UNIVERSITE DES ANTILLES
2019

FACULTÉ DE MÉDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2019ANTI0434

SOINS ET INTERCULTURALITÉ EN GUYANE FRANÇAISE

ÉTUDE DES REPRÉSENTATIONS ET DES PRATIQUES POUR UNE PRISE EN CHARGE PLUS EFFICIENTE AUPRÈS DES POPULATIONS AMÉRINDIENNES DES COMMUNES DE L'INTÉRIEUR

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine
Hyacinthe BASTARAUD des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 26 Novembre 2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

Aydine RATSAPHOUMY JURINE

Examinateurs de la thèse :

M. NACHER	Professeur en Médecine (Président du Jury)
M. ELENGA	Professeur en Médecine
M. DJOSSOU	Professeur en Médecine
M. GARCERAN	Docteur en Médecine
Mme MERLET	Docteur en Anthropologie (Directrice de recherche)

UNIVERSITÉ DES ANTILLES

****

****

FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

***

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi	**Physiologie** CHU de MARTINIQUE
Pascal BLANCHET	**Chirurgie Urologique** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
André-Pierre UZEL	**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Pierre COUPPIE	**Dermatologie** CH de CAYENNE
Thierry DAVID	**Ophtalmologie** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Suzy DUFLO	**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Eustase JANKY	**Gynécologie-Obstétrique** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
DE BANDT Michel	**Rhumatologie** CHU de MARTINIQUE
François ROQUES	**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire** CHU de MARTINIQUE
Jean ROUDIE	**Chirurgie Digestive** CHU de MARTINIQUE

Jean-Louis ROUVILLAIN	**Chirurgie Orthopédique** CHU de MARTINIQUE
SAINTE-ROSE Christian	**Neurochirurgie Pédiatrique** CHU de MARTINIQUE
André CABIE	**Maladies Infectieuses** CHU de MARTINIQUE
Philippe CABRE	**Neurologie** CHU de MARTINIQUE
Raymond CESAIRE	**Bactériologie-Virologie-Hygiène** CHU de MARTINIQUE
Sébastien BREUREC	**Bactériologie &Vénérologie** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Maryvonne DUEYMES-BODENES	**Immunologie** CH de CAYENNE
Annie LANNUZEL	**Neurologie** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Louis JEHEL	**Psychiatrie Adulte** CHU de MARTINIQUE
Mathieu NACHER	**Epidémiologie** CH de CAYENNE
Michel CARLES	**Anesthésie-Réanimation** CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Magalie DEMAR-PIERRE	**Parasitologie et Infectiologue** CH de CAYENNE
Vincent MOLINIE	**Anatomie Cytologie Pathologique** CHU de MARTINIQUE
Philippe KADHEL	**Gynécologie-Obstétrique** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Jeannie HELENE-PELAGE	**Médecine Générale** Cabinet libéral au Gosier

MEJDOUBI Mehdi	**Radiologie et Imagerie** CHU de MARTINIQUE
VENISSAC Nicolas	**Chirurgie Thoracique Et cardiovasculaire** CHU de MARTINIQUE
DJOSSOU Félix	**Maladies Infectieuses Et tropicales** CH de CAYENNE
Christophe DELIGNY	**Gériatrie et biologie du vieillissement** CHU de MARTINIQUE
Narcisse ELENGA	**Pédiatrie** CH de CAYENNE
Karim FARID	**Médecine Nucléaire** CHU de MARTINIQUE
Moustapha DRAME	**Épidémiologie Économie de la Santé** CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associés

Franciane GANE-TROPLENT	**Médecine générale** Cabinet libéral les Abymes

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO	**Cardiologie** CHU de MARTINIQUE
Fritz-Line VELAYOUDOM épse CEPHISE	**Endocrinologie** CHU de GUADELOUPE
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH	**Nutrition** CHU de GUADELOUPE
TABUE TEGUO Maturin	**Médecine interne** CHU de GUADELOUPE
GELU-SIMEON Moana	**Gastroentérologie** CHU de GUADELOUPE

BACCINI Véronique — **Hématologie, Transfusion**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

MASSE Franck — **Médecine Générale**

CARRERE Philippe — **Médecine Générale**

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte — **Endocrinologie**
CHU DE GUADELOUPE

CHAUMONT Hugo — **Neurologie**
CHU de GUADELOUPE

BUTORI Pauline — **ORL**
CHU de GUADELOUPE

BONIFAY Timothée — **Médecine Générale**
CHU de Cayenne Croix rouge

DURTETTE Charlotte — **Médecine Interne**
CHU de MARTINIQUE

RENARD Guillaume — **Chirurgie Orthopédique**
CHU de MARTINIQUE

CHEVALLIER Ludivine — **Chirurgie Générale et VIS**
CH de CAYENNE

SYLVESTRE Emmanuelle — **Maladies Infectieuses**
CHU de MARTINIQUE

POUY Sébastien — **Cardiologie**
CHU de MARTINIQUE

HUYGHUES DES ETAGES Gunther — **ORL**
CHU de GUADELOUPE

HENNO Florent — **Anesthésiologie/Réanimation**
CHU de GUADELOUPE

PASQUIER Jérémie	**Maladies Infectieuses Maladies Tropicales** CHU de MARTINIQUE
MONFORT Astrid	**Cardiologie** CHU de MARTINIQUE
PERROT Emmanuel	**Urologie** CHU de GUADELOUPE
JEREMIE Jean-Marc	**Psychiatrie** CHU de MARTINIQUE
TRAMIER Ambre	**Gynécologie Obstétrique** CHU de GUADELOUPE
SAINTE-ROSE Vincent	**Parasitologie** CH de Cayenne
ROLLE Amélie	**Anesthèsie-Réanimation** CHU de GUADELOUPE
CARPIN Jamila	**Médecine Générale** Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane
PLACIDE Axiane	**Médecine Générale** CHU de MARTINIQUE
NIEMETZKY Florence	**Médecine Générale** CH de CAYENNE
BLAIZOT Romain	**Dermatologie** CH de CAYENNE
PARSEMAIN Aurélie	**ORL** CHU de GUADELOUPE
DUDOUIT Sylvain	**Chirurgie Orthopédique** CHU de GUADELOUPE

PRÉFACE

« La Guyane, de cet enfer vert, je n'ai retenu que le vert ».

Cette destination porteuse d'effroi dans l'imaginaire de beaucoup, fut pour moi dès l'enfance source de rêveries sur l'Amazonie. La cité bétonnée dans laquelle je grandissais constituait une véritable mosaïque culturelle. Face à ce théâtre des interactions humaines, le rapport à l'Autre me questionnait déjà, d'autant plus qu'à l'époque, j'évoluais moi-même au cœur d'une communauté laotienne.

Mes parents, réfugiés politiques, furent contraints de fuir le Laos pourtant cher à leurs yeux. Après avoir traversé la seconde guerre d'Indochine et survécu à la guerre civile qui déchirait le pays, mon père fut sommé, après l'abolition de la monarchie, de rejoindre les camps de « rééducation ». Il choisit le chemin de l'exil.
Une nuit, sans un mot, pour protéger sa famille de la répression ambiante, il prit la fuite, ce chemin de liberté alors, avec sa femme et sa fille qui marchait à peine. Plus tard il évoquera cette fenêtre éclairée, celle de ses parents, qu'il regarda longtemps dans le silence de la nuit depuis la lisière de la forêt, avant de s'enfoncer dans l'obscurité des sous-bois. Mes parents avaient décidé de monter dans une pirogue avec un passeur et de traverser le Mékong à la lumière du clair de lune pour entrer clandestinement en Thaïlande.
Ma mère racontera après de nombreuses années de silence, la façon dont elle avait accroché de l'or avec une petite corde sur la taille de sa fille et de son mari, dans l'espoir, expliquera-t-elle, qu'en cas d'issue funeste, la personne qui retrouverait leurs corps au bord du fleuve puisse assurer des rites funéraires. Elle précisera qu'à ce moment, trois dangers les guettaient : la police laotienne, qui les aurait fusillés, le passeur (certains prenaient l'argent et noyaient ceux qui tentaient de fuir) et le Mékong, dont les rapides sont réputés dangereux.
Mais c'est par la police thaïlandaise qu'ils furent arrêtés et extorqués.

En Thaïlande, dans les camps de réfugiés, mon père fut agent de santé. Bénévolement, il tentait d'assurer la traduction (le Laos est un ancien protectorat français) pour les soignants de Médecins Sans Frontières (MSF) et les accompagnait sur les postes délocalisés où il prodiguait des soins de premiers recours et d'urgence appris au contact des médecins.
C'est grâce à ces derniers que ma famille pu immigrer en France.

J’ai choisi l’internat Antilles-Guyane pour la Guyane, et la Guyane pour les centres de santé et ses contacts privilégiés avec les populations autochtones. Il y a des lieux qui vous touchent par leur beauté. La Guyane, en plus d’être belle, est une terre mystérieuse et sauvage, qui vous marque profondément. Il était essentiel que je rende, à travers ce travail de thèse, un peu de ce qu’elle m’avait donné.

Je dédie cette thèse à ma mère Sirivanh (surnommée *« Kay»* dans ma langue), pour son courage et sa force ; et à mon père Koulay, qui me répétait souvent : *« Peu importe d’où tu viens, quand on veut, on peut ».*

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Mathieu Nacher,

Vos remarques aiguisées et votre enthousiasme pédagogique éveillent les doctorants à votre contact. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

À Monsieur le Professeur Narcisse Elenga,

Altruiste et bienveillant, vous faites partie des praticiens qui m'ont marquée durant l'internat. Je suis reconnaissante pour ce que vous m'avez appris, tant sur le plan humain que médical.
Merci de me faire l'honneur d'être membre de ce jury.

À Monsieur le Professeur Félix Djossou,

Votre simplicité et votre humour sont une ode à la joie pour les gens qui vous croisent.
Merci de me faire l'honneur d'être membre de ce jury.

Au Dr Nicolas Garcéran, médecin coordinateur des CDPS,

Ta volonté d'améliorer le monde force le respect.
Merci de me faire l'honneur d'être membre de ce jury.

Au Dr Paul Brousse, grand érudit,

Merci de m'avoir aidée à semer les graines que j'avais en tête.
Rachel a su brillamment me montrer comment les arroser.
Je suis heureuse de te présenter les fruits de ce que nous avions planté ensemble.

Au Dr Rachel Merlet, anthropologue passionnée,

Tu m'as appris la méthodologie et la rigueur en Sciences humaines.
Chacune de nos entrevues fut enrichissante et c'est avec grand plaisir que j'y participais.
Tu m'as fait confiance et tu m'as encouragée à me dépasser.
Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

À ma famille, mon sang,

À ma grande sœur Nano, ma bonne fée magique et pleine de grâce.

À ma petite sœur Yoyo, explosive de bonnes ondes avec ton rire et ta joie de vivre !

À mon petit frère Tawen, discret et secret, tu brilleras toujours à mes yeux.

À mon grand frère Pacific, le *« magnifique »* plein de malice.

À mes parents, qui ont traversé les frontières pour nous offrir une vie meilleure.

Merci !

À ma famille de cœur,

À Sarouny, avec qui j'ai grandi. Tu as partagé mes rires et mes pleurs, mes rêves et mes terreurs. C'est avec joie que je partage aujourd'hui mes espoirs et mon bonheur.

À Tiffany, une ode à la folie et aux éclats de rire, qui me comprend si bien, bienveillante et toujours présente, même à des milliers de kilomètres.

Merci !

À mes amis d'ici et d'ailleurs, de voyages et de rires, de galères et de joie,

À Dani, femme d'exception, une belle étoile a rejoint la voûte céleste.

À Marie-Hélène, pour votre courage et votre force et à Jacques, pour votre solidarité.

À Jean-Paul, pour votre soutien durant mes études.

À Gilles, tu sais ce que je pense… « *L'essentiel est invisible pour les yeux ».*

À Ludivine, ma maman-chat, partenaire de rire et de danse, j'espère te retrouver bientôt.

À Nathalie, belle âme altruiste, pour ta présence à mes côtés à Lyon.

À Hakima, avec qui j'ai partagé de sacrées épreuves : *« Ça y est je suis enfin docteur wesh ! »*

À Mathieu, tu nous manques, la Guyane n'est pas pareille sans toi.

À Mo et Jean-Pierre, ma famille laotienne en Guyane.

À mon girlsband guyanais de folie : Jeanne la rebelle, Stéphanie la meilleure des coachs, Esther la belle, Marie la philosophe, Inès la joie de vivre, Nath la voyageuse.

À mon boysband martiniquais de feu : Pablito le généreux, Micka l'ambianceur, Hosam le tueur, Olivier le chambreur.

En attendant l'envoi de nos remerciements écrits, je fais une dédicace spéciale ici à celles et ceux qui ont traversé l'Atlantique (ou la France) pour assister à la célébration de notre mariage le 17 août et de notre Baci le 24 août 2019 !

Merci !

À tous les professionnels de santé qui m'ont soutenue durant ce travail,

Aux soignants qui m'ont fait confiance, m'ont partagé leur expérience et sans qui cette étude n'aurait pas été possible. Par soucis de confidentialité, je ne peux pas citer de noms, chacun(e) de vous se reconnaîtra.

À tous ceux qui m'ont accueillie durant la période itinérante de collecte des données à travers les fleuves Maroni et Oyapock.

Aux logisticiens Olivier, Philippe, Sylvain (Cayenne), Stéphane (St Georges), Lani (Saint Laurent), Christelle (Maripasoula) qui ont facilités mes itinéraires en bus et en pirogue entre les différents CDPS.

Aux secrétaires Mme Lutin, Géraldine, Pascal, qui m'ont accueillie à chacun de mes passages à la coordination des CDPS avec le sourire et le café.

Au Dr Rémy Pignoux, pour son expertise sur le terrain et ses précieux conseils,

À Timothée et Lindsay, pour leur œil universitaire avisé.

À Morina (Nano), pour sa relecture acharnée,

À Jordène (Yoyo), pour l'organisation de la venue exceptionnelle de ma mère,

À Marie Hélène, pour sa touche finale.

Merci !

À Rémi, mon mari et ma lumière,

Libre et rêveur, toujours présent, pour le meilleur et pour le pire.

Tu as été à mes côtés à chaque étape de ce travail, depuis ce jour où une intrigante chercheuse est venue poser son hamac sur ta terrasse, après avoir trébuchée dans l'eau en sortant de la pirogue... Tu as sacrifié les *Terres Australes* pour « *voyager sur la planète Aydine* », tu m'as offert un mariage et un Baci magnifiques et nous voilà, au bout de cet intense cheminement, avec cette thèse finie que nous avons portée ensemble ; nous allons enfin pouvoir habiter dans notre si joli carbet construit ensemble aussi, au milieu des singes et des oiseaux, comme j'en rêvais. Les mots me manquent pour t'exprimer toute ma reconnaissance et mon amour…

Je te promets de continuer à rêver avec toi tous les jours et jusqu'à nos vieux jours.

Khoy mak tchao lalay...

Nous ne voyons pas les autres comme ils sont, mais comme nous sommes nous-mêmes.

Emmanuel Kant

RÉSUMÉ

Contexte : En Guyane française, les Amérindiens se retrouvent dans un système de santé dont l'itinéraire thérapeutique s'articule autour de leur médecine traditionnelle et d'une biomédecine prodiguée par des professionnels de santé originaires pour la plupart de la France hexagonale. Ces derniers exercent au sein du territoire de l'Intérieur et interviennent dans une « complexité de contact interculturel » qui influence la relation soignant soigné et affecte l'adhésion thérapeutique.

Objectif : Mieux comprendre la relation soignant soigné inscrite dans cette « complexité du contact interculturel » en explorant les représentations et les pratiques de santé afin de dégager des stratégies d'amélioration pour une prise en charge plus efficiente auprès des populations amérindiennes des communes de l'Intérieur.

Méthodologie : Étude de terrain menée entre janvier 2018 et mars 2019, faisant appel aux méthodes qualitatives de recherche. Un échantillonnage ciblé a permis la participation de dix-sept professionnels de santé exerçant dans les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) et Centre Départemental de Prévention et de Vaccination–Protection Maternelle et Infantile (CDPV-PMI) de l'Intérieur. Des entretiens individuels semi-structurés ont été menés jusqu'à la saturation des données afin d'explorer les représentations, les difficultés rencontrées et les outils mobilisés par ces soignants dans leur pratique courante. Le traitement des données a nécessité des grilles d'analyse constituées à partir des retranscriptions d'entretiens et croisées avec des observations participantes et des recherches bibliographiques dans les champs médicaux et anthropologiques.

Résultats et Analyse : La relation soignant soigné est le lieu d'un rapport de pouvoir qui s'inscrit dans une rencontre asymétrique et inégale. Malgré leur ancienneté, les soignants restent marqués de représentations ethnocentriques inhérentes à chaque culture et très éloignées de celles des Amérindiens. La divergence de représentations de santé impacte particulièrement la pratique.

Discussion et Stratégies proposées : Il convient de se décentrer, pour pénétrer dans le cadre de référence de l'Autre et de rééquilibrer les rapports pour améliorer la relation soignant soigné. L'exploration des savoirs et savoir-faire populaires et l'application de méthodes d'enseignement pour donner les instructions encouragent l'adhésion thérapeutique des patients. Les « intervenants homethniques » peuvent aider à promouvoir la santé communautaire et une formation à l'interculturalité favoriserait un éveil aiguisé à l'Altérité.

