83). Toulouse : Erès.

Levinson, D. & Gaccione, L. (1997). *Health and illness. A cross-cultural encyclopedia*. Santa Barbara : ABC-CLIO.

Lyons, A.C. & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology. A critical introduction*. Cambridge : Cambridge University Press.

Maier, T., & Straub, M. (2011). „My head is like a bag full of rubbish”: Concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants. *Qualitative Health Research*, 21(2), 233-248.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal : Gaëtan Morin.

Métraux, J.-C. (2000). Le don au secours des appartenances plurielles. Dans P. Centlivres & I. Girod (Eds.), *Les défis migratoires* (pp.457-464). Zurich : Seismo.

Métraux, J.-C. (2005). Demandeurs d'asile. Un engagement clinique et citoyen. *Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité*, 21, 21-27.

Métraux, J.-C. (2007). Nourrir la reconnaissance mutuelle. *Le Journal des Psychologues*, 252, 57-61.

Métraux, J.-C. (2010). *Santé et migration*. Communication présentée lors du cours Santé et Migration, Lausanne.

Métraux, J.-C. (2011). *La migration comme métaphore*. Paris : La Dispute.

Moscovici, S. (1993). Préface. Dans U. Flick (Dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales* (pp.5-10). Paris : L'Harmattan.

Nils, F. & Rimé, B. (2003). *L'interview*. Dans S. Moscovici & F. Buschini (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp.165-185). Paris : Presses Universitaires de France.

Office fédéral des migrations (ODM) (2008). *Répartition des requérants d'asile entre les cantons*. Repéré à http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren/empfang/verteilung_der_asyl_suchenden.html

Office fédéral des migrations (ODM) (2010a). *Décision d'asile*. Repéré à <http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren/asylentscheid.html>

Office fédéral des migrations (ODM) (2010b). *Tradition humanitaire*. Repéré à http://www.bfm.admin.ch/bfm/fr/home/themen/asyl/humanitaere_tradition.html

Office fédéral des migrations (ODM) (2012a). *Demandes d'asile déposées à l'étranger, à la frontière, à un aéroport*. Repéré à http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren/asylgesuch/asylgesuch_aus_ausland.html

Office fédéral des migrations (ODM) (2012b). *La procédure d'asile*. Repéré à <http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren.html>

Office fédéral des migrations (ODM) (2012c). *Statistique en matière d'asile 2012*. Repéré à <http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/statistik/asylstatistik/jahr/2012/stat-jahr-2012-kommentar-f.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS) (mai 2013). *La définition de la santé de l'OMS*. Repéré à www.who.int/about/definition/fr/print.html

Perrin, E. (1993/1994). Passage d'un système de soins à un système de santé : l'exemple du mal de dos. Dans M.-O. Gonseth (Ed.), *Les frontières du mal : approches anthropologiques de la santé et de la maladie* (pp.151-168). Berne : Société suisse d'ethnologie.

Piguet, E. (2009). *L'immigration en Suisse. Cinquante ans d'entrouverture*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.

Rossi, I. (1993/1994). Corps-sujet et miroirs culturels. Santé et maladie : une diagonale anthropologie. Dans M.-O. Gonseth (Ed.), *Les frontières du mal : approches anthropologiques de la santé et de la maladie* (pp.47-64). Berne : Société suisse d'ethnologie.

Rossi, I. (2003). Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration. *Médecine et hygiène*, 61(2455), 2039-2045.

Rossi, I. (2011). Anthropologie de la santé [Présentation PowerPoint]. Université de Lausanne.

Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*. Sprimont : Mardaga.

Schulze, B., Krajic, K., Trummer, U., & Pelikan, J.M. (2003). *Subproject C: Staff training towards cultural competence*. Wien : LBIMGS.

se comprendre, service d'interprétariat communautaire pour les cantons de Fribourg et du Jura et la région francophone du canton de Berne (2013). *Rapport d'activité 2012*. Repéré à http://www.caritas.ch/fileadmin/media/caritas/Dokumente/Was_wir_tun_Schweiz/Rapport_activite_comprendre_2012.pdf

Spang, T. (Dir.). (2007). *Stratégie migration et santé (phase II : 2008-2013)*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

Weiss, R. (2005). *Macht Migration krank ? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zurich : Seismo.

Weinman, J. & Figueiras, M.J. (2002). La perception de la santé et de la maladie. Dans G.-N. Fischer (Dir.), *Traité de psychologie de la santé* (pp.117-133). Paris : Dunod.

