



MIGRATIONS SANTE, N° 146/147 (2013)

Les soignants face aux migrants : représentations et pratiques cliniques

EDITORIAL

MARGUERITE COGNET* ET PRISCILLE SAUVEGRAIN**

* Université de Paris Diderot, Unité de recherche Migrations et Sociétés,
UMR 205 de l'IRD

** Docteure en sociologie (Paris VII, URMIS), Sage femme (AP-HP)

Ce numéro s'inscrit dans la continuité du précédent, pour analyser les liens entre questions de santé, processus migratoires et construction de minorités ethnicisées dans le contexte actuel de mondialisation. Dans le premier numéro, nous avons rassemblé des contributions centrées sur les migrants face à leur santé. Ce volume porte plus spécifiquement sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé face aux patients d'origine étrangère ou, du moins supposés comme tels.

Les migrants ne constituent pas des catégories de populations nouvelles dans les hôpitaux français, pas plus que dans les autres pays occidentaux. Durant le 20^{ème} siècle, l'intérêt qui a été porté en France aux travailleurs immigrants (entre autres aux hommes recrutés à la fin de la première puis de la deuxième guerre mondiale) constitue sans doute une sorte de transition entre une préoccupation à l'égard de populations considérées comme étrangères et surtout à bonne distance, ce qui ne faisait pas craindre la contamination, et une préoccupation vis-à-vis des groupes ethniques (immigrants ou descendants) qu'il faut inévitablement côtoyer. Pourtant, à cette époque-là, le voisinage est perçu comme provisoire et les autorités de santé publique ne semblent guère voir de priorités à investir à long terme dans la santé de ces populations; ni d'ailleurs à soutenir des actions pour éviter qu'ils ne rapportent des problèmes de santé quand ils retourneront dans leur pays d'origine. Pour ceux qui sont malades en France, s'il s'agit de les soigner, le principe de séparation prévaut. Le cas de l'hôpital Franco-musulman est assez intéressant (Rosenberg, 2004). Enjeu politique¹, il est aussi un terrain

d'élaboration clinique. La médecine coloniale avait dans la période précédente établi une nosographie qui permettait de distinguer les pathologies propres à l'Occident de celles qui prévalaient plutôt dans les autres pays, classées comme maladies exotiques ou tropicales et regroupant surtout des maladies parasitaires. L'étude de la santé des travailleurs immigrants va affiner cette nosographie et classer désormais les maladies de ces populations en trois groupes. En premier lieu les pathologies d'importation que les migrants ont contractées dans leur pays d'origine. Puis les pathologies d'acquisition qui s'expliquent principalement par une plus grande vulnérabilité de ceux-ci aux virus ou bactéries vis-à-vis desquels la population française aurait acquis une immunité. Enfin les pathologies dites d'adaptation qui permettent d'expliquer des complications par une moindre capacité d'action des populations immigrées elles-mêmes. Outre les interprétations strictement épidémiologiques (en termes génétiques ou biologiques) ou psychologiques, la classification selon ces trois grands types de problèmes de santé s'est très vite imposée. Dès lors, les soins qui ont été prodigués aux immigrés se sont basés sur cette triade sans réinterroger davantage les conditions dans lesquelles ils vivaient, travaillaient et pouvaient accéder aux soins.