Conclusion : Connaître la culture de l'autre et/ou être de la même origine ethnique ne suffisent pas pour être efficace ; développer d'autres compétences comme l'humilité, la réflexion critique, l'ouverture et la sensibilité culturelle entre autres, demeure indispensable. Chaque relation est singulière et unique, le clinicien doit apprendre à mobiliser sa créativité pour forger ses propres outils de communication car finalement, le principal outil, c'est soi-même.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AS : Agent de santé
CHAR : Centre Hospitalier Andrée Rosemon
CDPS : Centre Délocalisé de Prévention et de Soins
CDPV : Centre Départementale de Prévention et de Vaccination
DRP: Désobstruction rhinopharyngée
EVA : Échelle Visuelle Analogique
IDE : Infirmier(ière) diplômé d'État
MRQ : Méthodes de Recherches Qualitatives
PMI : Protection Maternelle et Infantile
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SF : Sage-femme

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Carte des lieux de vie principaux des différentes ethnies amérindiennes de Guyane en 2005 (Ethnies n°32-32, 2005)……p27

Figure 2 : Carte des Centres Délocalisés de Prévention et de Soin (CDPS) en Guyane en 2017 (Brousse &Travers, 2017)……..p28

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION……17

II. CADRE THÉORIQUE

La relation soignant soigné inscrite dans la « complexité du contact interculturel »

1. L'Intérieur, lieu d'un rapport dominant/dominé.....20
2. La relation soignant soigné.....21
3. Le processus d'interaction, de communication interculturelle.....22
4. Les représentations sociales de santé.....23

III. MÉTHODOLOGIE

Une recherche qualitative en santé

1. Approche méthodologique et environnement.....26
2. Population d'étude.....29
3. Source des données.....31
4. Le terrain.....33
5. Traitement des données.....36
6. Les forces et les difficultés méthodologiques.....40

IV. RÉSULTATS ET ANALYSE

1. Représentations sociales de santé des professionnels.....44
   1.1 Le soignant métropolitain, le « patron »……...44
   1.2 L'agent de santé, l'intermédiaire……..46
   1.3 Le patient amérindien, le « timide »……48

2. Les difficultés rencontrées dans la pratique courante.....50
   2.1 Les barrières communicationnelles……..50
   2.2 Les déterminants culturels à l'adhésion thérapeutique……..…...52
   2.3 Les déterminants socio-économiques et environnementaux……54

3. Les outils mobilisés dans la pratique courante.....57
   3.1 Outils mobilisés en consultation…….…..57
   3.2 Exploration des savoirs et savoir-faire populaires…….…...60
   3.3 Application de méthodes éprouvées par l'enseignement……..…...62

V. DISCUSSION ET STRATÉGIES PROPOSÉES

1. Résultats principaux……....65

2. Formalisation et transmission des postures et des pratiques……...67
2.1 Postulat et prérequis……..…….…67
2.2 Explorer les savoirs et savoir-faire populaires……..…….…69
2.3 Appliquer des méthodes éprouvées par l'enseignement…….…….....71
2.4 L'expérience de Dr Carles, médecin en milieu interculturel…….…....72

3. Promotion de la santé communautaire……....73
3.1 La santé communautaire…….…….....74
3.2 Les intervenants homethniques…….…….…...74
3.3 Envisager l'intégration des agents de santé communautaires…..…….....76
3.4 L'exemple de nos voisins brésiliens……..…….…...…77

4. Aiguiser l'éveil à l'Altérité…….….....78
4.1 La formation à l'interculturalité……...…..……....79
4.2 Envisager une étude du point de vue des soignés…….…….....….81

VI. CONCLUSION…….……..…..…..82

VII. ANNEXES……....…...…….83

VIII. BIBLIOGRAPHIE…….…….…...85

I. INTRODUCTION

Située en Amérique du Sud, bordée à l'Ouest par le Suriname, au Sud et à l'Est par le Brésil, la Guyane est un département français d'outre-mer depuis 1946. À l'époque, seul le littoral est départementalisé. Le territoire de l'Intérieur appelé l'« Inini » est sous un protectorat à l'intention des populations amérindiennes. Semi-nomades, ces dernières vivent sur un territoire couvert de forêts équatoriales denses, accessible uniquement en pirogue (plus tard par avion) par le fleuve Maroni à l'Ouest et par le fleuve Oyapock au Sud-Est. Ces populations ont un mode de vie centré sur la chasse, la pêche, la cueillette et l'agriculture sur brûlis, dits « abattis » et leurs pratiques sanitaires reposent sur une pharmacopée et une médecine « traditionnelles » (Chapuis, 1996, pp. 32-36).

Dans les années 1960, le processus de « francisation » (Hurault, 1972) entraîne la dissolution de l'Inini. Le territoire de l'Intérieur entre dans la départementalisation. Cinq communes sont créées dont celles de Maripasoula à l'Ouest et Camopi à l'Est. Les Amérindiens sont sommés de choisir la nationalité française et avec elle, les avantages sociaux et financiers. Ces populations traditionnellement semi-nomades, vont progressivement se sédentariser autour des villages où les écoles et les « postes de santé » sont implantés[1].

Ces derniers, appelés dans les années 1940 des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) et Centre Départemental de Prévention et de Vaccination–Protection Maternelle et Infantile (CDPV-PMI) assurent la prise en charge sanitaire des populations, notamment de l'Intérieur (Brousse & Travers, 2017). Les Amérindiens se retrouvent alors dans un système de santé dont l'itinéraire thérapeutique s'articule autour de leur médecine traditionnelle et d'une biomédecine prodiguée par des professionnels de santé, souvent recrutés en métropole par carence de ressources locales (Bachy, 2011). Faisant pour la plupart partie de cette identité ethnique catégorisée appelée Métropolitains (Carde, 2013), ils interviennent dans des territoires où vivent des populations dont ils ignorent souvent les cultures.

[1] Premières écoles françaises dans les villages amérindiens du Haut Maroni : Twenké en 1974, puis Antécume Pata en 1986, Talhuen 1990. Premier poste de santé à Maripasoula en 1950 (Chapuis, 1998, p.41)
Premières écoles françaises dans les villages amérindiens du Haut Oyapock : Camopi dans les années 1950 et Trois-Sauts en 1971 (Léglise I& Migge, 2007, p.272). Premier poste de santé à Camopi dans les années 1950 (Damien & al., 2012).

Dans les communes de l'Intérieur, la relation de soin s'inscrit dans cette « complexité du contact interculturel » : il s'agit non seulement de différences culturelles mais aussi d'un rapport social où se trouve une « *culture valorisée face à une autre qui l'est moins, un rapport dominant/dominé, ex-colonisateur/ex-colonisé [...] »* (Cohen-Emerique, 1993). Cette rencontre interculturelle est marquée, comme le souligne Estelle Carde, par des « *des variables territoriales, socio-économiques et d'origine [...], liées par des logiques structurelles historiquement construites* » (2009, p. 187). Elle est conditionnée par des représentations sociales propres à chaque culture et ces dernières jouent un rôle essentiel dans la relation de soin, elles sont *« un guide pour l'action »* (Abric, 1999, cité par Formarier, 2007, p.35) et impactent donc les pratiques sanitaires.

Cette « complexité du contact interculturel » génère des incompréhensions et posent plusieurs défis à la pratique médicale en Guyane. La barrière de la langue, les représentations différentes du corps et de la maladie rendent difficile l'évaluation des symptômes, le diagnostic et les thérapeutiques, la relative efficacité de la biomédecine sur certaines pathologies interroge les soignants. L'impact des recommandations souvent standardisées de prévention et de promotion de la santé reste également limité.

Face à ces obstacles, les professionnels de santé mobilisent des savoirs — des savoir-faire, des savoir-être — souvent acquis par l'expérience. Identifier ces savoirs liés à une prise en charge efficiente des patients amérindiens permettraient de les promouvoir et de dégager des stratégies d'amélioration. Explorer les représentations sociales des professionnels affectant leurs pratiques sanitaires permettrait d'en prendre conscience et de favoriser « l'approche, l'attitude interculturelle » (Cohen-Emerique, 1993, p.72).

Cette étude vise à mieux comprendre la relation soignant soigné inscrite dans cette « complexité du contact interculturel » (Cohen-Emerique, 1993) en explorant les représentations et les pratiques. Il s'agit de dégager des stratégies permettant une prise en charge plus efficiente des populations amérindiennes de l'Intérieur. Nous présenterons les résultats d'une étude de terrain menée entre janvier 2018 et mars 2019 auprès de dix-sept professionnels de santé exerçant dans les CDPS et CDPV-PMI de l'Intérieur — et vivant au sein des populations amérindiennes des communes de l'Intérieur.

Dans un premier temps, il sera question de cette « complexité du contact interculturel ». Nous expliciterons ensuite la méthodologie qualitative utilisée. Après avoir décrit les représentations de ces professionnels confrontés à l'altérité culturelle, nous verrons les difficultés rencontrées et les outils mobilisés dans les pratiques de soin. En dernier lieu, nous proposerons des stratégies susceptibles d'améliorer la relation soignant soigné et de favoriser l'adhésion thérapeutique des patients.

II. CADRE THÉORIQUE

La relation soignant soigné inscrite dans la « complexité du contact interculturel ».

1. L'Intérieur, lieu d'un rapport dominant/dominé

À l'arrivée des premiers Européens au XVIe siècle, les Amérindiens sont 30 000 en Guyane. Ils sont reconnus par la France « *comme des peuples libres, ayant droit de se déplacer et de se régir à leur guise* » (Chapuis, 2007, p.69). Ces premiers contacts avec les « colons » entraînent des épidémies et des maladies provoquant une diminution de la population amérindienne. À cela s'ajoutent la conquête du territoire, la dépossession, la marginalisation et l'assimilation.

On compte moins d'un millier d'Amérindiens au moment où le régime départemental se met en place (Mam Lam Fouk, 2018, p.223). Dans l'Intérieur, les Wayampi[2] étaient 6000 en 1824 ; ils ne sont plus qu'environ 700 en 1840 (P. & F. Grenand, 1979, p.363, p.364, cités par Mama Lam Fouk, 2018, p.166, p.167). Quant aux Wayana[3], ils étaient 5000 en 1890, ils ne sont plus que 500 en 1950 (Chapuis, 1998, p.26).

Cette tendance s'inverse au cours des années 1960 avec la dissolution de l'Inini pour en faire cinq communes dont celles de Camopi à l'Est et Maripasoula à l'Ouest (la plus grande de France). C'est à cette période relativement récente que les premières structures sanitaires ainsi que les écoles voient le jour dans les communes de l'Intérieur.

« L'assimilation par l'école » débute dans ces territoires à partir de 1969 avec la réforme du découpage communal qui englobe désormais toutes les populations amérindiennes dans le maillage administratif français, où le droit commun leur est appliqué (Mam Lam Fouk, 2018, p.223). Ce nouveau maillage administratif donne à Cayenne (relais du pouvoir métropolitain) « *les moyens du contrôle de la totalité du territoire, abolissant ainsi, sur le plan politique, l'opposition Littoral/Intérieur* » (Mam Lam Fouk, 2018, p.231).

---

2 Ethnie amérindienne vivant principalement sur le Haut Oyapock
3 Ethnie amérindienne vivant principalement sur le Haut Maroni

Les Amérindiens sont sommés de choisir la nationalité française et avec elle, les avantages sociaux et financiers. Certaines ethnies comme les Wayana refusent[4] (Chapuis, 1998, p.40), la « résistance amérindienne » s'organise. Elle aboutit notamment en décembre 1981 à la création de l'Association des Amérindiens de Guyane française. L'association milite pour la reconnaissance des « droits [des] premiers occupants » (Tiouka, 2017) et entend modifier la représentation de l'Amérindien « primitif » et ignorant du mode de vie des « civilisés », pour lui substituer celle d'individus porteurs de cultures à prendre en compte, entre autres, dans la scolarisation des enfants.

2. La relation soignant soigné

La relation soignant soigné se définit comme *« un processus thérapeutique basé sur la communication avec comme but, la promotion des valeurs, des intérêts de la santé et du bien être de la personne soignée »* (Pazargadi, Moghadam, et al, 2015 cité par Berthet et Boloré, 2017). Cette communication est donc essentielle — Raymond Massé la considère même comme le moteur intrinsèque de la pratique médicale : *« La médecine est une science de la communication entre soignant et soigné »* écrit-il (1995, p.281).
C'est aussi une rencontre singulière, asymétrique et inégale qui se construit autour d'un double langage particulièrement complexe, celui du corps et de la parole. Cette rencontre est à la fois codifiée et imprévisible nous dit Formarier, ce qui la rend, quel que soit le contexte, toujours délicate. Elle implique des attentes, des affects et des représentations spécifiques (2007, p.34).

Dans la pratique médicale courante en Guyane en générale et dans les territoires de l'Intérieur en particulier, cette relation soignant soigné s'inscrit dans une « complexité du contact interculturel ». Cette complexité génère des incompréhensions et posent plusieurs défis aux soignants, connaître la culture de l'autre (ou être de la même origine) n'étant pas suffisant pour faire preuve d'efficacité.
Les difficultés relationnelles décriées dans la pratique courante avec les patients amérindiens ne peuvent pas se résumer *« aux différences culturelles* ». Cette *« approche culturaliste »* permet seulement de faire l'économie d'une autre interprétation des difficultés d'accès aux soins qui

[4] Ils n'obtiennent la nationalité française qu'à partir des années 1980.

« *pourrait révéler sa propre responsabilité dans ces difficultés »* (Carde, 2016, p.153, p.156).
Il est toujours plus facile d'accuser l'Autre, évitant ainsi le malaise d'une véritable remise en question, qui, pourtant, nous permettrait de *« faire émerger la relativité de ses points de vue »*, et donc, d'appréhender l'Autre dans sa globalité, de le comprendre et se faire comprendre — en somme : pénétrer dans le *« système de référence de l'autre »,* condition pour que la communication s'établisse véritablement (Cohen-Emerique, 1993, p.76, p.72).

3. Le processus d'interaction, de communication interculturelle

L'interculturel étant une rencontre « *entre deux individus qui ont intériorisé dans leur subjectivité une culture, unique à chaque fois en fonction de leur âge, sexe, statut social et trajectoire personnelle* », le processus de reconnaissance d'une altérité différente culturellement va donc se dérouler à l'intérieur de plusieurs paramètres et va se heurter à la complexité et à la difficulté qu'introduisent ces paramètres.
En effet, dans ce *« processus d'interaction, de communication »* il n'est pas seulement question de différences culturelles, dans la perception que chacun a de l'autre, plusieurs paramètres inconscients sont intégrés (rapport social, rapport dominant/dominé, etc.).
Un individu faisant partie de la culture dominante ou du statut dominant ne percevra pas toujours le rapport de pouvoir et/ou social qui se joue lors cette rencontre interculturelle. Pourtant, il est essentiel de comprendre que « *la reconnaissance de l'autre, l'étranger, le différent passe par la prise en compte de toutes ces dimensions allant bien au-delà de la connaissance de la culture d'origine »* (Cohen-Emerique, 1993, p.72).

L'interculturel défini par Cohen-Emerique, est « *un processus d'interaction, de communication où deux acteurs sont en présence* ». On ne rencontre pas, ajoute-telle « *une culture mais des individus et des groupes qui mettent en scène une culture* » (1993, pp.72-73).
En d'autres termes, l'interaction impliquant la mouvance, la rencontre interculturelle s'inscrit dans une dynamique en perpétuel mouvement en fonction de notre évolution et de notre situation à un instant donné (âge, sexe, statut social et trajectoire personnelle).
Rien n'est permanent, rien n'est figé et pour expliciter la culture, Cohen-Émérique évoque d'ailleurs les termes propres au théâtre (acteurs, mise en scène) : il n'y a pas de réalité objective dans ce *« processus d'interaction, de communication »,* toute rencontre avec l'altérité est à

considérer en fonction d'un *« contexte à définir à chaque fois »* qui, ajoute-t-elle *« s'ancre dans des situations, dans des contextes qui sont marqués par l'histoire, l'économique, le politique »* (1993, p.72).

4. Les représentations sociales de santé

Les professionnels de santé, eux-mêmes porteurs d'une culture, mettent en scène leur propre système de valeurs et de normes dans l'interaction avec le patient.
Ils appartiennent à un système de croyances, valeurs, symboles, autrement dit un système de représentations de la santé propre à une culture donnée, en l'occurrence métropolitaine, occidentale pour certains et amérindienne pour d'autres. Leurs représentations sociales sont le « *produit d'un travail collectif d'interprétation, et de là, de construction de la réalité […], des langages qui permettent la communication entre les membres d'une même socioculture »* (Massé, 1995, p.331).

Les représentations des maladies, quant à elles, sont définies comme *« un ensemble organisé de croyances qu'entretiennent les individus au sujet des maladies en général ou d'une maladie en particulier, par exemple le diabète »* (Ogden, 2008 cité par Levesque, 2015, p36). Abric affirme que *« la représentation sociale est un guide pour l'action, elle détermine face à une situation, un ensemble d'anticipations et d'attentes qui prédétermine l'interaction » (*1999, cité par Formarier, 2007, p.35).

Leventhal approfondit en nous expliquant que ces représentations conditionnent l'itinéraire thérapeutique choisi par un patient : « *elles orientent la prise de décision, à savoir à quel moment la personne ira chercher de l'aide, la source de soins qui sera privilégiée ainsi que les pratiques qui seront utilisées pour rétablir son état de santé »* (Leventhal, Nerenz et Steele, 1984 ; Leventhal et Cameron, 2001, cités par Levesque, p38).
Les représentations des maladies jouent donc un rôle déterminant dans la façon dont un individu réagit face à un ensemble de symptômes.

Cottin va plus loin, en considérant la représentation sociale de santé comme un déterminant majeur de l'adhésion thérapeutique (2012, p.295). L'OMS définit l'adhésion thérapeutique comme étant *« une appropriation réfléchie de la part du patient de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements associée à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit »* (2003, cité par Cottin, 2012, p.292). Elle correspond au rapport entre ce que le patient fait de manière acceptée et ce que le soignant dit de faire en essayant de le convaincre. Elle représente donc le degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique.

Les variations culturelles dans la façon dont les individus se représentent la santé ou les maladies peuvent avoir des implications importantes, entre autres, sur la qualité de la relation patient-médecin, particulièrement en contexte interculturel (Levesque, 2015, p.48).
En effet, l'écart entre la vision biomédicale des professionnels de santé et les conceptions de santé des patients issus de cultures différentes peut entraîner des malentendus compte tenu du fait que les représentations de la santé et des maladies sont souvent implicites, chaque partie tient pour acquis que l'autre partage nécessairement la même vision (Armstrong et Swartzman, 2001, cités par Levesque, 2015, p.48).
Par ailleurs, Phatak a démontré qu'environ 20 % de l'adhésion était liée aux représentations des pathologies (Phatak & Thomas, 2006, cité par Cottin, 2012, p.293). Les soignants devraient donc apprendre à les identifier, les faire émerger et surtout adapter leurs propositions thérapeutiques.