Zani, B. (2002). Théories et modèles en psychologie de la santé. Dans G.-N. Fischer (Dir.), *Traité de psychologie de la santé* (pp.21-46). Paris : Dunod.

ANNEXES

COURTE PRÉSENTATION D'ADRIANO, EDDY ET TISHA

Adriano, environ 35 ans, originaire d'Afrique de l'Ouest

Adriano souffre d'une maladie psychique grave, qui l'oblige à être sous traitement quotidien. Cette maladie s'est déclarée selon lui après une rupture amoureuse, en Suisse. Cela fait maintenant treize ans qu'il est arrivé en Europe, dans l'espoir de gagner sa vie. Il a pourtant annoncé le jour même de l'entretien son envie de retour au pays d'origine à son référent. Adriano ne voit pas d'avenir en Suisse et préfère vieillir auprès des siens. Il espère que son retour au pays s'accompagnera d'une amélioration de sa santé. Globalement, beaucoup de souffrances se sont dégagées de cet entretien.

Eddy, environ 30 ans, originaire du Petit Caucase

Souffrant d'une maladie physique grave, Eddy est venu en Europe pour améliorer sa prise en charge, qu'il estime mauvaise dans son pays d'origine. Il nécessite des soins quasi-quotidiens, et se rend ainsi plusieurs fois par semaine à l'hôpital. Cela fait dix ans qu'il est arrivé en Suisse. Eddy évoque la solitude qu'il vit au quotidien, la discrimination subie à l'hôpital mais aussi l'étiquette de requérant d'asile qui lui colle à la peau. S'exprimant très calmement, il hausse pourtant la voix à plusieurs reprises, notamment lorsqu'il dénonce les conditions dans lesquelles il vit. Voici une de ces citations :

E80. (...) On est là parce que vraiment on avait les problèmes. On est pas débile, laisser chez nous et puis venir ici. Tu viens un pays, tu connais pas ce pays, où vraiment tu connais pas. Si tu es là, vraiment tu as le problème. Je suis d'accord, maintenant il y a beaucoup le gens qui venu ici pour faire mal, ça c'est complètement, je suis d'accord.

Tisha, environ 35 ans, originaire de l'Afrique du Nord

L'entretien avec Tisha est moins riche en informations que les deux précédents. Tisha est arrivée en Suisse il y a six ans, avec son mari – avec qui elle est séparée depuis quelques mois maintenant – et son premier enfant. Partie de son pays d'origine, elle a passé une année dans un pays transitoire, à majorité musulmane. Elle accouche de son premier enfant là-bas ; le deuxième naît en Suisse. Tisha a des problèmes de santé réguliers, qui l'obligent à consulter son médecin plusieurs fois par année. De même, elle est en contact avec le pédiatre de ses enfants.

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT



Travail de mémoire

Requérants d'asile : représentations de la santé et de la maladie

Représentations de la santé et de la maladie d'une population requérante d'asile face aux représentations de professionnels de la santé dans le canton du Jura : état des lieux

Etudiante à l'Université de Lausanne, je mène une étude dans le cadre de mon travail de Master sur les représentations de la santé et de la maladie d'une population requérante d'asile face aux représentations de professionnels de la santé dans le canton du Jura. Afin d'enrichir mon travail, je vous propose de participer à un entretien de recherche, d'une durée de 45 minutes environ ; la participation est libre et volontaire. Les renseignements donnés seront traités de manière strictement confidentielle. Après transcription, l'enregistrement sera détruit et les données concernant votre identité seront codées et rendues méconnaissables. Vous pouvez également à tout moment suspendre votre participation, sans fournir de justification. Je reste à votre disposition pour répondre à toutes vos questions et je vous remercie d'avance pour votre contribution.

Mauranne Laurent

Formulaire de consentement

- ❖ L'interviewer m'a informé-e oralement des buts de l'étude, de son déroulement, des avantages et des inconvénients éventuels.
- ❖ J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir avant de prendre ma décision.
- ❖ Je participe volontairement à cette étude, et peux à tout moment m'en retirer sans avoir à me justifier, ceci sans aucune conséquence pour moi.
- ❖ J'accepte l'enregistrement audio, qui sera utilisé pour faciliter la retranscription des entretiens et l'utilisation des informations jugées pertinentes.
- ❖ J'ai pris connaissance que les données seront anonymisées et détruites à la fin de la recherche.
- ❖ Je consens à participer à cette étude : Oui Non

Lieu et date :

L'interviewé :

L'interviewer :

CANEVAS D'ENTRETIEN : REQUÉRANTS D'ASILE

Consigne initiale : Racontez-moi comment va votre santé.