Néanmoins dans les années 1980-90 ce modèle est critiqué à la lumière de nouvelles recherches, émanant des sciences sociales. Suivant les travaux conduits dans d'autres pays européens et nord-américains, les chercheurs français se sont attachés à montrer le poids déterminant des disparités socioéconomiques et des accès différenciés aux ressources matérielles et symboliques (Fassin, 2009; Leclerc, & al., 2008) pour expliquer les différences d'états de santé, « devenus » moins bon, des immigrés. Plus récemment les travaux se sont focalisés sur le système de santé lui-même, montrant que les inégalités de santé avaient partie liée avec des accès différenciés aux soins en termes d'accès aux droits (Gabarro, 2012) et d'accessibilité aux services mais aussi en termes de qualité des soins (Leclerc, & al., 2008). En effet et concernant ce dernier point, P. Lombrail souligne que les professionnels de santé perpétuent ou aggravent les inégalités de santé même s'ils en sont inconscients (Lombrail, 2007). Les contributeurs à ce numéro ont tous des orientations de recherche, dans différents champs de la santé, qui nourrissent ce versant d'explication des inégalités dites « sociales » de santé et s'intéressent aux représentations des professionnels du soin relativement aux origines des patients qu'ils prennent en charge. Leurs recherches ont et continuent de montrer que la qualité de la relation soignant-soigné est influencée par les caractéristiques sociodémographiques des patients mais aussi par les dispositions des soignants. Cependant, tout ceci ne peut être déconnecté du contexte clinique dans lequel ont lieu les rencontres et les soins, notamment lorsque des décisions thérapeutiques importantes ou vitales doivent être prises. Ce sont ces aspects, encore méconnus, qu'explore ce volume. Il est consacré aux représentations des soignants et à l'influence de celles-ci sur leurs pratiques quotidiennes dans des contextes cliniques interethniques.

Les articles qui constituent ce numéro sont issus de travaux réalisés en France métropolitaine, à la Réunion et au Canada. La confrontation de contextes nationaux et locaux permet de mieux mettre en perspective les effets des politiques et des programmes sanitaires sur l'accueil et les soins dispensés aux migrants. Dans chacun de ces contextes, les pratiques des soignants sont nourries de représentations de la santé, des manières de guérir, de « prendre soin », mais aussi des représentations sociales de leur rôle de soignant et de celui du soigné. Ces représentations sont pétries de valeurs, de croyances, de principes et de règles mais aussi de l'histoire des relations à l'Autre, aux minorités, qui peuvent être historicisées différemment selon ces trois lieux de recherche.

Sylvie Fortin plonge dans l'univers des soins tertiairesⁱⁱ en pédiatrie, là où l'éthique, mais aussi les enjeux de vie et de mort, sont sensés guider l'action. Elle montre qu'à l'image des localités cosmopolites du Canada, ces espaces cliniques doivent apprendre à composer avec la multiplicité de valeurs qui accompagnent les usagers de toutes provenances, mais aussi les soignants. Or les normes de ces derniers leur semblent devoir s'imposer. L'éthique clinique, loin du rempart de neutralité dont

elle est créditée *a priori*, doit se travailler au quotidien dans les services, dans la complexité des relations entre individu et collectif, entre valeurs personnelles et normes instituées, entre majoritaires et minoritaires. Les conflits qui surgissent constituent des incidents éclairants de ce travail et de ces rencontres au chevet des enfants.

Laurence Kotobi, Stéphanie Larchanché et Zahia Kessar se penchent, elles, sur les logiques qui, dans les situations de diagnostic d'une maladie grave, influencent la décision des soignants de recourir ou ne pas recourir à un interprète s'ils sont confrontés à une barrière linguistique. Les interprètes peuvent alors être professionnels, membres de l'équipe soignante, ou membres de la famille ou de l'entourage. Elles analysent les enjeux qui président à ces logiques et à ces questions éthiques que les soignants rencontrent dans leur exercice clinique, quelle que soit leur décision finale.

Priscille Sauvegrain, spécialisée en santé périnatale, porte elle le regard sur la manière dont les trajectoires de soins des femmes d'origine africaine, prises en charge dans des maternités de la région parisienne, sont influencées selon qu'elles sont catégorisées comme « femmes africaines » ou comme « Mère africaine ». Elle montre le caractère dynamique des représentations des soignants qui permet que les femmes passent d'une identité de « Femmes Africaines », une catégorie dans l'ensemble stigmatisante pour les femmes, à celle de « Mère Africaine » parées de compétences enviées.