Pour conclure, la pratique médicale est mise au défi en Guyane, car, à cette complexité inhérente à toute relation soignant soigné s'ajoute la « complexité du contact interculturel ». Notre enquête de terrain permettra d'explorer les représentations des professionnels de santé et de voir comment elles influencent les pratiques sanitaires. Certains freins à l'adhésion thérapeutique ainsi que les outils liés à une prise en charge efficiente des patients amérindiens pourront également être identifiés.

En abordant les facteurs d'influence qui les sous-tendent, il s'agira de mieux comprendre la relation soignant soigné inscrite dans cette « complexité du contact interculturel » (Cohen-Emerique, 1993) à travers l'étude des représentations et des pratiques sanitaires.

Cela permettra de cerner et de promouvoir les facteurs efficaces et d'agir sur ceux qui le sont moins. Des stratégies simples à adopter dans la pratique courante et accessibles aux professionnels de santé pourront être proposées afin d'encourager une prise en charge plus efficiente des populations amérindiennes des communes de l'Intérieur.

III. MÉTHODOLOGIE

Une recherche qualitative en santé

1. Approche méthodologique et environnement

1.1 Schéma d'étude

Cette recherche en soins de santé repose sur les Méthodes de Recherches Qualitatives (MRQ), qui sont des *« techniques de collecte et d'analyse de données visant à comprendre les expériences personnelles et expliquer certains phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie »* (Kohn & Christiaens, 2014, p.68). Le travail de terrain s'est appuyé sur le Guide de l'enquête de terrain (Beaud & Weber, 1997). La rédaction du rapport s'est inspirée, quant à elle, du Guide de présentation pour les études qualitatives de l' Agence de santé publique du Canada (2016).

Réalisée entre janvier 2018 et mars 2019, à raison de 4 séjours durant les mois de janvier, de mars-avril, puis septembre-octobre 2018 et mars 2019, cette étude a permis de mener des entretiens individuels semi-structurés auprès de dix-sept professionnels de santé exerçant au sein des CDPS, CDPV-PMI des communes de l'Intérieur.

1.2 L'Intérieur

L'Intérieur est un territoire couvert de forêts équatoriales denses, accessible uniquement en pirogue ou voie aérienne par les deux grands fleuves de Guyane : le Maroni à l'Ouest, délimitant la frontière avec le Surinam et le fleuve Oyapock au Sud-Est, faisant la frontière avec le Brésil.

Des populations amérindiennes vivent sur le haut de ces deux grands fleuves :

- Les Wayana, sur le Haut Maroni, principalement dans les villages de Talhuen et Antécume Pata mais aussi Pidima. Un certain nombre de Wayana vivent dans le bourg de Maripasoula et dans les villages d'Aloike et Boussoussa à 5 min du bourg de Maripasoula

- Les Wayampi et les Téko (ou Émerillon) sur le Haut Oyapock dans les villages de Camopi et Trois Sauts.

Ces populations côtoient à l'Ouest les Noirs Marrons appelés « Bushinengue », essentiellement Aluku, descendants d'esclaves africains échappés des plantations hollandaises (aujourd'hui le Surinam) venus se réfugier sur le Marwini, affluent du Maroni, au cours du 19ème siècle.

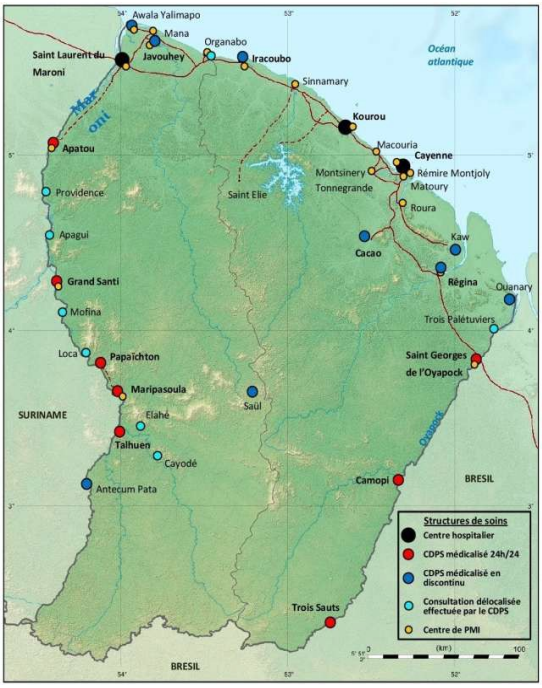


Carte, 2005, *Ethnies* n° 31-32, « Guyane, le renouveau amérindien ».

Figure 1 : Carte des lieux de vie principaux des différentes ethnies amérindiennes de Guyane en 2005 (Ethnies n°32-32, 2005).

1.3 Les CDPS et CDPV-PMI

En 1944, des services médico-sociaux responsables de soins, d'hygiène du milieu, d'éducation sanitaire et de surveillance sociale sont créés. Ils sont gérés par le Conseil Général depuis la décentralisation en 1983.



Le CHAR reprend l'activité curative en 2000 sous l'appellation des CDPS[5] (Brousse & Ville, 2014).

Les CDPS médicalisés en discontinu n'ont pas de médecin sur site mais des tournées et vacations médicales régulières.

Le CDPV-PMI est quand à lui médicalisé et des tournées médicales mensuelles sont assurées dans les villages amérindiens (Pidima, Antécume Pata, Talhuen, Twenké, Kayodé et Elahé). Les soins y sont gratuits.

Figure 2 : Carte des Centres Délocalisés de Prévention et de Soin (CDPS) en Guyane en 2017 (Brousse &Travers, 2017)

- Sur la commune de Camopi, Haut Oyapock, accessible en 1h d'avion de Cayenne ou une journée de pirogue de Saint Georges, l'offre sanitaire comprend deux CDPS médicalisés en permanence à Trois-Sauts et Camopi.

- Sur la commune de Maripasoula, Haut Maroni, accessible en 1h d'avion du littoral ou une journée de pirogue de Saint Laurent du Maroni, l'offre sanitaire comprend deux CDPS médicalisés en permanence à Maripasoula et Talhuen, un en discontinu à Antécume Pata et un CDPV-PMI à Maripasoula.

[5] Les CDPS sont aujourd'hui au nombre de 18 et portés à 25 avec les consultations délocalisées.

1.4 Collecte des données

La collecte des données a été réalisée dans les établissements de santé des communes de l'Intérieur suivantes :

- Sur le Haut Maroni, dans le bourg de Maripasoula, constitué d'une population multiculturelle (Noirs Marrons et Amérindiens wayana) et dans les Villages de Talhuen et d'Antécume Pata constitués d'une population à dominante wayana.
- Sur le Haut Oyapock, dans la commune de Camopi, constituée d'une population surtout wayampi et téko.

Nous souhaitions nous rapprocher d'une représentativité qualitative de la population des professionnels de santé vivant auprès des populations amérindiennes. Ainsi, les centres de santé éligibles devaient se situer au sein des communes de l'Intérieur et prendre en charge une population majoritairement constituée d'Amérindiens.
L'inclusion du bourg de Maripasoula était justifiée par sa forte activité médicale et le grand nombre de professionnels de santé pouvant répondre à l'étude. Il est à noter que ces soignants tournent sur plusieurs sites et CDPS différents, notamment en pays amérindien.

2. Population d'étude

2.1 Description de la population

Nous sommes partis du principe que les professionnels de santé des CDPS/CDPV/PMI des communes de l'Intérieur représentaient un groupe socio-culturel à part entière.

Souvent recrutés en métropole par carence de ressources locales, ces professionnels faisaient pour la plupart partie de cette identité ethnique catégorisée appelée Métropolitains (Carde, 2013). En dépit de leur faible poids démographique (12 % de la population vivant en Guyane en 1999 [Thurmes, 2006] cité par Carde, 2016, p.126), ils sont *« à double titre des acteurs majoritaires »*, d'une part par leur statut professionnel — plus de la moitié (53 %) sont agents de la fonction publique représentant la plupart des médecins, infirmiers, sages-femmes et des

responsables administratifs — et d'autre part, ils appartiennent de par leur origine française et métropolitaine à la culture dite « dominante » — « *référence imposée au fil des siècles de dépendance d'une petite colonie envers sa [mère patrie] »* (Carde, 2016, p.126).

Ces professionnels vivent auprès des populations amérindiennes des communes de l'Intérieur, dans des villages à 2-3h de pirogue de Maripasoula pour Antécume Pata ou 4h à 6h de pirogue de St Georges pour Camopi. En poste isolé, ils tournent tous les un à trois mois pour éviter l'exposition à des prises de risques (Brousse & Ville, 2014). La plupart des soignants travaillent donc sur plusieurs sites. L'expérience sur le terrain et leur immersion dans cette Altérité leur permet une découverte de l'Autre et d'eux-mêmes.

Seuls les agents de santé, issus de recrutements locaux (Amérindiens, Noirs Marrons, Créoles) sont en poste depuis de nombreuses années, avec un turn-over faible contrairement au personnel métropolitain.

2.2 Méthodes de sélection des participants

Nous avons utilisé l'échantillonnage ciblé, afin de sélectionner les participants ayant le potentiel à fournir des données diverses et variées pertinentes pour la question de recherche (Kohn L, Christiaens, 2014). C'est pourquoi, pour être éligibles à la participation de l'étude, ces professionnels devaient être connus et respectés par les autres professionnels de santé comme étant les sources les plus fiables et adaptées à l'enquête (Bourbonnais, 2015).

L'objectif était de maximiser la possibilité de produire suffisamment de données pour répondre à la question de recherche générale (Green & Thorogood, 2004). Idéalement, l'échantillon devait être composé des différentes « caractéristiques de la population » pour s'assurer que les arguments et les idées des participants reflètent les opinions et les attitudes de la population concernée (Bourbonnais, 2015).

La taille de l'échantillon n'avait pas été définie auparavant. L'échantillon de type qualitatif consistant à collecter un maximum de variabilité de réponses, le recrutement des participants s'est poursuivi jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information, idée ou thématique n'émerge, autrement dit, jusqu'à la « saturation des données » (Bloor M, Wood F, 2006, cité par Bourbonnais, 2015).

2.3 Participants sélectionnés

Les professionnels de santé représentaient les individus travaillant dans un établissement de soins en contact avec les patients lors des consultations. Par soucis de confidentialité, notamment vis à vis des agents de santé, peu nombreux, certains éléments pouvant permettre de les identifier seront omis volontairement.

Nous avons interrogé au total :

- Onze soignants originaires pour la plupart de la France Hexagonale

  (5 médecins, 4 infirmier(ière)s [IDE], 2 sages-femmes [SF]), en poste en Guyane depuis plus de deux ans.

- Six agents de santé (AS) originaires du territoire, à l'exception d'un agent, qui fut en poste en pays amérindien pendant plus de 20 ans. Ces AS, sous contrat en tant qu'agents de service hospitalier ou d'aides-soignants (pour ceux ayant obtenu l'équivalence) remplissent sensiblement les mêmes fonctions, la subtilité étant surtout administrative.

3. Source des données

3.1 Les entretiens individuels semi-structurés

Les entretiens individuels semi-structurés élaborés à partir d'une liste de thématiques enrichie par des questions ouvertes, ont permis de collecter des récits de vie professionnelle, des points de vue, croyances, attitudes, comportements, représentations et pratiques des soignants dans la relation à l'Autre. D'une durée de 30 à 120 minutes, ils ont été menés sous enregistrement audio autorisé et complétés par des notes d'entretien sur papier.

Un engagement sur l'anonymat a été pris et une fiche de consentement à signer a été proposée pour valider l'engagement. Les entrevues se déroulaient dans un espace calme, sur un temps dédié, avec un rendez-vous pris au préalable.

Des données socio-démographiques telles que l'âge, la formation et la trajectoire professionnelle étaient relevées afin de mieux contextualiser les propos.

3.2 La recherche bibliographique

Un travail de documentation préalable au terrain a été réalisé, avec des lectures informatives et généralistes (à propos de la méthodologie qualitative et de la culture amérindienne) permettant d'étayer les questions tout en concevant une approche historique et théorique. Ensuite, après le terrain, nous avons privilégié des lectures critiques et spécialisées (concernant des concepts sur l'interculturalité).

3.3 L'observation participante

L'observation est utile pour mieux comprendre ce que les gens disent à propos de situations complexes. Plus que regarder autour de soi, il s'agit *« d'enregistrer activement des informations selon un certain nombre de dimensions, telles que les lieux, les personnes (les acteurs) et les activités »* (Spradley, 1980, cité par Bourbonnais, 2015).

Observer signifie *« porter son attention sur les détails, l'information visuelle autant qu'auditive, la dimension temporelle, l'interaction entre les personnes et l'établissement de liens avec catégories mentales »* (Bowling, 1997, Spradley, 1980, Mortelmans, 2009 cités par Bourbonnais, 2015).

Dans l'observation participante, l'observateur a un rôle précis. En pratique, avec l'autorisation des soignants et des soignés, j'assistais aux consultations médicales, aux soins infirmiers et j'apportais au besoin mon aide, lors des prises en charge médicales (mes expériences professionnelles dans les services de réanimation et des urgences pédiatriques rassuraient les équipes).

À noter, l'observation participante a débuté dès le départ de Cayenne lors du premier séjour au sein des territoires de l'Intérieur en janvier 2018. Entièrement itinérant, il a été décidé de prendre les transports mis à disposition par les CDPS (bus, pirogue) afin d'observer la logistique et les modalités des trajets des patients, qui bénéficient des transports initialement prévus pour le ravitaillement en matériel et thérapeutiques des CDPS.

4. Le terrain

Dans les territoires de l'Intérieur, les distances sont longues. L'acheminement des patients ou du ravitaillement est difficile. À l'isolement géographique s'ajoutent l'absence d'infrastructures et les contraintes socio-économiques.
Le premier séjour sur le terrain fut entièrement itinérant sur le Haut Maroni et le Haut Oyapock. Les séjours suivants se sont déroulés exclusivement sur le Haut Maroni, en particulier à Talhuen et à Antécume Pata.

4.1 Premier séjour itinérant sur le terrain

Le premier séjour (janvier 2018) fut itinérant durant un mois. Les transports mis à disposition par les CDPS, facilités par les logisticiens des CDPS, ont été privilégiés (bus, pirogue de fret, pirogue de transport des patients).

Équipée uniquement d'un sac à dos étanche de 30L contenant ordinateur, hamac avec moustiquaire intégrée et quelques effets personnels, mon hébergement était assuré au gré des rencontres dans les établissements de soin, dans les carbets communaux ou associatifs (comme l'association YEPE à Antécume Pata) ou parfois, sur les rives du fleuve, à la lisière de la forêt, lorsqu'à la nuit tombante le piroguier était obligé de s'arrêter.

Dans ces territoires de l'Intérieur, l'isolement géographique et les contraintes logistiques favorisent l'entraide et la solidarité entre personnels soignants. Mon statut de médecin-chercheuse m'a permise d'être bien accueillie auprès du personnel de santé, qui m'offrait souvent le gîte et le couvert. Utiliser les transports de fret me donnait l'occasion d'observer la logistique, la façon dont sont acheminés les médicaments et le matériel, l'itinéraire des patients lors de leur départ pour le CHAR, ainsi que leur itinéraire de retour en commune.

Les fleuves de Guyane étant considérés comme impraticables jusqu'à peu, le transport fluvial pour les patients au sortir ou en vue de l'hospitalisation n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. Cela oblige le CHAR à mettre à disposition des patients originaires des communes de l'Intérieur un moyen de transport.

Itinéraire Haut Maroni

- Départ de Cayenne en minibus un matin à 5h, avec des patients qui retournaient en communes, direction St-Laurent-du-Maroni. Multiples stops dans les différents CDPS (Iracoubo, Awala-Yalimapo) pour livrer du matériel et des traitements, arrivée en début d'après-midi.

- Départ de Saint-Laurent-du-Maroni un matin, pour une dizaine d'heures direction Maripasoula. Le trajet, long et fatiguant, oblige les passagers à s'allonger sur le sol. Une mère, sortant de la maternité avec son nouveau-né, me confie son autre enfant, plus grand, qui passera le trajet à dormir sur mes genoux. Stop au CDPS d'Apatou pour livraison, stop dans un « campou »[6] surinamien pour déjeuner, au menu le repas courant du fleuve, le « bami »[7].

- Trajet Grand Santi-Maripasoula avec la grande pirogue de fret[8] mensuelle venant de Saint-Laurent-du-Maroni. Stop au bord du fleuve, surpris par la nuit, impossible de communiquer avec les piroguiers d'origine surinamaise. N'ayant rien prévu pour dîner, ils partagent avec moi ce qu'ils ont : du pain brioché.

- A l'arrivée à Maripasoula, je croise la pirogue des CDPS, avec une sage-femme[9] et un IDE en partance pour Antécume Pata (l'IDE allait remplacer celui actuellement présent dans le village depuis 1 mois), je les interpelle et saute directement dedans depuis ma pirogue. Après 2h de trajet, petit stop à Talhuen pour récupérer le médecin qui part faire sa tournée hebdomadaire en poste délocalisé[10].