Thèmes :

- Définition/Représentation de la santé/maladie (sa santé/sa maladie)
 - Définition générale de la santé/maladie physique et de la santé/maladie psychique (facteurs pour une bonne santé, etc.)
 - Définition de la maladie spécifique (reconnaissance et dénomination), arrivée des douleurs, sévérité
 - Représentation de sa cause (naturelle ou surnaturelle) / identification de l'agent responsable / Attribution de la souffrance : trauma passé ou conditions de vie actuelle
 - Représentation du traitement approprié
 - Position de la famille, des amis
 - Position de celui qui soigne dans le pays d'origine (médecine traditionnelle)
 - *Si adepte de la « vision occidentale », comment cela se passe dans le pays d'origine ? Et votre rapport aux personnes du pays d'origine ?*

- La médecine biomédicale (occidentale) / la psychologie
 - Compréhension de ce qu'est la santé/maladie pour une médecine biomédicale / la psychologie
 - Développement de la médecine biomédicale / de la psychologie au pays d'origine et rapport à celle-ci

- Rencontre avec les professionnels de la santé
 - Choix personnel d'aller chez le médecin/psychologue ou envoi par un tiers (qui ?)
 - Attentes des consultations chez le médecin/psy (peut-il vous aider et comment ?)
 - Perception du médecin/psychologue suisse
 - **Sentiment d'écoute de la part des professionnels ? Prise en compte de leurs représentations ?**
 - **Gérer les deux représentations (laquelle est privilégiée ?)**
 - Choix du traitement thérapeutique et conception de ce traitement, attitudes à l'encontre du traitement médical (par exemple la médication), attentes concernant les résultats du traitement
 - **Conséquence de cette différence de représentations** / effets sur la prise en charge : prise de médicaments, présence aux rendez-vous, etc.
 - Utilisation parallèle d'autres services médicaux (médecin généraliste, médecin spécialiste, psychiatre, psychologue, naturopathe, médecines alternatives, thérapie par le massage, infirmier de l'institution, soins spirituels, support religieux)

CANEVAS D'ENTRETIEN : INTERPRÈTE

Consigne initiale : Pouvez-vous me parler de votre profession en lien avec les personnes requérantes d'asile ?

Thèmes :

- Interprète
 - Métier ? Depuis combien de temps ? Par qui êtes-vous mandaté ? Rôle ?
 - Définition générale de la santé/maladie physique et de la santé/maladie psychique, représentation de sa cause / identification de l'agent responsable, représentation de sa prise en charge: quel traitement thérapeutique ?
 - Prise en compte de sa propre définition culturelle lors d'une consultation
 - **Est-ce que vous percevez des représentations similaires ou différentes de la santé et de la maladie entre des requérants d'asile et des professionnels de la santé ? Lesquelles ?**
 - **Expliquez-vous clairement les différentes représentations (les similitudes et les différences) ?**

- Personnes requérantes d'asile
 - Effet du statut sur la santé
 - Accès aux systèmes de soins, rôle économique
 - Rôle politique de la santé
 - Comment les personnes requérantes d'asile vous perçoivent ?
 - Se sentent-ils écoutés dans leur définition de la maladie ? Ont-ils le sentiment que ces définitions sont prises en compte ?
 - (Quand pas interprètes) Difficultés pour comprendre les représentations (par exemple la langue, tabous, etc.)
 - **Gérer les deux représentations (laquelle est privilégiée ?)**
 - **Quelles sont les conséquences de ces potentielles différences de représentations pour les requérants d'asile, effets sur la prise en charge : prise de médicaments, aller au rendez-vous, etc.**

- Professionnel de la santé
 - Comment les professionnels de la santé vous perçoivent ?
 - **Ecoute, prise en compte de la représentation des requérants d'asile**
 - Mettent-ils l'accent sur les ressemblances ou les différences ?
 - Difficultés pour comprendre les représentations (par exemple la langue, tabous, etc.)
 - Gérer les deux représentations (laquelle est privilégiée ?)
 - **Quelles sont les conséquences de ces potentielles différences de représentations pour les professionnels de la santé, effets sur la prise en charge : prise de médicaments, présence aux rendez-vous, etc.**

Consigne finale : Est-ce pour vous les représentations de la santé et de la maladie sont une **problématique centrale** dans la prise en charge de personnes requérantes d'asile ? Avez-vous des **solutions afin d'améliorer la situation** (si elle doit être améliorée) ?