Marguerite Cognet, s'interroge sur la façon dont les professionnels de santé de première ligne (exerçant dans les centres de santé et service sociaux) s'emparent des notions d'adaptation culturelle des services publics et de développement de compétences culturelles des soignants. Dans le contexte de la société canadienne, caractérisée par son histoire de colonialisme interne mais aussi par son engagement depuis quatre décennies sur la voie du multiculturalisme, ces notions sont fortement préconisées par le gouvernement tant au niveau provincial que fédéral. Elle examine plus spécifiquement l'influence des façons de voir des infirmières canadiennes sur leurs façons de faire vis-à-vis des migrants pris comme un « autre culturel ».

Sandra Bascougnano, qui a mené en parallèle un terrain de recherche dans la région parisienne et un à la Réunion, s'intéresse à la première génération de médecins ayant choisi de prendre en charge le VIH-Sida. Elle met en scène différentes figures qui se sont construites au cours des carrières de ces jeunes médecins qui, initialement, relevaient le défi de suivre des patients dont l'issue fatale ne faisait pas de doute. Ces carrières éclairent ce qui a « fait » la médecine du VIH-Sida, depuis l'apparition de cette pathologie virale au début des années 1980, jusqu'au suivi de malades chroniques depuis la fin des années 1990.

Enfin, Marie-Aline Pichot dans une note de recherche s'intéresse aux effets des restructurations hospitalières sur les catégories professionnelles de santé. Son analyse porte spécifiquement sur l'émergence des auxiliaires de maternité, nouveau groupe professionnel qui intègre les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes. Elle montre que dans cette fusion forcée, les auxiliaires de puériculture considèrent perdre de leur prestige professionnel. L'ethnicisation des parturientes leur permet de mettre en exergue des compétences et des connaissances, ce qui les repositionne comme professionnelles et porteuses de savoirs légitimés, primant sur le savoir « profane » des patientes.

Références

- Fassin, D. (Ed.). (2009). *Inégalités et santé*. Problèmes politiques et sociaux . Vol. 960. Paris: La Documentation Française.
- Gabarro, C. (2012). Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28 (2), 35-56.
- Leclerc, A., Kaminski, M., & Lang, T. (2008). *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action* (1 ed.). Paris La Découverte.
- Lombrail, P. (2007). Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55 (1), 23-30.
- Rosenberg, C. (2004). The Colonial Politics of Health Care Provision in Interwar Paris. *French Historical Studies*, 27 (3), 637-668.

ⁱ Si avec la crise des années 30, les travailleurs immigrés sont les premiers à subir les licenciements, les besoins de main-d'œuvre dans l'hexagone restent élevés et beaucoup doivent rester. Dans le même temps, les travailleurs coloniaux deviennent un facteur essentiel pour la gestion des relations entre la France et ses colonies, en particulier l'Algérie. En même temps il faut combattre la montée de l'internationalisme à gauche et l'anti-impérialisme du parti communiste très populaire dans le monde ouvrier. Ces deux enjeux politiques soutiennent la mise en place d'une politique de contrôle, et d'assistance avec le développement de programmes des services sociaux et sanitaires (classes de français, dispensaires, construction de l'hôpital franco-musulman) sur la logique du « séparés ensemble » (Rosenberg, 2004).

ⁱⁱ Les services de santé primaires ont le mandat des actions de promotion, prévention et post-cure. A l'autre bout du continuum des services publics de santé canadiens, les services tertiaires sont plus spécifiquement dédiés aux interventions nécessitant un haut niveau de technologie (services de néonatalogie, médecine nucléaire, transplantation etc.)

Articles

- Ethique(s) et prise de décision médicale en contexte de diversité. Sylvie Fortin
- Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier : une recherche action autour de l'annonce d'une maladie grave. Laurence Kotobi, Stéphanie Larchanché et Zahia Kessar
- Des « femmes africaines » à la « mère africaine » en maternité. Priscille Sauvegrain
- Pratiques infirmières. Façons de voir et façons de faire dans les services de santé canadiens. Marguerite Cognet
- Une médecine, des visages. Etude des figures de médecins hospitaliers du VIH-sida. Sandra Bascougnano
- Les auxiliaires de maternité. L'usage de l'ethnicité dans la redéfinition des compétences. Note de recherche. Marie-Aline Pichot