---

6 Un campou est un petit groupe d'habitations, en général 4 ou 5, installées en bord de fleuve

7 Plat d'inspiration javanaise à base de nouilles sautées avec une sauce « saté » accompagnant une viande ou un poisson.

8 Une pirogue hebdomadaire assure le transport du matériel, des thérapeutiques et des patients et une pirogue mensuelle assure le transport du fret uniquement, sauf exception (n'étant pas adapté pour le transport de passagers)

9 Visites délocalisées obstétricales régulières à Talhuen et à Antécume Pata, assurées en alternance entre la SF du CDPS et celle de la PMI

10 Consultations délocalisées hebdomadaires du médecin de Talhuen en alternance entre Antécume Pata et Elaé/Kayodé.

- Le lendemain, sur le chemin du retour à Maripasoula, on s'arrête une nouvelle fois à Talhuen, cette fois-ci pour récupérer les prises de sang en attente dans la centrifugeuse[11]. Ce retour est marqué par un incident. Le piroguier nous transporte à la tombée de la nuit à une vitesse dangereuse (1h de trajet contre 2h habituellement). Dans l'éventualité d'un accident (le piroguier, ivre, ne voulait pas entendre raison et s'arrêter) je récupère les portables de l'IDE et de la SF pour les protéger dans mon sac étanche, que je ferme convenablement et que je maintiens fermement (il contient mon bien le plus précieux : les données bibliographiques et les données audios issues de mes différents entretiens contenues dans mon ordinateur), je mets mon gilet de sauvetage et enjoins les autres à faire de même. Arrivés heureusement sains et saufs à destination, je me sens soulagée. Je relâche l'attention et c'est finalement là que je tombe dans l'eau, en trébuchant au moment de sortir de la pirogue. Heureusement, le sac étanche était bien fermé…

Itinéraire Haut Oyapock

- Départ de Cayenne un matin en minibus à 5h, avec des patients qui retournaient en commune, direction Saint-Georges. Un stop dans le CDPS de Régina pour livrer du matériel et des traitements, arrivée en début d'après-midi. Après livraison et récupération de fret (qui contient une dizaine de gros bidons d'essence pour la pirogue allant à Trois-Saut), départ en 4x4 depuis le CDPS, direction le Saut Maripa. Après 1h de trajet difficile sous un soleil de plomb (je suis montée dans la benne pour céder la place aux patients) au gré des trous énormes rencontrés sur la piste, l'arrivée au saut est marqué par un temps de déchargement/chargement de la livraison. Je monte avec la sage-femme direction Camopi pour 5h de trajet en pirogue[12].

[11] Les prises de sang se font une fois par semaine et sont transportées en sac réfrigéré sur la pirogue pour Maripasoula, puis en avion pour Cayenne.

[12] Le CHAR assure une pirogue hebdomadaire jusqu'à Camopi et une pirogue toutes les 2 semaines jusqu'à Trois Sauts pour assurer le ravitaillement médical

- Le retour à Cayenne est marqué par l'accompagnement de plusieurs femmes enceintes originaires de Trois Sauts, en route pour le CHAR[13] au vue de leur accouchement.
- Arrivée à Saint-Georges, après un temps de déchargement-chargement du minibus et de rassemblement des patients de Saint-Georges en direction de Cayenne, le départ se fait dans l'après-midi.

4.2 Séjours suivants sur le Haut Maroni

Les trois séjours suivants ont été réalisés exclusivement sur le Haut Maroni, dans la commune de Maripasoula, principalement à Talhuen et Antécume Pata. Ils m'ont permis de participer à la prise en charge des populations amérindiennes, d'observer le travail des soignants et des agents de santé. Ce fut l'occasion également de mieux approcher les agents, afin de favoriser la verbalisation durant l'entretien. Une observation de l'environnement dans lequel vivent les soignants, les agents de santé et la population a pu également être réalisée.

Maripasoula

Privée de tout accès routier, la commune de Maripasoula, noyée dans la forêt tropicale humide du sud-ouest de la Guyane, ne possède que deux moyens de liaison avec le littoral : le fleuve et les airs (la pirogue et l'avion).
À ce problème d'enclavement s'ajoute un déficit d'équipements, de nombreux villages de la commune n'ont ni électricité ni téléphone. En ce qui concerne l'eau potable, si l'approvisionnement est correct dans les principaux bourgs, la plupart des écarts ne disposent au mieux que d'un robinet collectif. Les quelques pistes existantes sont défoncées. Les cours d'eau sont fréquemment transformés en décharges. Les réseaux d'assainissement sont très rares.

Le Maroni, voie de communication traditionnelle permettant de rallier Saint-Laurent-du-Maroni (installé à son débouché), autorise la circulation de pirogues de fret et de passagers ne dépassant pas une quinzaine de mètres de long. Cette liaison, parsemée de rapides ou « sauts », s'avère aléatoire, voire dangereuse en saison sèche.

[13] Les parturientes de l'Intérieur sont sommées de rejoindre le CHAR un mois avant leur accouchement

Le trajet Maripasoula-Saint-Laurent-du-Maroni dure entre un et quatre jours selon la charge et la hauteur du fleuve. Il prive les passagers du moindre confort. Quant à la liaison aérienne, elle est beaucoup plus onéreuse (Bassargette D, Di Meo, 2008).

Talhuen

En l'absence d'infrastructures sur place, le bagage en soute (10kg) lors du trajet en avion Cayenne-Maripasoula est privilégié pour acheminer la nourriture. Le premier séjour sur le terrain avait été réalisé sous une chaleur écrasante (janvier 2018), le deuxième le fut en saison des pluies et le trajet Maripasoula-Talhuen en taxi-pirogue[14] se fit sous une pluie torrentielle un 21 mars 2018. Le trajet dura près de 4h (le piroguier, ivre, s'arrêtait à chaque « chinois »[15] pour acheter d'autres bières).

Les soignants vivent dans une maison en bois reliée au CDPS par un ponton : infirmier et médecin partagent la même maison. Les coupures d'eau et d'électricité sont courantes ici. Une sage-femme me raconte qu'elle a dû accoucher une femme à Talhuen un jour, sans eau courante, ni électricité. La parturiente n'avait pas pu rejoindre le CHAR, durant les blocages de l'aéroport lors des manifestions de Mars-Avril 2017. Elle s'était vu contrainte de rompre la poche des eaux à 18h, pour ne pas être affectée par l'absence de lumière.

Il y a une participation active des soignants (et de moi-même) pour transporter le ravitaillement. Les soins s'arrêtent, c'est un temps dédié qui peut être long et fatiguant (soleil brûlant, pente à monter à Talhuen, escaliers à Antécum Pata, etc.)

Antécume Pata

Il n'y a pas d'eau courante et pas d'électricité en continue dans les logements, qui se résument à un carbet, pour les habitants, mais aussi pour le personnels de santé vivant là. Il n'y a pas de WC ni de douche dans le logement de l'IDE en poste : tout se fait dans le fleuve (idem pour le médecin qui reste 2 jours lors de ses tournées médicales) ou dans des toilettes sèches aménagées derrière un rideau.

Par ailleurs, les coupures d'électricité sont fréquentes au CDPS d'Antécume Pata.

---

[14] Départs quotidiens irréguliers (hors week-ends et vacances scolaires) de plusieurs taxis-pirogues privées qui assurent la liaison jusqu'à Antécume Pata

[15] Nom familier donné aux épiceries en Guyane, souvent tenues par des personnes d'origine chinoise

Synthèse

La description du terrain permet d'argumenter l'immersion propre à la démarche anthropologique. L'observation participe à la triangulation des données et permet de souligner certains points essentiels, mais que nous mentionnerons simplement (n'étant pas la thématique de notre étude), pouvant entraver la prise en charge médicale des patients amérindiens :

- Contraintes logistiques (ravitaillement du matériel et des thérapeutiques, biologie transportée en sac réfrigéré pendant plusieurs heures en pirogue, etc.)
- Absence d'infrastructures (transport des patients à assurer, acheminement de l'alimentation contraignant, etc.)
- Isolement géographique (distances très longues, complexité de prise en charge de cas graves, etc.)
- Contraintes socio-économiques et environnementales (absence d'eau potable, d'électricité, chaleur, pluie, etc.)
- Obstacles communicationnelles (barrières de la langue, codes culturels, etc.)

5. Traitement des données

Après retranscription des entretiens, comme pour toute étude qualitative, il s'agissait principalement de réduire les verbatim[16] à l'aide de codes[17] puis d'identifier les différences et similarités entre les données en confrontant les résultats à des écrits (Miles & Huberman, 2003, cité par Bourbonnais, 2015 : 29).

[16] Texte intégralement retranscrit

[17] Les codes désignent des unités de signification trouvés dans le texte

5.1 La retranscription manuelle

Dix entretiens parmi les plus pertinents (3 médecins, 1 SF, 2 IDE, 4 AS) ont été intégralement retranscrits, mot à mot, avec les silences, les expressions (rire, ironie, indignation) notifiés. Les moins contributifs (2 médecins, 1 SF, 2 IDE, 2 AS) ont été retranscrits partiellement.

Chaque heure d'enregistrement nécessitait au minimum 7h de retranscription. Cette étape a mobilisée au total une centaine d'heures de travail et a produit une centaine de pages de données.

5 .2 La codification manuelle

Miles & Huberman énoncent que la codification relève de l'analyse : *« examiner une série de notes de terrain, transcrites ou synthétisées, et les disséquer avec intelligence, tout en préservant intactes les relations entre les segments de données, constituent le cœur de l'analyse ».* Cette partie de l'analyse comprend la façon dont on a différencié et combiné les données extraites et les réflexions nourries par cette information.

Les codes sont des étiquettes qui désignent des unités de signification et sont habituellement attachés à des « segments » de taille variable – mots, locutions, phrases ou paragraphes entiers (Miles & Huberman, 2003, pp. 112-119).

Afin de faciliter le processus de codification (étape longue et fastidieuse) une « liste de codes de départ », provenant des thématiques de l'étude, a été établie à la phase initiale de l'enquête de terrain puis adaptée et ajustée au cours de l'étude, en fonction des réponses des participants. En d'autres termes, nous avons créer un *« plan général de codage qui ne soit pas lié au contenu mais indique les grands domaines dans lesquels les codes devront être inductivement conçus* » (Miles, M. & Huberman, 2003, pp. 112-119).

Le traitement des données a nécessité des grilles d'analyse constituées à partir de ces retranscriptions. Il repose sur une méthode d'analyse permettant, nous dit Bourbonnais « *de dégager les significations des comportements et qui peut s'appliquer en science infirmière* » (2015, p.29).

5.3 L'identification des différences et similarités entre les données

Cette méthode décrite par Spradley (1979) comporte différentes phases réalisées de manière itérative, permettant d'identifier les différences et similarités entre les données : les analyses de domaine, taxonomique, componentielle et thématique (cité par Bourbonnais, 2015).

- L'analyse de domaine a consisté à regrouper chaque code attribué lors de la réduction des données, à un domaine.
- L'analyse taxonomique a permis d'organiser entre eux les codes associés à un même domaine afin de souligner les similarités entre ces sous-groupes de données.
- L'analyse componentielle a consisté à faire ressortir les différences entre les codes de divers domaines afin de constituer un « paradigme » tout en identifiant l'ensemble des codes à distinguer.
- Enfin, l'analyse thématique a permis de formuler des thèmes en établissant des liens entre les divers domaines identifiés.

5.4 La triangulation multiple des données

Afin d'accroître la validité de l'étude, les données ont été soumises à une triangulation multiple — en d'autres termes : à la confrontation des différentes sources de données entre elles. Les grilles d'analyse ont ainsi été croisées avec des observations participantes, d'autres entretiens plus informels et des écrits concernant les champs médicaux et anthropologiques.

6. Forces et difficultés méthodologiques

6.1 Forces de la méthodologie

Les forces de l'étude résident d'une part aux avantages liées à toute étude qualitative, et d'autres part au fait qu'elle interroge le système de santé via le regard de professionnels métropolitains et amérindiens.

Kohn & Chritians énoncent que la recherche qualitative permet d'appréhender les problématiques liées aux soins de santé en se penchant plus spécifiquement sur les perceptions, les représentations et les expériences des différents intervenants.
Les avantages d'une collecte de données qualitatives résident dans la *« richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié* ».
Ils affirment par ailleurs, que *« une douzaine d'entretiens bien ciblés peut suffire à atteindre l'objectif de saturation »* — l'idée de représentativité étant considérée comme une représentativité *« des perspectives, des significations, des opinions et des idées »* des différentes parties prenantes (2014).

Nous avons donc questionné les pratiques, les récits d'expérience, en invitant les professionnels à parler de ce qu'ils font (ou ont fait) et à raconter des anecdotes pour favoriser l'émergence d'éléments intéressants car *« l'anecdote est ainsi un très bon révélateur et analyseur de situations sociales »* (Beaud et Weber, 1997, p.222) et permet l'expression de récits approfondis. Les expériences et les croyances liées à la santé émanant étroitement des situations de la vie quotidienne, les interactions entre les gens étaient observées dans leur milieu naturel. La recherche qualitative est toujours itérative : elle doit être revue à partir de suppositions, d'hypothèses ou des théories générales qui changent et se développent tout au long des étapes successives du processus de recherche.

La triangulation permet une compréhension en profondeur des comportements humains à l'étude. Elle consiste en une confrontation des données provenant de méthodes plurielles de collectes (données d'observations, d'entretiens, de documents) ; de divers éléments théoriques ou de plusieurs perspectives grâce à l'inclusion de différents groupes d'acteurs (soignants métropolitains et agents de santé autochtones) dans l'étude.

Cette triangulation permet de combiner les avantages de multiples et différentes stratégies afin de pallier les désavantages propres à chacune.

Les périodes d'immersion ont facilité une approche et une mise en confiance des participants — favorisant la verbalisation. Les entrevues réalisées après plusieurs périodes d'immersion avec les agents de santé étaient d'ailleurs beaucoup plus contributives que celles menées au début de cette étude. Ces périodes d'immersion donnaient également l'opportunité de réaliser des observations participantes.

En dernier lieu, Beaud & Weber (1997) affirment que seul l'enquêteur/chercheur est responsable de son travail du début à la fin : du projet de recherche à l'enquête puis à l'analyse et enfin au texte définitif. C'est la même personne qui définit son thème, choisit son terrain, trouve les interlocuteurs et négocie avec eux, observe, interprète les données qu'elle a ainsi produites et en publie les résultats. Pour autant, le soutien de notre directrice de recherche a permis d'affiner et d'approfondir certaines analyses, l'approche pluridisciplinaire représentant un atout indéniable.

6.2 Difficultés rencontrées

Conduite de l'entretien

À la phase initiale de l'enquête, il avait été mis en place un guide d'entretien structuré. L'utilisation d'un tel procédé dans le contexte de la recherche en soins de santé était justifiée par le fait que l'objectif était d'identifier des points de vue, des croyances et des expériences de soignants (Kohn et Christiaens, 2014).
Or, Beaud & Weber (1997) affirment que le guide d'entretien tend à souligner la situation d'enquête en accentuant son caractère d'examen scolaire. Ils rappellent que la relation d'entretien place l'enquêteur dans le rôle de « maître » qui pose « ses questions ». De ce fait, il contribue à rehausser la position sociale d'enquêteur et à rendre plus difficile le travail de mise en confiance. Le rapport social implicite sous-tendu par ma position de médecin a contribué à ce phénomène, notamment face aux agents de santé interrogés. Pour « bien faire » la personne interviewée cherchait à s'ajuster en livrant une série de réponses brèves et non approfondies.

Par la suite, il a donc été décidé de ne plus s'appuyer sur un guide mais une liste de thématiques relatives à l'étude, amenée à être modifiée au rythme des entretiens, qui consistaient à énoncer des questions à réponses ouvertes en s'appuyant sur cette liste, dans le cadre d'une relation et d'un dialogue avec l'interviewé — le cheminement des questions s'adaptant au fil de la discussion. Au fur et à mesure de l'avancée de l'enquête de terrain, nous avons pu progresser dans la manière de conduire les entretiens et dans l'élaboration de notre « problématique », en ce que, comme nous le disent Beaud & Weber, *« l'entretien s'apprenant essentiellement par la pratique »* (1997, p. 204).

Ma place de médecin, chercheuse

J'avais conscience du manque d'objectivité potentiel vis à vis de la recherche, étant moi-même professionnelle de santé, médecin. Cependant, la prise de conscience de cette perte d'objectivité possible, le protocole de recherche et la méthodologie m'ont permise de garder un certain recul.

Le terrain, la durée

Le temps passé sur le terrain fut insuffisant, pour autant, cette recherche n'a pas la prétention d'une recherche anthropologique et l'approche interdisciplinaire médicale et anthropologique, via le regard de notre directrice de recherche, m'a permis malgré tout, d'approfondir la compréhension de certains phénomènes.

Conclusion

Pour finir, on ne peut espérer prendre un point de vue totalisateur mais seulement tenter de totaliser différents points de vue. Or, restituer la diversité des points de vue suppose d'abandonner ses certitudes, d'accepter le malaise, de mettre entre parenthèses le confort d'une place unique. Après avoir posé les bases méthodologiques de notre recherche, intéressons-nous à présent aux résultats.

IV. RÉSULTATS ET ANALYSE

Cette partie ne vise pas l'exhaustivité mais a la simple prétention de décrire les représentations et les pratiques des professionnels de santé interrogés.

1. Représentation sociale de santé des professionnels confrontés à l'Altérité

Les soignants métropolitains prennent souvent leur fonction en ayant peu ou pas d'expériences et connaissances du milieu, des maladies, des populations, des patients et des professionnels notamment « autochtones » avec lesquels ils vont devoir communiquer. Ils se reposent donc sur des représentations, une *« vision du monde fonctionnelle qui leur permet de donner sens à leurs conduites et comprendre la réalité à travers leur propre système de référence »* (Abric, 1999). Ces représentations communes sont particulièrement ancrées dans le monde des soignants (Formarier, 2007, p35).

1.1 Le soignant métropolitain : le « patron »

Asymétrie

La plupart ont conscience d'appartenir à un *« schéma occidental »* avec des modes de fonctionnement qu'ils définissent, comme étant *« rationnel, rigoureux, équilibré »* répondant à une *« logique de diagnostic »*. Un médecin caractérise d'ailleurs le soignant métropolitain comme étant parfois *« ingérant et très intrusif ».*

Un AS désigne quant à lui, le médecin comme étant *« le patron »,* en insistant « *C'est lui qui décide, c'est pas le patient qui décide »*. Cependant, il précise que « *Ici, chez nous, on ne force pas. On ne peut pas la forcer. Parce que chez nous, ils disent que c'est pas ton corps, c'est pas ta responsabilité. C'est moi qui décide, [...] Y en a plein qui disent comme ça »*[18].