CANEVAS D'ENTRETIEN : PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Consigne initiale : Pouvez-vous me parler de votre profession en lien avec les personnes requérantes d'asile ?

Thèmes :

- La personne interviewée
 - Définition générale de la santé/maladie physique et de la santé/maladie psychique
 - Représentation de sa cause / identification de l'agent responsable
 - Sa prise en charge: quel traitement thérapeutique ?
 - Prise en compte de sa propre définition culturelle
 - (Influence de la représentation sur la relation médecin-patient)

- La médecine traditionnelle, et l' « autre » système de soins/santé
 - Compréhension de ce qu'est la santé/maladie pour une médecine traditionnelle
 - Impact de cette médecine sur son travail
 - Exemple de personnes les plus représentatives rencontrées en consultation

- Rencontre avec les personnes requérantes d'asile
 - **Ecoute, prise en compte de leurs représentations**
 - Difficultés pour comprendre les représentations (par exemple la langue, tabous, etc.)
 - **Gérer les deux représentations (laquelle est privilégiée ?)**
 - Représentation différente : spécificité de personnes migrantes ?
 - Choix du traitement thérapeutique
 - **Outil afin de répondre à cette problématique** / Compétence transculturelle, formation continue, recours à des interprètes communautaires
 - **Conséquence de cette différence de représentations**, effets sur la prise en charge : prise de médicaments, présence aux rendez-vous, etc.

Consigne finale : Est-ce pour vous les représentations de la santé et de la maladie sont une **problématique centrale** dans la prise en charge de personnes requérantes d'asile ? Avez-vous des **solutions afin d'améliorer la situation** (si elle doit être améliorée) ?

TABLEAU DES DONNÉES

Les anciens requérants d'asile :

Prénom	Sexe	Age	Etat civil	Nationalité	Profession	En Suisse depuis	Permis	Contexte de l'entretien	Durée de l'entretien
Adriano	Homme	Env. 35	Célibataire	Afrique de Sud-ouest	Domaine de la santé	13 ans	F	Une pièce dans un centre RA	50 min. 52 sec.
Eddy	Homme	Env. 30	Célibataire	Petit Caucase	Artisan	10 ans	B	Chez lui	1 h. 22 min. 09 sec.
Fama	Femme	Env. 25	Célibataire	Afrique de l'ouest	-	2 ans	B	Chez elle	15 min. 16 sec.
Bintou	Femme	Env. 50	Mariée	Corne de l'Afrique, a grandi dès 11 ans dans les Caraïbes	Formation universitaire	20 ans	B	Dans un bar relativement bruyant	2 h. 14 min. 49 sec.
Tisha	Femme	Env. 35	Séparée	Corne de l'Afrique	-	6 ans	C	Au CAFF	21 min. 07 sec.

L'interprète :

Prénom	Sexe	Age	Etat civil	Nationalité	Profession	En Suisse depuis	Contexte de l'entretien	Durée de l'entretien
Noam	Homme	Env. 50	Marié	-	Interprète	Env. 20 ans	Dans un bar calme	1 h. 16 min. 48 sec.

Les professionnels de la santé :

Prénom	Sexe	Age	Etat civil	Nationalité	Profession	Contexte de l'entretien	Durée de l'entretien
Ibrahim	Homme	Env. 60	Séparé	Afrique centrale	Infirmier	Chez lui	1 h. 23 min. 02 sec.
Michel	Homme	Env. 60	Marié	Suisse	Médecin généraliste	A son cabinet	51 min. 05 sec.
Laura	Femme	Env. 50	Mariée	Franco-Suisse	Logopédiste	A son bureau	40 min. 18 sec.
Jacques	Homme	Env. 40	Marié	Suisse	Pédopsychiatre	A son bureau	52 min. 37 sec.