Un autre agent accentue « *le médecin c'est celui [...] qui dit quoi faire aux infirmiers »*[19].

Levesque nous rappelle que les consultations médicales s'inscrivent dans un contexte particulier où un certain prestige et un pouvoir sont accordés aux médecins, les consultations sont donc souvent asymétriques (2015, p.48).

Inégalité

Les professionnels parlent d'un complexe d' « infériorité » (Carde, 2009) qu'ils perçoivent chez les Amérindiens. Un soignant dira en ces termes *« Il y a une distance qu'ils mettent vis à vis du soignant…. Par une grande pudeur et leur énorme complexe, qu'on leur a inculqués depuis des années puisqu'ils sont […] ceux qu'on met au dernier rang de la hiérarchie sociale »*[20].

Un IDE se demande d'ailleurs « *Si ça ne les met pas dans une position d'infériorité ? Ils nous voient comme des gens qui débarquent et qui imposent quelque chose ? »*[21].

Les écrits de Formarier peuvent être un élément de réponse : *« Lors de la rencontre soignant soigné, dans l'interaction qui se joue, au delà de la compréhension du sens, les représentations et les résonances émotionnelles vont induire chez les patients des réactions (mécanismes de défense) dont la plus fréquente est la soumission qui renforce les relations asymétriques »* (2007, p.35).

18 AS, entretien du 17/10/2018
19 AS, entretien du 17/01/2018
20 Médecin, entretien du 27/09/2018
21 IDE, entretien du 9/01/2018

Rapport de pouvoir, rapport social

Ce *« schéma occidental »* est éloigné du modèle de pensée amérindien comme le souligne ce médecin, en poste depuis de nombreuses années : « *On aime bien classer tout ça pour entrer justement dans une logique de diagnostique, avec la population amérindienne, ce n'est pas du tout comma ça ».*

Aussi, ce schéma demande aux patients *« une discipline dans le respect des consultations. Et quand cette discipline n'est pas respectée, ça entraîne chez le soignant une forme de rejet, de résistance et donc une certaine exaspération »*[22]. Cette relation soignant soigné ne s'inscrit pas comme nous l'explique Cohen-Émérique, dans un *« milieu aseptisé »*.

Il s'agit toujours dans cette interaction :

> *«non seulement de différences culturelles mais aussi d'un rapport social où il y a une culture valorisée face à une autre culture qui l'est moins, un rapport dominant/dominé, ex-colonisateur/ex-colonisé, développé/sous-développé, blanc/noir, une identité menaçante face à une identité menacée, ce qui engendre une dynamique identitaire avec des stratégies offensives et défensives des deux côtés […] les rapports de pouvoirs sont toujours présents »* (2013, p.73).

Rappelons que la colonisation a entraîné un déclin démographique puis une perte de repères et d'une identité amérindienne, le rapport dominant/dominé persiste.

1.2 L'agent de santé : l'intermédiaire

Lien entre la communauté et le système de santé

Ces rapports se retrouvent également dans la relation soignant-AS, dont les missions principales, comme les agents de santé nous l'expliquent, sont d'assurer l'admission du patient (prise du motif de consultation, orientation, prises de constantes) et la traduction pour les soignants.

[22] Médecin, entretien du 27/09/2018

Ils rencontrent parfois des difficultés, de part leur position : ils font le lien entre le système de santé et la communauté. D'une part, ils peuvent être mis en cause par la famille d'un patient en cas de désaccord avec une décision médicale, un agent raconte :

> « *Quand sa femme est partie en hélico… il m'a insulté tellement. Il m'a dit « c'est toi qui as envoyée, c'est toi qui travailles ici… tu sais pas comment les patients meurent à l'hôpital ». Je lui ai dit, c'est pas moi le médecin, je vous aide seulement pour la traduction, pour que ta femme revienne en bonne santé»*[23].

D'autre part, ils peuvent se voir reprocher un manque d'adhésion d'un membre de la communauté, ce même agent rapporte en ces termes, les paroles d'un médecin, au sujet d'un proche qui avait refusé de consulter au CDPS «*C'est pas sérieux… Pourquoi tu ne l'as même pas amené, c'est toi qui as la responsabilité, tu travailles ici* ».

Un autre AS illustre cette position délicate *« Moi je n'aime pas du tout parler de mon travail à l'extérieur et les gens n'arrivaient pas à comprendre, et ça racontait n'importe quoi, ça m'a fait du mal, tellement que j'avais envie de démissionner »*[24].

Activité hors cadre

Remarquons que ces agents dépassent leur fonction officielle « d'agent de service hospitalier » qui est principalement d'assurer l'hygiène des lieux. Un agent raconte les difficultés rencontrées parfois *« pour traduire un mot compliqué, faut passer par un autre truc qui veut dire vaguement la même chose et c'est là que t'arrives à faire comprendre »*[25] et d'ajouter *« Je fais la traduction je fais attention d'ailleurs, parce que chez nous, y a certaines questions qui se posent pas ».*

Leur aide est « indispensable » selon les dires de tous les soignants. Un jeune médecin s'exprimera ainsi : *« Sans eux, aucune prise en charge correcte n'est possible, quand tu arrives ici la 1ère fois, c'est le choc culturel, tu ne comprends rien à ce qui t'entoure, heureusement qu'ils sont là pour t'expliquer »*[26].

---

[23] AS, entretien du 17/10/2018

[24] AS, entretien du 17/01/2018

[25] AS, entretien du 17/01/2018

[26] Médecin, entretien du 21/03/2019

1.3 Le patient amérindien : le « timide »

Du silence au rire

Les professionnels métropolitains voient leurs patients amérindiens comme des personnes pudiques, silencieuses et muettes, exprimant peu leur douleur et étant dans la « *grande acceptation de tout (tristesse, grossesse, décès)* ». Un agent nuance : *« dans notre culture amérindienne […] on n'a pas le droit de montrer ses émotions, c'est une faiblesse pour nous, faut tout le temps que tu montres que tu es fort »*[27].

Un AS parle aussi de timidité *« peut-être »* dit-il, mais surtout de l'importance de la famille et de l'humour qui fait « *partie de la vie amérindienne, même dans les moments critiques, dramatiques, il y a toujours un moment d'humour »*[28].

Un médecin, en poste sur plusieurs CDPS, corrobore *« Ce qu'il y a de bien avec les Amérindiens, c'est que ça rigole, ils vont toujours te sortir un truc drôle »*[29].

Logique culturelle

Ils auraient aussi, selon les soignants, une méconnaissance du corps, de la fonction de chaque viscère ; ils ne feraient pas la distinction anatomique entre les différents organes, le rapport à la maladie et à la mort serait *« irrationnel »* et les soins seraient toujours emprunts de *« spiritualité »*. Un infirmier raconte : « *Les Amérindiens disent souvent : je me suis fait piquer par un esprit »*[30]. Un agent nuance ces propos : « *Il y a des gens qui croient aux esprits, y a des gens qui croient moins, y a des gens qui croient pas »*[31] et ajoute : « *Ils disent que si les médicaments ne font rien, ne guérissent pas la personne, c'est à cause d'un esprit, du coup ils vont voir un chaman ».*

---

27 Agent de santé, entretien du 17/01/2018
28 AS, entretien du 10/01/2018
29 Médecin, entretien du 21/03/2019
30 IDE, entretien du 13/01/2018
31 AS, entretien du 18/01/2018

Les réponses à la maladie ne s'expliquent pas seulement, comme l'énonce Byron GOOD, par un manque d'infos ou des superstitions. Elles reposent sur la culture, *« un système de croyances et de pratiques qui possède sa propre structure logique (logique culturelle) et a une fonction d'adaptation »* (1998, p.96).

Les soignants perçoivent que leur *« logique individualiste »* est bien différente de celle de la société amérindienne, qu'ils qualifient de *« très communautaire »*. Selon un infirmier : « *Les gens vivent entre eux, ils sont regroupés, [...] ils sont ensemble et pour eux, c'est sécurisant »*[32]. Une sage-femme illustre *«Les femmes aiment bien accoucher ici car elles peuvent respecter leur culture et elles accouchent au milieu de personnes qu'elles connaissent, de la famille »*[33]. Elle ajoute qu'il reste d'ailleurs une « *vague de résistance des femmes amérindiennes pour aller accoucher à Cayenne ».*

Effectivement, lors du premier séjour sur le terrain, le retour de Camopi à Cayenne fut marqué par l'accompagnement de plusieurs femmes enceintes. Une sage-femme me fit part de ses craintes à propos d'une patiente bientôt à terme, et du risque d'accouchement inopiné sur la pirogue durant le trajet. Cette dernière avait refusé de partir à Cayenne et la SF n'avait pas réussi à la trouver lors de sa précédente visite, malgré la mobilisation des villageois.

Synthèse

La relation soignant soigné en situation interculturelle est le lieu d'un rapport de pouvoir et d'un rapport social qui s'inscrivent dans une rencontre asymétrique et inégale, où l'agent de santé autochtone se retrouve dans une position délicate d'intermédiaire entre la communauté et le système de santé. Aussi, les valeurs occidentales sont empruntes de représentations de santé, d'attitudes et de croyances ethnocentriques inhérentes à chaque culture. Elles sont très éloignées des valeurs amérindiennes et profondément ancrées dans le système de représentation de la santé.

32 IDE, entretien du 9/01/2018
33 SF, entretien du 12/01/2018

2. Les difficultés rencontrées dans la pratique courante

Abric nous rappelle que *« la représentation sociale est un guide pour l'action »* (1999, cité par Formarier, 2007, p35), et parmi les obstacles à l'adaptation du patient, il est *« beaucoup question du rôle des représentations »* (Lacroix, 2007, p.275).

Ces dernières complexifient la relation soignant soigné et affectent la pratique courante.

2.1 Les barrières communicationnelles

Lors de la prise en charge diagnostique

Lors des premières consultations, les soignants se trouvent souvent décontenancés, par le « *silence complet »* des patients amérindiens. Au delà de la barrière de la langue, une sage-femme raconte : « *C'est difficile de les faire parler sur ce qu'elles pensent et vivent »*[34], un infirmier remarque : « *On passe à côté de plein de choses »*[35] et notamment des *« urgences psychiatriques »*, complète un médecin, réduisant son rôle à, parfois, un simple *« technicien qui décèle les pathologies »*[36].

Un médecin présent dans le même village depuis plusieurs années, raconte ses débuts :

> *« Avant je faisais venir une traductrice, alors qu'ils parlaient très bien français ou bien parfois, je me trompais. Je pensais qu'ils me comprenaient et je faisais avec ce qu'ils me disaient […] je travaillais avec la moitié des informations et je ne m'en rendais pas compte »*[37]

Dans ce contexte, évaluer la douleur s'avère compliqué. L'échelle Visuelle Analogique (EVA), outil de pratique courante, est inutilisable face à des patients *« mutiques »* déplorent les soignants.

---

34 SF, entretien du 12/01/2018
35 IDE, entretien du 9/01/2018
36 Médecin, entretien du 27/09/2018
37 Médecin, entretien du 16/01/2018

Un agent de santé prévient que l'évaluation de la douleur peut être erronée : « *Le médecin a touché là où le patient avait mal mais il ne s'exprimait pas, juste une grimace […] mais quand je lui pose la question, il dit qu'il a vraiment vraiment mal* »[38].

Plusieurs évoquent l'image frappante de la parturiente accouchant en silence « *Quand vous accouchez une amérindienne, elle ne dit rien* »[39] illustre un médecin. Une sage femme nuance ce constat « *elles minimisent beaucoup la douleur* »[40]. Un agent éclaire « *dès l'adolescence, les mamans disent à leur fille, tu vas avoir un enfant un jour et ça fait très très mal l'accouchement il faut que tu sois courageuse, il faut pas que tu pleures, que tu cries* »[41].

Cette difficulté pour évaluer la douleur peut porter à confusion, comme l'illustre cette anecdote racontée par un agent : *« Une femme enceinte est arrivée comme ça, elle a dit qu'elle avait mal au ventre [...] la femme ne criait pas, ne gémissait pas [...] L'équipe médicale se préparait tranquillement, jusqu'à ce que la femme dise « c'est bon je vais accoucher ! » et la tête était déjà dehors ! [rires] »* [42].

Lors de la prise en charge éducative

Aussi, il est souvent difficile d'expliquer la gravité d'une pathologie sans symptômes *« qui se voient »* : pas de symptômes, pas de maladie.

Il n'est pas toujours évident, de trouver, comme l'énonce un infirmier *« des comparaisons avec des images parlantes pour les gens »*[43], autrement dit, des métaphores ou des analogies culturellement signifiantes pour la population-cible afin de maximiser l'arrimage des faits biomédicaux aux conceptions populaires de la santé (Nichter et Nichter, 1996, cité par Massé, 1995).

38 AS, entretien du 17/01/2018
39 Médecin, entretien du 21/03/2019
40 SF, entretien du 12/01/2018
41 AS, entretien du 18/01/2018
42 AS, entretien du 17/01/2018
43 IDE, entretien du 9/01/2018

Un autre précise « *le problème, c'est que du fait de la différence de culture, les centres d'intérêt ne sont pas les mêmes »*[44]. A l'instar de cet infirmier, plusieurs autres soignants ont incriminés les méconnaissances culturelles dans le manque d'adhésion aux soins. Pourtant, un agent amérindien précise qu'il rencontre aussi des difficultés pour *« leur faire comprendre ce qu'est le diabète. Même aujourd'hui j'arrive pas à expliquer »*[45].

2.2 Les déterminants culturels à l'adhésion thérapeutique

Divergence de représentations de la maladie

Tous les professionnels de santé (métropolitains et autochtones) s'accordent pour affirmer que l'adhésion thérapeutique est insuffisante, en particulier pour les pathologies chroniques comme le diabète de type 2. Rappelons que ce type de diabète acquis en conséquence d'un excès pondéral et d'une inactivité physique, est en nette augmentation en pays amérindien.

Alors que le soignant tente de responsabiliser le patient, ce dernier ne se sent pas du tout responsable de sa maladie, qu'il attribue généralement à un facteur sur lequel il n'a aucune prise (Massé, 1995, p.53) ; les maladies étant *« toujours provoquées par quelqu'un, un chaman ou un esprit »*[46] relate un AS. Un infirmier illustre : *« Pour les Amérindiens, on n'est malade qu'une fois, c'est lorsqu'on va mourir »*[47].

Il y a des divergences entre la vision biomédicale du soignant et les « *savoirs populaires »* des soignés, ce qui entrave l'adhésion du patient aux projets de soins. En effet, le comportement de recherche d'aide thérapeutique et l'accueil réservé aux services de santé dépendent de la perception de la maladie, de l'interprétation des symptômes et du sens donné (Massé, 1995).

---

44 IDE, entretien du 13/01/2018
45 AS, entretien du 17/01/2018
46 AS, entretien du 10/01/2018
47 IDE, entretien du 13/01/2018

Perception différente du rôle de soignant

Un agent déclare : « *On a confiance en un médecin, on commence sa guérison»*[48], un soignant appuie : *« Un médecin envers qui ils n'ont pas confiance, les gens ne vont pas venir »*[49]. La confiance s'est effectivement imposée comme une notion clé dans le processus de relation thérapeutique.

Les représentations que le malade a du soignant influent sur la confiance qu'il accorde (ou non) à ce dernier. Un des piliers de l'établissement de cette confiance est la reconnaissance de l'expertise du professionnel (Obertilli, 2016, p.102, p.117).

Cette dernière est parfois ignorée, surtout chez les plus anciens. Un AS raconte : *« Les vieux… Ils ne viennent pas souvent faire des soins au dispensaire, ils restent à la maison [...] ils se débrouillent avec les traitements traditionnels, des feuilles, des arbres, la peau des arbres… Il fait tremper, cuit et boit. Si ça fonctionne vraiment pas, il va voir le médecin»*[50]. Un médecin ajoute « *parfois ils ne nous croient pas »*.[51]

Ces propos sont à mettre en lien avec les écrits de Raymond Massé : *« Alors que le thérapeute occidental se considère comme le dépositaire du savoir, le patient, lui, peut le considérer comme une simple personne-ressource contactée parallèlement avec d'autres thérapeutes traditionnels »* (1995). Un agent corrobore : *« Toutes les personnes qui travaillent au dispensaire sont des docteurs dans le village »*[52].

48 AS, entretien du 10/01/2018
49 Médecin, entretien du 16/01/2018
50 AS, entretien du 11/01/2018
51 Médecin, entretien du 16/01/2018
52 AS, entretien du 17/01/2018

Relation asymétrique et inégale

Parfois, l'observance peut aussi être mise à mal par la peur du médecin. Un agent rapporte que les patients s'adressent souvent directement à lui, dans l'espoir de récupérer une ordonnance de renouvellement, après une période de rupture de traitement : « *Ils s'excusent, ils disent que j'avais pas les moyens, je sais très bien que peut-être le médecin va me gronder, comme j'ai pas pris pendant 2 mois»*[53].

Cette anecdote est à mettre en parallèle avec les écrits de Raymond Massé :

> *« Tout message sanitaire, même s'il est élaboré avec les meilleures intentions, entrera inévitablement en conflit avec les croyances, les attitudes ou les valeurs véhiculées par des savoirs populaires. En outre, tous les groupes ethniques, ethnocentristes par nature, recevront comme autant d'agressions les conseils, généralement directifs, provenant des porte-parole d'un autre système médical que le leur »* (1995, p.34)

2.3 Les déterminants socio-économiques et environnementaux

Isolement géographique, absence d'infrastructures

L'isolement géographique impose des distances à parcourir parfois très grandes dans cette région de la taille du Portugal (le trajet Saint-Georges-Camopi peut durer 10h en pirogue durant la saison sèche). Dans ces conditions, les démarches à accomplir pour pouvoir accéder aux droits sociaux s'avèrent compliquées.