L'interviewer

Prénom	Sexe	Age	Etat civil	Nationalité	Profession
Mauranne	Femme	24	Célibataire	Suisse	Etudiante en psychologie

GRILLE D'ANALYSE SIMPLIFIÉE : REQUÉRANTS D'ASILE²⁶

Thèmes	Catégories	Unités de sens
Requérant d'asile	Migration	Cause
		Echec
	Trajectoire migratoire	Arrivée en Suisse
		Passage par un autre pays
		Effets de la migration sur la santé
	Asile	Raison de la demande d'asile
		Politique d'asile
		Effets directs et indirects du statut
		Inadaptation des centres pour problèmes de santé
	La santé	Compréhension du système de santé
	La vie en Suisse	La langue
		Apprendre la manière dont fonctionne la société suisse
		Pression
		Contrainte
		Restrictions
		Retard, dégradation
		Rapport avec les autochtones
		Travail vs oisiveté
		Argent
		Etiquette d'étranger / RA
		Soutien social vs solitude
		Discrimination
		Ecoute et compréhension
		Séparation avec le conjoint
		Place de la famille
		Nostalgie du pays d'origine
	Comparaison avec le pays d'origine	
Vieillir		
Impression générale		
Retour au pays	Réflexion sur le retour	
	Retour aux sources	
	Nostalgie de la Suisse	
	Soucis administratifs	
Relation patient – professionnel de la santé	Eléments de la relation	Confiance
		Compréhension
		Compliance
		Temps de la relation
		Satisfaction des relations vs insatisfaction

²⁶ De petites modifications sur toutes les grilles d'analyse simplifiées ont dû être réalisées afin de garantir l'anonymat.

		Implication du professionnel
		Donner en retour
	Problématiques liées aux professionnels de la santé	Impuissance du professionnel
	Outil	Apprendre le français
		Interprètes
	Divers	Relation avec professionnels
		Refus de voir certains professionnels
		Prise de rendez-vous

Représentation de la santé et de la maladie	Définition de sa santé/sa maladie	Importance de la santé
		Définition selon la personne interrogée
		Définition selon son médecin
		Perception de la maladie psychique
		Diagnostic au pays
		Acceptation
	Causes de sa maladie	Choc émotionnel
		Consommation d'alcool et de cannabis
		Climat
		Gènes
		Neurologique
		Facteurs aggravants
		Méconnaissance de la cause
		En Afrique
	Effets de sa maladie	Déclenchement des crises
		Crises
		Instabilité du poids
		Fatigue
		Impact sur sa vie sentimentale
		Impact sur sa vie familiale
		Impact sur sa vie professionnelle
		Solitude
		Obligation de rester en Suisse
	Prise en charge	Dépôt
		Injections
		Prise en charge personnelle
		Ressenti face au traitement
		Effets positifs
		Effets négatifs
		Balance entre effets positifs et effets négatifs
		Implication de la famille
		Fenêtre thérapeutique
		Au pays
Médecins au pays		
Médecine traditionnelle		
Différences ailleurs vs Suisse		
Perception de la médecine occidentale ou suisse		

	Ressenti face à la maladie	Déni
		Prise de conscience
		Ne pas l'évoquer
		Raisons de ne pas l'évoquer
		Peur
		Se sentir perdu
		Tristesse
		Suicide
		Destin
		Relativiser
		Retour au pays
	Amélioration	
	Assumer sa maladie	
	Position de la famille	Connaissance de la situation médicale
		Représentations de la maladie par la famille
Confrontation de la représentation Europe vs Afrique		
Peur de la crise face à eux		
Face au retour		

Divers	Pays d'origine	Climat
		Implication suisse dans un hôpital
	En Suisse	Lieu de vie
		Visa
		Lausanne vs Jura
	Divers	Chanson
		Fumer
		Données sociodémographiques
		Enfants
		Entretien

GRILLE SIMPLIFIÉE : INTERPRÈTE

Thèmes	Catégories	Unité de sens	
Requérant d'asile	Trajectoire migratoire	Etat de santé des RA à l'arrivée en Suisse	
	Asile	Utilisation de la santé à des fins politique	
	Accès au système de santé	Processus	Effets de ce processus
		Avis concernant le processus	Utilisation de médicaments
		Aspect financier	
		La vie en Suisse	S'accrocher à des choses secondaires
	La vie en Suisse	Déni de la réalité	Resté dans la réalité du pays
		Prison	
		Méfiance entre eux	
Interprète	Sa profession	Explication générale	
		Domaine juridique	
		Domaine médical	
		Financement	
	Rapport avec d'autres structures et d'autres personnes	Rapport avec les RA	
		Rapport avec les professionnels	
		Perception de son rôle par les RA	
		Perception de son rôle par les professionnels de la santé	
	La langue en question	Perception des professionnels par l'interprète	
		Différences culturelles	
		Dialectes	
		Méthode de travail	
	Problématiques liées aux professionnels de la santé	Préparation du vocabulaire	
		Méconnaissance de l'asile	
		Méconnaissance de la société suisse	
		Professionnels étrangers	
		Manque d'expérience	
Manque de collaboration entre professionnels de la santé			
Effets du manque de collaboration			
Solutions			
Relation patient-professionnel	Eléments de la relation	Confiance	
		Reconnaissance	
		Présence aux consultations médicales	
		Compliance	
		Causes de la compliance	

		Besoin de temps
		Dégradation de la relation
		Décalage
		Exemples de décalage
	Outils	Connaissances de l'actualité
		Coûts quand absence d'interprètes
		Formation

Représentations de la santé et de la maladie	Maladie (physique et psychique)	Définition
		Rapport entre maladie physique et malade psychique
	Causes	Causes pour les Musulmans
		Causes pour l'Asie
		Divers
	Prise en charge	Perception du psychiatre
		Confrontation de la prise en charge
		Médecines traditionnelles « ailleurs »
		Médecines traditionnelles dans le Jura
		Offres dans le JU pour médecines traditionnelles « ailleurs »
		Au pays
	Confrontation des représentations	Prise en compte des représentations des RA par les professionnels de la santé
		Pas de recherches par les professionnels de la santé des représentations
		Pas d'explication de ses propres représentations
		Causes pas d'explication de ses propres représentations
Importance de cette problématique		

Divers	AJAM	Prise de rendez-vous avec interprètes
		Lien hors canton
	Divers	Personnes en danger
		Prononciation
		Intégration
		Entretien

GRILLE D'ANALYSE : PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Thèmes	Catégories	Unités de sens
Requérant d'asile	Migration	Cause
		Projet migratoire
	Trajectoire migratoire	Conditions de départ
		Voyage
		Effets du voyage sur la santé
		Effets de la migration sur la santé
		Ressenti vis-à-vis de la trajectoire migratoire
		Exemples
	Asile	Dépistage de maladies à la frontière
		Demande d'asile : raconter les motifs
		Instabilité du statut
		Effets directs et indirects du statut
		Utilisation de la santé à des fins politiques
		Avertissement de la faible pertinence des prescriptions médicales pour l'ODM
	La santé	Processus pour l'accès au système de santé
		Raison de ce processus
		Prise en charge
		Motifs de prise en charge
		Différence entre RA et Suisses
		Différences entre RA et autres migrants
	La vie en Suisse	Aspect financier
		La langue
		Diverses problématiques sociales
		Culpabilité
		Détresse
		Soutien social vs solitude
		Exclusion
Racisme		
Effets du racisme		
Reconnaissance		
Nostalgie du pays d'origine		
Différences de vécu et culturelles	Rapport à la vie et au suicide	
	Appartenance à la famille	
	Difficultés vécues au pays	
Professionnel de la santé	Sa profession	Infirmier
		Médecin généraliste
		Logopédiste
		Pédopsychiatre
	Rapport avec d'autres structures et d'autres personnes	Collaboration avec d'autres structures

		Collaboration avec l'AJAM
		Rapport avec les autres professionnels
	Problématiques liées aux professionnels de la santé	Méconnaissance de l'asile
		AJAM
		Professionnels étrangers
		Discrimination

Relation patient - professionnel	Eléments de la relation	Confiance
		Ouverture des RA
		Empathie
		Relation horizontale
		Explication du traitement
		Présence aux consultations médicales
		Compliance
		Incompréhensions dues à la langue
		Incompréhensions dues au niveau d'éducation
		Caractéristiques du suivi
		« Jugement »
		Relation migrant - migrant
		Aspects culturels
		Influence de l'évolution de l'asile
	Statut de requérant d'asile	Effet du statut : méfiance envers les professionnels
		Effet de cette méfiance : le discours du RA
		Effet de ce discours sur le traitement
		Effet de ce discours sur les professionnels
		Implication des professionnels dans la procédure
	Outils	Utilisation du symbole de la blouse blanche
		Interprètes
		Problématique liée au triadologue
		Aspect financier concernant l'interprète
		Interprètes par téléphone
		Utilisation de personnes tierces
		Anglais ou autre langue tierce
		Outil « des maux sans les mots »
		Secret professionnel
		Appartenance commune
		Formations
		Apports et effets de la formation de Métraux
Exemples pratiques de la formation de Métraux		
Avis sur les formations		
Utilisation des professionnels étrangers		
Ethnopsychiatrie		