En cas d'absence de mise à jour des droits sociaux, le coût des médicaments est parfois difficile à assumer, d'autant plus que le prix du transport en pirogue pour rejoindre la pharmacie (à Maripasoula ou à Saint-Geoges) reste à la charge du patient (l'aller-retour Saint-Georges-Camopi en pirogue-stop peut coûter plus de 100 euros).

---

53 AS, entretien du 17/10/2018

L'absence d'infrastructures complique aussi le suivi de régimes particuliers (sans sel, diabétique, etc), comme l'illustre cet agent de santé : *« Ici on n'a pas trop le choix en alimentation donc mettre quelqu'un ici au régime, c'est très compliqué puisqu'on mange presque tous les jours la même chose »*[54].

Par ailleurs, le trajet des femmes enceintes, rejoignant le CHAR un mois avant le terme, est particulièrement éprouvant pour elles. Le trajet Trois-Sauts-Saint-Georges nécessitant un arrêt (trajet de deux jours), ces femmes se voient contraintes de dormir en hamac à Camopi avant de reprendre la pirogue le lendemain direction le saut Maripa. Il est à noter que ces patientes, à qui on oublie régulièrement de dire qu'il faut prévoir de l'argent liquide pour le trajet, ne peuvent pas acheter à boire ou à manger pendant ce périple de plusieurs jours.

Activités de subsistance

La vie dans les villages amérindiens reste organisée autour de la pêche, la chasse, la cueillette et l'agriculture sur brûlis, dit « abattis ». Cette nécessité d'assurer quotidiennement les activités de subsistance entrave les soins.

La bronchiolite, par exemple, pathologie fréquente du nourrisson, nécessite une désobstruction rhinopharyngée (DRP) pluriquotidienne. Or, elle est *« rarement faite »* selon les soignants, car probablement *« délaissée par la mère, qui doit aller à l'abattis pour subvenir aux besoins alimentaires »*[55]. Un infirmier relate : *« Du coup, tu as expliqué à la mère le geste, mais c'est la grand-mère qui garde le petit »*[56]. Pour les soins palliatifs à domicile, pourtant initialement bien acceptés par la famille, présente auprès du malade, avec même une volonté d'être acteurs des soins de nursing, il y a *« nécessité de partir vite* », comme en a été témoin cet infirmier :

> *«Ça commençait à devenir long, 3 semaines, parce que c'est les soins de nursing tous les jours, c'est ne plus travailler à l'abattis [...] et on peut vite arriver sur des carences de nourriture. Dans une famille, un patient avait fait un AVC, il est resté 5 ans grabataire, et à la fin, ils ne lui donnaient plus à manger, plus de médicaments, tout le monde voulait qu'il parte [...] on a vu les difficultés pour toute la famille, ça avait fait des disputes, plein de choses.»*[57].

---

54 AS, entretien du 14/01/2018
55 Médecin, entretien du 12/01/2018
56 IDE, entretien du 9/01/2018
57 IDE, entretien du 13/01/2018

Un médecin confirme : « *Ils mettent les problèmes de santé en secondaire car ils ont leur préoccupations quotidiennes [abattis] »*[58]. Un autre ajoute, résigné *: « Pour justifier leur rupture de traitement, certains te rapportent qu'ils sont partis un mois en expé, (chasse, pêche, etc). Que peux-tu répondre à cela ?»*[59].

Inégalités sociales

Les déterminants non culturels, notamment les inégalités sociales, sont importants à prendre en compte. Les recommandations de la biomédecine sont parfois difficiles à adapter et donc à faire intégrer dans les communes de l'Intérieur.

Pour reprendre l'exemple de la bronchiolite, suivre les préconisations biomédicales implique d'assumer le coût des boîtes de dosettes de sérum physiologique (10 euros à la pharmacie de Maripasoula contre 5 euros sur le littoral), et celui du transport en pirogue (30-40 euros l'aller-retour Antécume Pata-Maripasoula en taxi-pirogue).

Même si les soignants délivrent des dosettes aux mères, les difficultés d'approvisionnement du matériel et des thérapeutiques ne leur permettent pas de se substituer totalement à la pharmacie. Le contexte de « gratuité des soins » n'exclut pas les frais informels qui entravent l'accès aux soins des patients, en plus du coût personnel et socio-familial que nécessite l'itinéraire thérapeutique d'un patient des communes de l'Intérieur.

Synthèse

Au-delà de la barrière de la langue, des actes de pratique courante comme évaluer la douleur, dépister une urgence psychiatrique ou convaincre de la gravité d'une maladie s'avèrent difficiles face à cette « complexité du contact interculturel ». Les soignants mettent en avant un défaut de connaissances sur la culture de « l'Autre », les empêchant par exemple, d'utiliser des analogies culturelles qui faciliteraient l'arrimage des messages de santé.

---

58 Médecin, entretien du 12/01/2018
59 Médecin, entretien du 21/03/2019

Les divergences de représentations de santé et l'asymétrie de la relation soignant soigné impactent aussi l'adhésion thérapeutique. Enfin, même s'ils sont seulement mentionnés, il est important de ne pas occulter le poids des déterminants socio-économiques et environnementaux (vie rythmée par les activités de subsistance, isolement géographique, absence d'infrastructures, inégalités sociales) dans l'identification des freins à l'adhésion thérapeutique.

Face à ces obstacles, les professionnels de santé mobilisent des outils pour tenter de s'en affranchir.

3. Les outils mobilisés dans la pratique courante

L'immersion ou l'ancienneté ne sont pas suffisantes en situation d'interculturalité. Il faut, comme le souligne Cohen-Emerique *« dépasser le schéma simpliste [...] comme quoi il suffit de connaître la culture de l'autre ou d'être de la même origine ethnique pour être plus efficace ; certes la connaissance objective et la connaissance du dedans sont importantes mais s'y limiter exclut la prise en compte de la complexité du contact interculturel » (1993, p.73).*

3.1 Outils mobilisés en consultation

Les bases essentielles d'une bonne relation soignant soigné.

Un médecin, présent depuis de nombreuses années sur le Haut Maroni, préconise de *«ne pas surfer sur les préjugés, écouter les silences, comprendre les regards, pour savoir si on a été pertinent ou non »*[60]. Un autre encourage l'écoute des patients et observe une plus grande verbalisation : « *Maintenant, après plusieurs années, les gens me disent spontanément des trucs alors qu'au début, ils disaient rien»*[61].

Tous les professionnels de santé interrogés attestent que *« parler gentiment* » et *« ne pas être condescendant, ne pas se sentir supérieur »* sont les bases essentielles d'une bonne relation soignant soigné. Plusieurs certifient que « *blaguer, faire rire »* permet de détendre les patients.

60 Médecin, entretien du 27/09/2018
61 Médecin, entretien du 16/01/2018

A contrario, un AS prévient qu'un soignant brusque et parlant fort pourrait être mal perçu : « *Chez nous, on dit que si une personne te parle bizarrement comme ça… c'est pas bien pour nous. On n'est pas habitué comme ça »*[62].

Il apparaît nécessaire de développer des compétences cognitives, affectives et comportementales telles que : connaissances, attitudes, aptitudes et conscience culturelle aiguisée (Byram, 2009).

La décentration

La décentration, nous dit Cohen Émérique, c'est « *prendre distance de soi, en réfléchissant sur soi-même »*, et prendre conscience qu'on est chacun *« porteur d'une culture et de sous-cultures auxquelles s'intègrent des modèles professionnels et des normes institutionnelles »* (2013, p.77).

Ce médecin, parmi les plus expérimentés, illustre cette notion en ces termes *: « En tant qu'homme blanc, et donc apparenté à l'occident, j'avais un sacré pouvoir, et donc un préjugé à priori favorable, donc on m'écoutait »*[63].

La décentration permet alors de *« prendre en considération les contraintes des gens, se mettre à leur place »* et de *« considérer qu'ils ont toujours vécu comme ça »* comme l'affirme cet infirmier, parmi les plus anciens aussi, qui ajoutera : *« Il faut se débarrasser de certaines choses qui chez nous, sont inconscientes »*[64].

Prendre conscience de sa propre identité socio-culturelle permet de prendre véritablement conscience de celle de l'autre et ainsi, d'ouvrir un meilleur dialogue.

---

62 AS, entretien du 11/01/2018
63 Médecin, entretien du 27/09/2018
64 IDE, entretien du 9/01/2018

L'appui d'une personne-ressource : l'agent de santé

Pour tenter de mieux communiquer, même si les soignants peuvent s'aider d'images ou de lexiques (pour noter les prises médicamenteuses en wayana par exemple) tous, revendiquent le rôle indispensable de l'agent de santé.

Un médecin, parmi les plus anciens sur le terrain, parle d'eux en ces termes : *« Heureusement que j'ai toujours été accompagné d'agents de santé qui servaient de médiateurs et qui permettaient de faire la traduction »*[65].

Un agent précise : « *Les gens viennent parce qu'on est là [...] on connaît le village, on connaît l'équipe, comment ça se passe »*[66].Un autre n'hésite pas à rappeler : « *Moi je connais tous les gens, les enfants, tout le monde »*[67].

Enfin, tous les soignants encouragent à *« demander des informations »* et à cultiver son *«ouverture d'esprit »*.

Observation des signes physiques objectifs

Si la consultation ne peut pas se faire en présence de l'agent de santé, les médecins s'appuient principalement sur leur sens clinique pour poser les hypothèses diagnostiques *« en essayant d'être le plus précis possible »*[68].

Pour évaluer au mieux la douleur, l'observation des signes physiques objectifs est privilégiée, en s'appuyant sur les constantes (hypertension artérielle associée, tachycardie, sueur, etc). Les plus expérimentés remarquent que les patients *« n'ont pas la même tête que d'habitude* », un infirmier complète « *On se fie à ce qu'on a passé par rapport à l'état initial, ce qu'on voit au niveau de l'évolution, de ce qu'ils disent, de leur attitude »*[69]. La douleur est également évaluée sur l'impact fonctionnel des patients au quotidien, *« Cette douleur t'oblige-elle à t'arrêter ? »* s'enquiert une sage-femme. Enfin, une confirmation est toujours demandée, en posant simplement la question.

---

65 Médecin, entretien du 27/09/2018

66 AS, entretien du 17/01/2018

67 Agent de santé, entretien du 18/01/2018

68 Médecin, entretien du 27/09/2018

69 IDE, entretien du 9/01/2018

3.2 Exploration des savoirs et savoir-faire populaires

Ponts culturels et analogies

Il semble intéressant d'explorer les croyances du patient sur le traitement car, comme l'énonce Raymond Massé, les populations ne sont pas des *« cruches vides, sans savoirs et savoir-faire »* (1995).

Les propos de cet agent, concernant les réticences des mères à pratiquer la DRP corroborent « *Certaines ont peur parce que on n'a jamais utilisé ça… à la naissance du bébé pour laver... Chez nous, on n'avait pas de produit. On faisait avec la bouche seulement. Y a leurs mamans qui savent, qui disent et qui font »*[70] .

Un IDE tente de *« trouver des mots qui parlent aux gens»*[71]. Une sage-femme explique « J*'essaye de jongler avec ce qu'elles font déjà traditionnellement, ce qu'elles ont l'habitude de faire, et ce que moi, je conseille »*[72], elle privilégie les ponts culturels dans le cadre de la rééducation périnéale par exemple, pour décrire le périnée *« j'utilise le hamac et elles comprennent très bien ! ».*

Un médecin se repose sur des analogies *« Pour le diabète, je leur explique que le sucre devient comme un poison qui peut manger les yeux et les mains »*[73].

Respect et intégration des pratiques chamaniques

Malgré une méconnaissance des pratiques chamaniques, les soignants acceptent les croyances et pratiques sanitaires de la médecine traditionnelle, sous des conditions qui n'entravent pas les soins (dans le calme, rapidement, refus des liquides à boire, etc..). Ils savent que cette acceptation leur permet d'éviter certains obstacles à la prise en charge (colère, frustration, perte de résilience des patients).

---

70 AS, entretien du 17/10/2018
71 IDE, entretien du 13/01/2018
72 SF, entretien du 12/01/2018
73 Médecin, entretien du 21/03/2019

Un agent raconte :

> *« Envoyer à Cayenne, c'était très compliqué au début. Mais on faisait en sorte qu'il y ait une séance de guérison avant, dans le village, de sorte que, comme disait le chaman et comme disait l'ensemble du groupe, du village : maintenant que le chaman est intervenu, les médicaments pourront être efficaces. Donc c'était important de le faire. »*[74].

Les professionnels de santé ont conscience de la supériorité du chaman dans l'esprit des Amérindiens. Un infirmier affirme *« Les gens se tournent vers le chaman quand ce qu'on propose nous, est en échec »*[75]. Un agent corrobore *« j'ai vu de grandes séances de chamanisme [...] durer jusqu'à 2-3 h du matin. [...] C'est pas les 5-10 minutes qu'un médecin passe avec son patient pour expliquer »*[76].

Il le décrit d'ailleurs comme un *« homme-médecine, qui connaît parfaitement le corps humain […] Et surtout, il a une connaissance, du point de vue psychologique, des individus et aussi une grande connaissance des plantes et des racines […] il est capable de soigner le corps et l'esprit »*[77].

Quelques professionnels de santé avouent laisser le patient faire appel au chaman parfois, face à des échecs de prise en charge ou certains maux contre lesquels ils se sentent démunies (troubles mentaux, douleurs sans cause organique apparente, etc…).

Cet agent justifie « *Il y avait surtout un côté psychologique qu'il fallait soigner et il fallait qu'ils passent par l'intermédiaire du chaman pour avoir une parfaite guérison »*[78], un infirmier relate un cas où *« le patient s'est relevé en 3 heures »* et de préciser *« moi j'avais rien pu faire, même les antalgiques ne marchaient pas»*[79].

---

74 AS, entretien du 10/01/2018
75 IDE, entretien du 9/01/2018
76 AS, entretien du 10/01/2018
77 AS, entretien du 10/01/2018
78 AS, entretien du 10/01/2018
79 IDE, entretien du 13/01/2018

Un agent de santé raconte qu'un membre de sa famille avait été condamné par le pronostic péjoratif de sa pathologie. Cet agent, ne pouvant se résoudre à cette annonce, a fait appel à la médecine traditionnelle :

> *« Il a fait son truc de chaman… « c'est pas la peine de pleurer, il va pas mourir »… après je me demande, est-ce que c'est la croyance qui fait ça, tout le monde croit il va pas mourir… et petit à petit, il s'est amélioré [c'était il y a un an et son état est stable à présent]. Comme quoi, parfois ça sert »*[80].

3.3 Application de méthodes éprouvées par l'enseignement

Délivrance d'informations

Les professionnels de santé certifient que plusieurs attitudes peuvent être efficaces. Tout d'abord, même si cela paraît évident, clarifier de manière simple ce qu'est la maladie en question, d'autant plus que les patients sont friands d'informations, comme le rapporte cet AS, à qui ils lancent souvent : *« Il faut nous dire, nous expliquer, si tu ne nous expliques pas, on ne peut pas savoir »*[81]. Un infirmier approuve *« Ça fonctionne, les patients prennent mieux leur traitement et mangent mieux »*[82].

Beaucoup de soignants conseillent de délivrer des informations orales et écrites « *bien dire matin, midi et soir et marquer les heures »* et d'exploiter les activités du patient, un agent illustre « *On dit faut qu'il prenne le matin, au petit-déjeuner, et après le midi, quand ils mangent, et le soir, avant d'aller se coucher »*[83]. Plusieurs infirmiers incitent à vérifier l'intégration des gestes thérapeutiques *« bien faire refaire la manipulation »*, d'utiliser des images, une sage femme vante l'intérêt de l'imagier sur le diabète offert par l'association Guyane Promo Santé*, « j'utilise ça tous les jours* » précise-t-elle. Tous insistent sur l'importance de répéter à de multiples reprises, « *Chaque fois qu'il revenait on réexpliquait, il a finit par comprendre »*[84] rapporte un agent.

---

80 AS, entretien du 18/01/2918
81 AS, entretien du 17/10/2018
82 IDE, entretien du 9/01/2018
83 AS, entretien du 18/01/2018
84 AS, entretien du 17/01/2018

Administration des traitements et éducation thérapeutique

Beaucoup conseillent de donner les premières doses uniquement, pour « *pousser le patient à revenir afin de pouvoir le réévaluer »*[85], d'impliquer une personne ressource (conjoint, famille, amis, IDE libéraux) et d'utiliser un moyen de contrôle à court terme comme des rendez-vous de consultations rapprochées.

En cas d'oublis fréquents, ils n'hésitent pas à faire le pilulier ou à faire porter les médicaments au domicile du patient parfois.

Concernant l'éducation thérapeutique du diabète, plusieurs acceptent d'adapter les objectifs pour un changement progressif adapté, cet infirmier relate *« plutôt que d'éradiquer les aliments qui posent problème, essayer de limiter tout simplement »*[86]. Un médecin raconte *« Lorsque je pousse un patient diabétique à faire un régime, et qu'il me répond « y a que ça à manger ici » je lui rétorque : oui mais tu peux boire moins de bières déjà »*[87].

Par ailleurs, ils n'hésitent pas à s'appuyer sur des exemples concrets de complications chez d'autres personnes, un infirmier justifie « *Quand ils ont compris les dangers, et qu'ils les ont intégrées, ils adhèrent au traitement »*[88]. Pour pousser sa sœur diabétique à poursuivre quotidiennement son régime, un agent de santé lui répète « *tu vas perdre tes yeux et tes mains !»*[89].

Synthèse

Même si beaucoup de soignants possèdent les bases essentielles d'une bonne relation soignant soigné, tous revendiquent le rôle primordial de l'agent de santé pour une approche véritablement efficiente auprès des populations amérindiennes. Sans lui, les professionnels de santé se reposent principalement sur leur sens clinique pour poser des diagnostics, et sur des méthodes classiques d'enseignement pour donner les instructions sur les thérapeutiques.