Représentations de la santé et de la maladie	Santé et maladie (physique et psychique)	Définition de la santé
---	--	------------------------

		Définition de la maladie physique
		Définition de la maladie psychique
		Rapport entre maladie physique et maladie psychique
		Autres représentations de la maladie
		La folie
		Autres représentations du corps
		Causes d'autres représentations du corps
		Autres concepts liés à la maladie
		Aborder la maladie psychique
		Annoncer le diagnostic
	Causes	Causes pour les patients
		Causes pour les soignants
		Causes pour certaines tribus d'Afrique
		Causes pour les Musulmans / Arabes
		Causes occidentales pour les maladies psychiques
		Causes occidentales pour les maladies physiques
		Méconnaissance des causes
	Prise en charge	Acceptation de la prise en charge
		Exemples d'acceptation de la prise en charge
		Causes d'acceptation de la prise en charge
		Prise en charge à l'hôpital de jour
		Perception de la médecine occidentale
		Attentes de la médecine occidentale
		Représentations du médecin
		Rapport aux psychologues et psychiatres
		Guérisseur
		Imam
		Prise en charge de la maladie psychique « ailleurs »
		Médecine traditionnelle « ailleurs »
		Existence de la logopédie « ailleurs »
		Retour au pays
	Rencontre des représentations	Aspects culturels
		Vision du professionnel
		Apprentissage de la prise en compte des représentations
		Prise en compte des représentations des RA par les professionnels
		Prise en compte par les RA
		Absence de prise en compte
		Effets de la prise en compte
		Rencontre entre différentes représentations
		Incompréhensions
		Négociation
		Similitudes des représentations
		Importance de cette problématique
		Exemples

Divers	AJAM	Fonctionnement des centres
	Migration	Evolution de la situation de l'asile
		Effets de cette évolution
		Prise en charge médicale de la part de la Suisse
		Association Appartenances
	Santé et maladie	Utilisation de médecines d'ailleurs en Suisse
		Exemple d'un thérapeute chinois adepte de la médecine occidentale
		Hôpital de jour
		Aspect financier
	Logopédiste	Patients
		Rapport à la langue
		Manque de vocabulaire dans la langue maternelle
		Dysphasie
		Classe de transition
		Enurésie
		Travail en réseau
		Transposer la formation de Métraux à des familles suisses
		Autre formation de Métraux
		Prise de recul par rapport à une situation
	Divers	Genre et émotions
		Présentation de situations
Entretien		

**OBJECTIFS D'ENSEIGNEMENT D'UNE FORMATION EN COMPÉTENCE
TRANSCULTURELLE (HUDELSON & STADLER, 2005) :**

- Comprendre la philosophie de la formation en compétence (ou diversité) transculturelle
- Connaître les caractéristiques des populations soignées (démographie, épidémiologie disparités en matière de santé)
- Etre familier avec les concepts de base en sciences sociales
- Etre familier avec certaines pratiques médicales non conventionnelles
- Comprendre comment les facteurs sociaux et culturels affectent la santé, les habitudes sanitaires, les soins et les attentes en matière de soins
- Reconnaître que l'appartenance socioculturelle du médecin peut avoir un impact sur les soins médicaux
- Connaître les sources principales des problèmes de communication transculturelle
- Etre capable de mettre en pratique des techniques de communication transculturelle
- Etre capable de travailler efficacement avec des interprètes

**LES SIX AXES DES COMPÉTENCES TRANSCULTURELLES DE BODENMANN, MADRID,
VANNOTTI, ROSSI ET RUIZ (2007)**

Axe	Il s'agit de...
1. Prise de conscience	Réfléchir à ce que signifie pour le soignant que de parler d'une communauté spécifique de patients ; par exemple, les patients de l'ex-Yougoslavie évoquent fréquemment chez les médecins des conflits armés vécus [...].
2. Connaissance du contexte	Posséder quelques références sur le contexte social mais aussi géographique, religieux, culturel et en termes de conflits existants ou passés. Par exemple, une carte des différents pays de l'ex-Yougoslavie est très utile dans la pratique clinique.
3. Evaluation des aspects « culturels »	Se renseigner sur les aspects culturels propres à la communauté à laquelle on s'intéresse, aspects pouvant être des ressources dans la prise en charge du patient ; par exemple, qu'en est-il des croyances et de la vie spirituelle, de l'apport de la famille par rapport à la santé, de l'utilité d'une vie en communauté et de l'accès au système de soins.
4. Dynamique de la différence	Réfléchir sur les différences des systèmes de soins, des modèles explicatifs de la maladie, des traitements et des pratiques traditionnelles.
5. Communication efficace	S'intéresser à l'importance de la communication, notamment sous la forme du dialogue, mais également en termes de force de travail pour la traduction et la médiation culturelle au sein de l'institution existante.
6. Motivation personnelle et professionnelle	Faire un exercice d'introspection sur les motivations personnelles et professionnelles à prendre en charge des patients d'une communauté donnée, généralement dans un contexte de complexité.

TRANSKULTURELLE PFLEGEANAMNESE VON DOMENIG UND STAUFFER (2001, CITÉE
DANS BISCHOFF, 2003)

Voici ci-dessous les items qui doivent être soulevés :

- **Histoire de vie** : Lieu de naissance ? L'enfance, où ? Dans une zone urbaine ou rurale ? Autres lieux de vie ? Origine ? Le niveau social ? La position sociale ? Le style de vie dans le pays d'origine ? D'autres événements biographiques importants ?
- **Soins infirmiers** : Les perceptions du rôle et des tâches du personnel soignant ? Pratiques de soins traditionnelles locales ? Réserve quant aux pratiques de soins particulières ? Genre de réserves spécifiques ? Espérance du traitement ?
- **Santé et maladie** : Modèles explicatifs de la maladie ? Relation entre corps et esprit ? Stigmate de la maladie ? Attitude envers la biomédecine ? Expérience avec le système de santé ? Connaissance du système de santé local ? Pratiques de guérison religieuses ? Prise de décision dans le processus de maladie ?
- **Nutrition** : Coutume alimentaire ? Nourriture principale ? Epices ? Boissons ? Temps de repas ? Influence religieuse sur les traditions alimentaires ? Jeûne ?
- **Douleur** : Expression de douleur ? Comportement de douleur ? Rôle de la famille dans la douleur ? Douleur comme communication ?
- **Communication** : Langue maternelle ? Compétence de la langue locale ? Compétences de langue étrangère ? Alphabétisation ? Les règles et modes de communication ? Forme de communication non-verbale ? Modestie ? Signification de contact et distance ? Expressions d'émotions ? Souhait d'un interprète ? Souhait d'obtenir des informations dans la propre langue ?
- **Religion** : Engagement religieux ? Pratique religieuse ? Influence religieuse sur le style de vie comme la nourriture ? Mort ? Genre ? Rituels de guérison religieux ? Contact avec des leaders religieux ? Utilisation de symboles spirituels et rituels ? Souhait pour la religion ?
- **Travail, occupation, formation** : Dans le pays d'origine ? Dans le pays d'accueil ? Perspective professionnelle ? Satisfaction professionnelle et reconnaissance ? Souhait pour une formation professionnelle ? Situation économique ?
- **Environnement** : Situation du ménage ? Taille ? Vie standard ? Façon de vivre ? Célibataire ? Famille ? Famille étendue ? Amis ? Contact avec les voisins ? Réseau de voisinage ?
- **Réseau social** : Système familial ? Relation avec la famille ? Assistance familiale ? Visite familiale ? Réseau social dans le pays d'accueil ? Adhésion à des groupes religieux ? Associations politiques ou ethno-spécifiques ? Réseau transnational ? Communications transnationales (lettres, visites, téléphones) ? Contact avec son pays d'origine ?
- **Statut de résidence** : Statut d'étranger ? Incertitude ? Menace de retour obligatoire ? Statut irrégulier ? Naturalisation ?
- **Femmes** : Image de la femme ? Concept de rôle ? Conflits spécifiques aux femmes ? Expériences de violence (viol, violence matrimoniale, mutilation génitale) ? Concepts quant à la grossesse ? Naissance ? Planning familial ?

- **Histoire de migration** : Raisons de la migration ? Expérience de guerre et de violence (traumatisme) ? Espérances concernant la migration ? Histoire d'intégration ? Expérience de discrimination et de racisme ? Planification du retour ? Situation dans le pays d'origine ? Le style de vie change en raison de la migration ?
- **Adhésion de groupe** : Origine ? Nationalité ? Adhésion de groupes ? Enfants de migrants ? Mariage binational ?