85 Médecin, entretien du 21/03/2019
86 IDE, entretien du 9/01/2018
87 Médecin, entretien du 21/03/2019
88 IDE, entretien du 9/01/2018
89 AS, entretien du 17/10/2018

La culture étant un élément central de la réponse humaine à la maladie (Good, 1998, p. 96) les soignants tentent de favoriser les ponts culturels et les analogies, en explorant les croyances des patients et en respectant leurs pratiques sanitaires. Enfin, les plus anciens sur le terrain interrogés, perçoivent intuitivement un concept majeur de l'interculturalité : la décentration.

V. DISCUSSION ET STRATÉGIES PROPOSÉES

Les professionnels de santé métropolitains et autochtones, rencontrent des difficultés dans la relation soignant soigné qui pèsent sur leurs pratiques sanitaires. La complexité du contact interculturel n'y est pas étrangère : choc culturel, pouvoir inégal, barrière de la langue, représentations en santé, etc. Face à ces obstacles, les professionnels de santé expérimentent, initient, proposent des techniques, outils, postures pouvant améliorer l'adhésion thérapeutique. Certains sont innovants, créatifs, adaptés, efficients, d'autres nécessitent d'être construits et expérimentés, mais aussi formalisés et transmis.

1. Résultats principaux

A l'issue de cette étude des représentations et des pratiques de santé, cinq conclusions principales, provenant de résultats croisés (entre eux, avec les données de la littérature et des observations participantes) nous intéressent :

1° Les soignants restent malgré leur ancienneté sur le terrain, marqués de représentations, d'attitudes et de croyances ethnocentriques inhérentes à chaque culture et très éloignées de celles des patients amérindiens. Cette divergence de représentations de santé (perception différente du rôle de soignant, divergence de représentations de la maladie) impacte la prise en charge éducative et l'adhésion thérapeutique des patients.

Soignants et soignés peuvent parler la même langue, mais ils n'utilisent visiblement pas le même langage. Le médecin est le dépositaire du savoir pour l'un, une simple personne-ressource pour l'autre, même s'il essaye de responsabiliser le patient, celui-ci ne se sent pas du tout responsable d'un mal — selon lui causé par un facteur extérieur (esprit, chaman, etc).

Expliquer la gravité et/ou les complications d'une pathologie devient compliqué également lorsqu'on ne connaît pas le langage de l'autre — autrement dit, son cadre de référence et son système de représentations.

Cohen-Émérique propose deux démarches de « l'approche, l'attitude interculturelle » : se décentrer et pénétrer dans le système de référence de l'autre (1993, p.76). Quant à Levesque, elle préconise d'ouvrir le dialogue avec les patients sur leurs représentations de santé.

2° Tout ne se résume pas aux différences culturelles ; la relation soignant soigné est ainsi le lieu d'un rapport de pouvoir et d'un rapport social qui s'inscrivent dans une rencontre asymétrique et inégale. Certains patients amérindiens peuvent être intimidés. Or face à un patient silencieux, évaluer des symptômes, dépister une urgence psychiatrique, en somme, poser un diagnostique s'avère difficile. Il importe donc de rétablir des rapports égalitaires en cassant l'asymétrie originelle à toute relation soignant soigné et en adaptant sa pratique.

3° Nous développerons deux outils mobilisés principaux :

- Exploration des savoirs et des savoir-faire populaires (ponts culturels, analogies appropriées et respect/intégration de la médecine traditionnelle).
- Application des méthodes éprouvées par l'enseignement pour donner des instructions.

4° Même si beaucoup de soignants possèdent les bases essentielles d'une bonne relation soignant soigné, tous revendiquent le rôle primordial de l'agent de santé pour une prise en charge véritablement efficiente auprès des populations amérindiennes.

Les agents de santé sont des intervenants homethniques (Massé, 1995), c'est à dire des intervenants de la même origine ethnique. La pratique homethnique est « souhaitable et efficace » nous dit Massé (1995). Nous développerons la promotion de la santé communautaire.

5° Connaître la culture de l'autre ou être de la même origine ne suffit pas pour être efficace. En dernier lieu nous évoquerons la formation à l'interculturalité.

2. Formalisation et transmission des postures et des pratiques

Un ensemble de postulats et de pré-requis peut être posé dans la relation soignant soigné en situation d'interculturalité en particulier sur le territoire de l'Intérieur.

2.1 Postulat et prérequis

Se décentrer

La décentration, c'est prendre distance de soi, en réfléchissant sur soi-même, et prendre conscience qu'on est chacun « *porteur d'une culture et de sous-cultures auxquelles s'intègrent des modèles professionnels et des normes institutionnelles »* (Cohen Émérique, 1993 p.77). La décentration ne peut s'opérer que dans le heurt avec le différent. Ce dernier, par ses comportements et ses attitudes qui nous paraissent étranges et choquants, va jouer le rôle, presque chimique, d'un *« révélateur de nous-mêmes, sorte de miroir réfléchissant nos normes et valeurs »* (Cohen Émérique, 1993 p.79).

C'est ainsi par une meilleure connaissance de soi, de son identité sociale et culturelle, qu'il devient possible de faire émerger la relativité de ses points de vue — tout en sachant, sans culpabiliser, que l'ethnocentrisme, comme les préjugés et les stéréotypes, processus normaux inhérents à son appartenance à une société et à des groupes, sont le propre de l'homme. Ce qui est décisif, nous dit Cohen Émérique, c'est de mieux savoir les cerner. Prendre conscience de sa propre identité socio-culturelle permet d'accueillir véritablement l'autre et d'ouvrir un dialogue inédit et fécond.

Pénétrer dans le système de référence de l'Autre

Cohen Émérique énonce que pénétrer dans le système de référence de l'Autre implique de s'approprier la culture de l'Autre avec l'empathie et la compréhension d'une approche émique, du « dedans » — en d'autres termes, avec les yeux de l'Autre. Cette démarche appelle une attitude d'ouverture, un effort personnel de curiosité, de bienveillance voire d'humilité (1993, p.79). Il s'agit tout d'abord de reconnaître un système de santé et une représentation de la

maladie tout autre. Les patients, en l'occurrence amérindiens, ne sont pas des « cruches vides » : ils ont des savoirs et des savoir-faire « populaires », pouvant améliorer les pratiques de soins et la santé (Massé, 1995). La prise en charge de la bronchiolite en est une illustration pertinente.
Dans notre étude, la DRP est considérée comme étant insuffisamment réalisée aux yeux des soignants. Un agent nous éclaire, en précisant qu'elle est faite, non pas avec le « *produit* », mais avec la bouche. Cet agent précise que « *Y a leurs mamans [les grands-mères] qui savent, qui disent et qui font ».* Le succès des projets de soin *« requiert donc de la part des intervenants une connaissance minimale des savoirs populaires reliés à la santé et à la maladie »* (Massé, 1995, p.104).

Ouvrir le dialogue au sujet des représentations

La culture n'est pas un obstacle à l'adhésion thérapeutique des patients, c'est le déni de celle-ci qui représente un frein. Selon Levesque, les efforts visant à promouvoir la santé sont souvent liés à une lutte identitaire, il importe que les patients aient le sentiment que leurs conceptions de santé soient entendues et respectées.
Dans une étude qui met en lumière le lien entre l'état de santé d'un individu et la vitalité culturelle et linguistique de la communauté, elle propose d'axer la promotion de la santé sur le maintien de l'héritage culturel et linguistique.
Dans ce but, elle propose l'utilisation d'un protocole d'entretien avec les patients, qui permettrait d'interroger leur façon de définir la santé et les pratiques qu'ils utilisent pour la promouvoir, ainsi que leurs croyances relatives à l'identité de leur maladie, les causes, les conséquences, la trajectoire et les traitements possibles (Levesque, 2015, p.49).

Casser l'asymétrie de la relation soignant soigné.

Il n'y a pas de symétrie dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (les soignants) et des non initiées (les patients et les familles) qui arrivent dans une micro-culture, une organisation, des modes de communication, un environnement qui leurs sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas. Un des objectifs des soignants dans la relation de soin, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une *« relation symétrique »*, afin de *« permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être dans des interactions et des relations égalitaires avec les soignants »* (Formarier, 2007, p.35).

Casser l'asymétrie originelle de la relation soignant soigné et rééquilibrer les rapports impliquent la « *prise en compte des connaissances, capacités, valeurs, souhaits et besoins du patient »* (Emmanuel & Emmanuel, 1992, cités par Formarier, 2007).

E. Carde quant à elle, nous rappelle de *« Veiller [...] à ne pas occulter des rapports sociaux inégalitaires »* (Carde, 2016, p.147 , p.153).

Adapter sa pratique

Le « *processus de recherche d'aide est surtout conditionné par les besoins subjectivement et culturellement perçus »* énonce Raymond Massé (1995 p.426). Adapter sa pratique permettrait de mieux répondre aux besoins perçus. Sur le plan de la relation patient-thérapeute, certains groupes ethniques répondent mieux à une relation d'autorité de la part du clinicien (à l'image du modèle dominant dans leur culture). Sur le plan des objectifs et de la nature du traitement, certains réagissent mal aux thérapies axées sur l'autonomie et l'indépendance, mais ne mettant pas l'accent sur le renforcement de l'harmonie familiale ou intracommunautaire. Les questions relatives aux sentiments personnels, au vécu sexuel, aux pensées violentes risquent d'être plus tabou dans certaines cultures (Massé, 1995 p.426, p.427).
Rappelons que la reconnaissance de l'influence culturelle ne doit pas pousser pour autant les soignants à attribuer une image stéréotypée aux individus de culture différente (Levesque, Li et Bohémier, 2013, cités par Levesque, 2015, p.49).

2.2 Explorer les savoirs et savoir-faire populaires

Il est facile pour le médecin, l'infirmier ou tout autre intervenant de la santé d'occulter le savoir populaire sous prétexte qu'il ne se compose que de faussetés à corriger.
Cependant, Raymond Massé affirme que l'expérience démontre qu'une telle attitude « missionnaire » ne mène nulle part (1995, p.107). Il énonce que *« tout transfert de connaissances implique une relation conflictuelle avec la population cible »* et ajoute *« il faudra savoir composer avec le bagage culturel existant »* (1995, p.106). Ce bagage culturel, précise-t-il, permettra de faire des *« ajustements peu coûteux et très efficaces »* (1995, p.108).
En effet, un des outils parmi les plus pertinents mobilisés et accessibles en pratique courante est l'exploration des savoirs et savoir-faire populaires.

Ponts culturels

L'établissement de ponts culturels « *favorise la circulation de messages sanitaires d'une culture à une autre ».* Massé (1995) propose de s'appuyer sur le modèle de Coreil, permettant un transfert plus « pénétrant » des messages.

Ce modèle implique de chercher à connaître les représentations des patients pour les utiliser de façon positive afin d'intégrer des nouvelles idées et pratiques, à ce qui est déjà familier, « *connaître la façon dont les gens font les choix affectant leur santé peut permettre d'alimenter les stratégies de communication pour améliorer la compréhension et la rétention des messages »* (Coreil, 1990, p.13 cité par Massé, 1995, p.116).

Dans notre étude, l'utilisation de l'image du hamac (qui doit rester tendu pour le confort du couchage) par une sage-femme pour décrire le périnée et la nécessité de le rééduquer en post-partum, en est une illustration. Massé, quant à lui, rapporte l'exemple de la promotion de l'allaitement maternelle des femmes en Indonésie (Annexe 1). L'accent est mis sur le fait que l'allaitement maternel permet de satisfaire complètement l'enfant, ce qui est un objectif reconnu comme étant parmi les plus importants dans la culture indonésienne (Massé, 1995, p.117).

Analogies appropriées

Le recours aux « analogies appropriées », selon l'expression de Nichter et Nichter (1986, cité par Massé, 1995) s'appuient aussi sur les croyances traditionnelles. Le succès des projets de soin repose alors sur la capacité des intervenants sanitaires à *« utiliser des métaphores ou des analogies culturellement signifiantes pour la population cible »*, en utilisant la méthode d'éducation à la santé par l'analogie. Massé explique que cette méthode : *« postule que ceux qui veulent modifier des comportements à risque doivent consacrer moins d'énergie à connaître ce que les gens ne savent ou ne font pas, et plus d'énergie à déterminer les acquis culturels et surtout les façons dont ces acquis sont intégrés* » (1995, pp.116-117).

Dans notre enquête, dans le cadre de l'éducation thérapeutique du diabète, l'utilisation de la métaphore du poison pour expliquer que le *« sucre mange les mains et les yeux »* illustre ce concept.

Nichter et Nichter donnent un exemple d'application de cette approche en évoquant l'analogie entre le corps humain et le champ de riz en Inde, dans la promotion de la santé nutritionnelle dans le sud de l'Inde, où la culture du riz tient une place centrale dans l'univers culturel (Annexe 2). Ils comparent le corps au champ de riz : *« Si un mélange dosé de nutriments n'est pas donné à votre champ intérieur, votre rendement [votre santé] est pauvre et votre sang, faible ».*

De la même façon, pour encourager les femmes enceintes à manger plus afin de limiter l'hypotrophie néonatale, ils associent le fœtus à un plant de riz qui a besoin de fertilisant, pas seulement dans les jours précédant la récolte, mais pendant toute la durée de sa croissance (Massé, 1995, p.118).

La médecine traditionnelle

Les valeurs occidentales étant très ancrées dans le système de référence de santé, il est difficile d'y intégrer une autre médecine dite « traditionnelle », pratiquée par le chaman. Pourtant son rôle est majeur, proprement vital, nous dit Jean Chapuis — qui ajoute : « *C'est le cœur culturel wayana […]. Le point nodal de l'ensemble culturel […]. Il synthétise l'essentiel des représentations de cette société. »* (1996, p.32).

C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît la valeur des médecines traditionnelles en complément à la médecine occidentale depuis 1975 (Massé,1995, p.93).

Certains soignants semblent l'avoir compris, puisqu'ils laissent le patient se soumettre à une séance de chamanisme (dans des conditions qui n'entravent pas la prise en charge médicale) — étant donné que *« maintenant que le chaman est intervenu, les médicaments pourront être efficaces »,* comme l'affirme un agent de santé lors de notre enquête de terrain.

2.3 Appliquer des méthodes éprouvées par l'enseignement pour donner les instructions

Beaucoup de freins à l'adhésion thérapeutique sont communs à tous les patients. Les soignants interrogés semblent l'avoir saisi puisqu'ils appliquent instinctivement des méthodes éprouvées par l'enseignement. Pour aller plus loin, Bosworth (cité par Cottin, 2012, p.295) identifie des stratégies concrètes pour améliorer l'observance (parmi lesquelles on retrouvent des outils mobilisés par les professionnels) pouvant être appliquées à tout patient, quelque soit leur origine ethnique ou sociale (Annexe 3).

2.4 L'expérience d'un praticien occidental confronté à l'altérité

Dr Carles, gynécologue-obstétricien en poste à Saint-Laurent-du-Maroni, fait part de son approche de l'obstétrique adaptée à un milieu traditionnel en Guyane dans un article (2014).

Il rappelle que la naissance à l'hôpital, si elle rassure souvent par la sécurité qu'elle apporte, peut toutefois être mal vécue par l'impossibilité de respecter les traditions.

Ce médecin propose trois lignes directrices tirées de son expérience professionnelle au sein des populations Bushinengue (2014, p.278, p.279) :

Tout d'abord, humilité, adaptabilité, apprentissage, écoute, respect font partie des principes généraux à développer. Ensuite, chercher l'ouverture pour introduire certains éléments médicaux. Cela suppose des entretiens avec les tradipraticiens, avec des personnes-ressource extérieures pouvant contribuer à une meilleure prise en charge des patients (en l'occurrence des « matrones » concernant la pratique de l'obstétrique), ainsi que des entretiens avec les médiateurs culturels et les associations. Enfin, chercher à obtenir la confiance, en réalisant par exemple des réunions communautaires d'information avec l'aide des médiateurs culturels.

À Saint-Laurent-du-Maroni, à la suite de ces réunions, les femmes de la communauté Hmong ont accepté de venir accoucher à l'hôpital si les soignants respectaient certaines règles : alimentation spéciale, respect du placenta, absence d'épisiotomie et de prise de sang aux nouveau-nés (Vincent, 1991, cité par Carles, 2014, p.279). Rappelons qu'en pays amérindien, il y a une « *vague de résistance des femmes amérindiennes pour aller accoucher à Cayenne »,* comme nous le rappelle une sage-femme durant l'enquête.

Le gynécologue-obstétricien conseille aux soignants d'adapter leurs pratiques en cherchant à respecter les demandes des patients pour obtenir leur confiance.

Enfin, il prévoit avec discernement que *« ces patientes satisfaites des soins médicaux pourront servir d'intermédiaire avec leur communauté »* (2014, p.280) — favorisant ainsi la santé communautaire.

Synthèse

En situation interculturelle, apprendre, appliquer ou aiguiser certains postulats et prérequis peut permettre de rétablir des rapports plus égalitaires, en signifiant aux patients qu'ils sont entendus et respectés, condition pour qu'ils intègrent et adoptent véritablement les recommandations prodiguées par la biomédecine. Il s'agirait donc de :

- se décentrer
- pénétrer le système de référence de l'Autre
- ouvrir le dialogue avec les patients sur leurs représentations
- casser l'asymétrie originelle à toute relation soignant soigné
- adapter sa pratique

Aussi, il existe deux outils efficients et simples à utiliser en pratique courante pour favoriser l'adhésion thérapeutique du patient :

- Explorer les savoirs et les savoir-faire populaires (en créant des ponts culturels, des analogies appropriées et en respectant la médecine traditionnelle) se révèle être une méthode judicieuse pour favoriser l'intégration des messages de santé.
- Appliquer des méthodes éprouvées par l'enseignement pour donner les instructions.

En dernier lieu, Dr Carles mentionne avec pertinence, l'intérêt des « intervenants homethniques » (Massé, 1995) dans la promotion de la santé communautaire.

3. Promotion de la santé communautaire

Les « intervenants homethniques » partagent la même origine ethnique que les patients (Massé, 1995). Ils représentent une force complémentaire pour les soignants, en étant acteurs de la promotion de la santé communautaire. La culture devient alors une « *ressource potentielle pour le développement, un tremplin pour mieux faire accepter le savoir médical savant* » (Massé, 1995, p.99).

3.1 La santé communautaire

L'OMS/UNICEF (1986) a fait une synthèse de la conception de la communauté et de celle du développement communautaire en santé :

> *« La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement… »*

La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté quant à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités puis mise en place, gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités (Manciaux & Deschamps, 1978, p. 31).
Raymond Massé propose quand à lui, une participation communautaire où l'accent serait mis sur la formation, de courte durée, des travailleurs communautaires de la santé choisis par leur communauté pour être au service du groupe (1995, p.96).

3.2 Les intervenants homethniques

L'agent de santé

Les agents de santé sont des « intervenants homethniques » (Massé, 1995) — souvent considérés comme des traducteurs, ainsi que l'a souligné lui-même l'un d'entre eux. Cette position n'est pas toujours évidente : ils sont confrontés au regard des soignants métropolitains et des membres de leur propre groupe. Souvent intriqués dans la situation ambivalente et inconfortable d'intermédiaires, ils ne sont pas préparés ni formés à endosser ce rôle de négociateur .

Il est important de reconsidérer cette fonction d'agent de santé dans tous les sens du terme : valoriser et reconnaître les compétences acquises dans l'expérience d'interaction avec le soignant métropolitain (mais également avec le patient dont il partage la même origine) ; redéfinir leur place notamment dans la prévention et l'éducation thérapeutique et enfin interroger le système de soin via leurs pratiques.
La pratique homethnique est en effet *« efficace et souhaitable »* affirme Raymond Massé (1995) dans la mesure où on ne la considère pas comme une compétence inhérente à l'origine ethnique, automatique, mais acquise par l'expérience et la formation, notamment à l'interculturalité.

Le médiateur

Le médiateur est un autre « intervenant homethnique » pouvant venir améliorer la relation soignant soigné. Lui aussi est souvent recruté et considéré comme un traducteur par manque de formation et de sensibilisation des structures employeuses.
Les médiateurs sont des tiers qui servent de passerelles (Cohen-Emerique & Fayman, 2005).
Véritables professionnels aptes à opérer *« une translation, une transformation des repères et des regards »,* le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.
Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires (HAS, 2017, p.9).

Estelle Carde souligne l'importance de travailler en complémentarité avec un médiateur. Elle précise néanmoins que le rôle de ce dernier ne doit pas se substituer à celui d'un professionnel de santé. La consultation doit être pluridisciplinaire sans perdre de vue qu'*« expliquer au patient le traitement et s'assurer qu'il l'a compris relève bien du rôle de tout médecin, indépendamment de l'intervention d'un médiateur »* (Carde, 2016, p.168).

3.3 Envisager l'intégration des agents de santé communautaires dans le système de santé

L' agent de santé communautaire (ASC)

Selon l'OMS (2007), les agents de santé communautaires (ASC) ou « community health workers » (CHW) en anglais, doivent être des membres de la communauté pour laquelle ils travaillent et être sélectionnés par celle-ci.

Ils doivent répondre de leurs activités auprès des communautés, être soutenus par le système de santé (mais pas forcément en tant que membre à part entière de la pyramide sanitaire) et avoir une formation plus courte que les professionnels (Lehmann, Sanders et al., 2007, cités par Lefeuvre, Dieng et al., 2014, p.880).

Ils n'ont normalement pas de diplôme professionnel ou de troisième cycle, mais sont en mesure de répondre à des prestations de santé après avoir été formés dans le contexte de l'intervention (Lewin, Munabi-Babigumira et al., 2010, Mwai, Mburu et al., 2013, cités par Lefeuvre, Dieng et al., 2014, p.880).

Ils peuvent être volontaires, ou recevoir un salaire pour leur travail (Schneider H, Hlophe et al., 2008, cités par Lefeuvre, Dieng et al., 2014, p.880).

Impact possible des ASC dans la promotion de la santé

Un article publié sur High Impact Pratices (HIPs, 2015) classe cette pratique comme faisant partie des pratiques à haut impact. Les programmes HIPs rassemblent les pratiques de planification familiale fondées sur des données probantes, qui sont examinées par des experts en fonction de critères précis.

Explorer l'impact possible des ASC dans la promotion sanitaire méritant une recherche à part entière, nous nous contenterons de mentionner quelques éléments pertinents dans le cadre de notre étude.

Les agents de santé communautaires permettent de contourner les barrières géographiques causées par les pénuries de professionnels de santé. Face à la concentration du personnel médical dans les zones les plus riches (OMS, 2006), « *les programmes d'agents de santé communautaires apparaissent comme une des stratégies les plus efficaces pour faire face aux pénuries de ressources humaines dans le secteur de la santé, tout en améliorant l'accès et la qualité des soins de santé primaire »* (Liu et al., 2011).

En effet, les ASC facilitent une réduction des barrières financières pour les patients, en rendant accessible plus de services de santé, ainsi qu'une réduction des barrières sociales limitant l'utilisation de ces services.

D'après une étude de revue des programmes de planification familiale dans dix pays, les programmes qui associent des agents communautaires aux services clinique sont plus efficients que les programmes reposant uniquement sur des services en clinique ou sur des agents de santé communautaires (Prata et al., 2005 ; données de Huber & Harvey, 1989, cités par HIPs, 2015).

Toutefois, l'intégration éventuelle d'agents de santé communautaires devra s'accompagner de ces conseils découlant des expériences de mise en œuvre : les former, les équiper et les soutenir (HPIs, 2015). Pour aller plus loin, on mentionnera simplement le guide pratique de l'agent de santé communautaire, avec des directives pour la formation et l'adaptation (OMS, 1985). Entièrement revisité et amélioré à plusieurs reprises suite aux conseils des usagers, il est en accès libre sur internet.

3.4 L'exemple de nos voisins brésiliens

Au Brésil, l'agent de santé communautaire (ASC) joue un rôle fondamental dans le développement du Programme de Santé de la Famille (PSF). Mis en place depuis les années quatre-vingt-dix, ce programme représente le premier contact des usagers avec les systèmes de santé brésiliens. Il comprend, entre autres, les soins de base, les actions de prévention et de promotion. Dans un article, Lancman, Ushida & al, explorent la fonction des ASC dans le cadre de leur intégration au PSF.

Les tâches allouées aux ASC sont multiples : visites à domicile, accueil au dispensaire, identification des nouveaux cas de maladie, etc.

Ils s'occupent aussi des programmes éducatifs et sanitaires et assurent des activités variées comme l'organisation de randonnées, de séances de gymnastique, de groupes de théâtre.
Acteur principal dans la prévention et la promotion de la santé, il est de leur responsabilité de faire prendre conscience aux gens des principes de base en matière de santé et d'hygiène (2007, p.98, p.100).

Synthèse

Même si beaucoup possèdent les bases essentielles d'une bonne relation de soin et peuvent appliquer des stratégies concrètes favorisant l'observance, tous revendiquent la place incontournable de l'intervenant homethnique dans une prise en charge efficiente des patients.

La pratique homethnique s'avère *« efficace et souhaitable »* (Massé, 1995) et l'intégration des agents de santé communautaires pourrait encourager la promotion de la santé communautaire et, à l'instar de nos voisins brésiliens, donner les clefs aux populations amérindiennes d'être acteurs de leur santé.

S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs (OMS, 1986). Nous conclurons cette partie, avec cette citation de Lao-Tseu : ***« Si tu donnes un poisson à un homme, il mangera un jour, si tu lui apprends à pêcher, il mangera tous les jours »***.

4. Aiguiser l'éveil à l'Altérité

Plusieurs professionnels de santé ont émis le souhait de recevoir une formation leur permettant d'acquérir des notions culturelles sur les divers groupes ethniques en Guyane, pensant que cela pallierait aux difficultés qu'ils rencontrent notamment dans la relation de soin.
Il est vrai que pour communiquer efficacement avec un patient au sujet de sa maladie ou de son régime de traitement, un médecin doit avoir une connaissance minimale de la conception que celui-ci se fait de la maladie, de son étiologie et des thérapies en général (Massé, 1995, p.104).
Mais ces connaissances culturelles ne sont qu'une partie des compétences à acquérir en situation d'interculturalité. C'est avant tout une déconstruction de ses préjugés, stéréotypes et valeurs, pour une rencontre avec l'altérité mais aussi des attitudes, aptitudes etc, dont il est question.

4.1 La formation à l'interculturalité

Nous sommes tous porteurs d'une culture. Connaître la culture de l'autre ou être originaire de cette culture n'est pas suffisante pour une bonne interaction et communication, deux éléments majeurs de la relation d'aide et de soins.
L'interculturel est une approche qui vise à permettre à l'individu vivant en société de prendre conscience du fait qu'il fait partie d'un contexte plus large, plus global, plus divers et diversifié.

Cette approche se compose de trois démarches (Cohen-Emerique, 2013, p.213) :

1. La prise de conscience par le professionnel de son propre cadre de référence par un processus de décentration

2. La découverte du cadre de référence de l'autre

3. L'investissement dans un dialogue interculturel, une négociation-médiation.

Le succès de toute formation à l'interculturalité nous dit Raymond Massé, repose sur une série de conditions préalables qui sont entre autres (1995, pp.574-577) :

- le respect de la personne
- l'établissement de rapports égalitaires
- la décentration culturelle
- la prise de conscience de sa propre identité culturelle
- l'apprentissage d'un rôle d'intermédiaire
- une participation active axée sur l'expérimentation et l'analyse critique

Elle doit conduire à redéfinir le rôle du professionnel, qui doit prendre conscience du fait que, finalement, *« le principal outil, c'est soi-même »* (Fronteau 1992, cité par Massé, 1995, p.579)

Nos confrères anglo-saxons, vont plus loin dans la formation à la relation d'aide et de soin, avec deux concepts :

- La compétence culturelle

C'est le processus par lequel le soignant *« s'efforce d'atteindre la capacité d'offrir des soins tenant compte du contexte culturel d'un individu, d'une famille ou d'une communauté »* [traduction libre] (Campinha-Bacote, 1999, cité par Blanchet Garneau, 2012).

- La sécurité culturelle

Ce concept a encore peu d'écho hors du contexte de la Nouvelle-Zélande, où elle a vu le jour en 1988 en réaction aux préoccupations quant aux effets du colonialisme et la non prise compte des savoirs des Maori[90] en santé.

La sécurité culturelle implique un partenariat égalitaire entre deux personnes de cultures différentes fondé sur le respect mutuel et le dialogue qui convergent vers un partage du pouvoir en vue d'une action commune (Blanchet Garneau, 2012).

Néanmoins, cette demande légitime de la part des professionnels de santé pourrait s'intégrer au plan de formation dont bénéficient les soignants (médecins, IDE, SF) avant leur départ sur le fleuve. Elle pourrait être réitéré dans le cadre de la formation continue aux CDPS (ce qui permettrait d'intégrer aussi les agents de santé) en parallèle à des ateliers sur l'éducation thérapeutique pour des pathologies chroniques comme par exemple, le diabète ou des pathologies fréquentes et à risque de décompensation grave, comme la bronchiolite chez le nourrisson.

Deux initiatives en particulier creusent ce sillon : le nouveau Plan Régional de Santé (PRS) 2018 qui fait de la formation une priorité et le Schéma Régional de Santé (SRS) dont le but est de réduire les inégalités sanitaires en développant « *la santé communautaire et la médiation en santé »* (ARS Guyanne, 2018, p.151).

[90] Autochtones de Nouvelle Zélande.

4.2 Envisager une étude du point de vue des soignés

Une étude sur les représentations et les pratiques sanitaires du point de vue des soignés serait pertinente et viendrait compléter la nôtre. Formarier affirme qu'une personne agit en fonction de ses représentations et de ses perceptions face à une situation. Le comportement de chaque personne est déterminé, non pas par des faits objectifs, mais par sa propre perception et interprétation des faits. La compréhension du comportement de la personne à partir de son propre point de vue permet d'ajuster la réponse à la situation telle que perçue par le patient (Formarier, 2007, p36).

Identifier quelles croyances sont davantage liées aux comportements sains et lesquelles sont liées aux comportements à risque permettraient de promouvoir les croyances qui contribuent aux comportements sains (Levesque, 2015, p.49).

Les résultats pourraient mettre en lumière des déterminants et facteurs d'adhésion thérapeutique chez ces patients afin de mieux cibler les messages diffusés et mieux orienter les messages de promotion de la santé.

Synthèse

Une formation à l'interculturalité, intégrée au plan de formation des professionnels avant leur départ sur le fleuve ou dans le cadre d'une formation continue permettrait d'aiguiser l'éveil à l'Altérité. La relation de soin serait améliorée, l'adhésion thérapeutique, favorisée.

Aussi, une étude sur les représentations et les pratiques sanitaires du point de vue des soignés permettrait de mieux cibler les messages sanitaires diffusés et avoir en conséquence, un impact plus efficient auprès des populations autochtones.

VI. CONCLUSION

En Guyane française, les professionnels de santé rencontrent des difficultés dans la relation soignant soigné qui pèsent sur les soins et l'adhésion thérapeutique des patients. Les soignants métropolitains sont confrontés dans leur pratique courante aux spécificités culturelles amérindiennes et à une vérité à laquelle prétend la biomédecine. Le contact interculturel est complexifié par le contexte historique, socio-économique et politique. La relation de soin est ainsi le lieu d'un rapport de pouvoir et d'un rapport social qui s'inscrivent dans une rencontre asymétrique et inégale, affectant la prise en charge diagnostique. Aussi, les soignants restent marqués de représentations, d'attitudes et de croyances ethnocentriques inhérentes à chaque culture et très éloignées de celles des Amérindiens. Cette divergence de représentations de santé a des conséquences sur la prise en charge éducative : soignants et soignés peuvent parler la même langue, mais ce n'est visiblement pas le même langage utilisé.

Les « intervenants homethniques » favorisent l'intégration des messages de santé auprès des populations amérindiennes et la promotion de la santé communautaire. Connaître la culture de l'autre et/ou être de la même origine ethnique ne suffisent pourtant pas pour être efficace. Il demeure indispensable de développer d'autres compétences comme l'humilité, la réflexion critique, l'ouverture et la sensibilité culturelle (pour ne citer qu'elles). Il existe des prérequis, postures et pratiques éprouvés et expérimentés qui pourraient être formalisés et transmis aux professionnels (anciens et nouveaux). Une formation à l'interculturalité favoriserait un éveil aiguisé à l'Altérité — améliorant la relation de soin, ainsi que l'adhésion thérapeutique.

Chaque relation est singulière et unique, le clinicien doit en conséquence apprendre à sortir des sentiers battus et mobiliser sa créativité pour forger ses propres outils de communication, car finalement, **le principal outil, c'est soi-même**.
Ceci étant, la mise en place de ces stratégies serait vaine sans une implication à tous les niveaux de l'institution. La multiplicité des déterminants de l'état de santé et des facteurs qui influent sur l'utilisation des services appelle à une collaboration interdisciplinaire et à la complémentarité des approches. Le système de référence de santé est appelé à s'ouvrir à l'Autre et cette ouverture doit s'opérer à tous les niveaux pour une vision commune.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Exemple de l'allaitement maternel en Indonésie (Massé, 1995, p.117).

Une étude de cas intéressante est celle produite par Griffiths (1990) sur la promotion de l'allaitement maternel en Indonésie. Cette dernière montre que, si les mères indonésiennes étaient peu influencées par les informations « scientifiques » relatives aux qualités nutritionnelles du lait maternel, une stratégie de communication ajustée aux savoirs populaires reliés à l'alimentation des enfants a eu un effet positif sur la durée de l'allaitement. Les messages véhiculés sur le terrain par les intervenants non professionnels et ceux diffusés par l'intermédiaire de messages publicitaires radiodiffusés mettaient plutôt l'accent sur le fait que l'allaitement maternel permettait de satisfaire complètement l'enfant, objectif reconnu comme étant des plus importants. On en profitait de même pour rappeler l'importance de donner le colostrum au nouveau-né, pour promouvoir des recettes traditionnelles d'aliments destinés aux enfants sevrés ou pour faire reconnaître l'importance d'allaiter les bébés des deux seins, une croyance voulant que le sein gauche fournisse la nourriture alors que le sein droit ne contienne surtout que de l'eau.

ANNEXE 2 : Exemple de l'analogie entre le corps humain et le champ de riz en Inde (Massé, 1995, p.118)

Nichter et Nichter donnent un exemple d'application de cette approche en évoquant des programmes de promotion de la santé nutritionnelle dans le sud de l'Inde, où la culture du riz tient une place centrale dans l'univers culturel. Le monologue traditionnel entre le nutritionniste et le paysan est remplacé par l'échange suivant :

> Qu'est-ce qui est nécessaire pour la culture du riz ? —Un bon sol, une terre bien labourée, du compost de feuilles, du fumier de vache et de la cendre. —Qu'est-ce qui arrive s'il n'y a pas suffisamment de compost, de fumier ou de cendre ? (Une discussion typique s'engage sur la taille des plants, la taille et le poids des grains, les maladies du riz et le rendement global.) Votre corps est comme un champ. Si un mélange dosé de nutriments n'est pas donné à votre champ intérieur, votre rendement — votre [69] santé —est pauvre et votre sang faible […]. Préparer le champ pour que la terre digère les fertilisants est comme augmenter la capacité de votre estomac de digérer les aliments et de les transformer en sang (Nichter et Nichter, 1986 : 68).

Dans le même ordre d'idées, pour encourager les femmes enceintes à manger plus afin de réduire le nombre de naissances où le poids de l'enfant est insuffisant, on associe le foetus à un plant de riz qui a besoin de fertilisant, pas seulement dans les jours précédant la récolte, mais pendant toute la durée de sa croissance.

Fondée sur l'exploitation de la « rationalité de sens commun », l'analogie devient pour Nichter et Nichter comme « une charrue qui peut préparer le "terrain des associations" d'une population pour la plantation de nouvelles idées » (Nichter et Nichter 1986 : 64). L'encadré 2.3 présente un autre cas de recours à l'analogie.

ANNEXE 3 : Barrières les plus communes et les actions possibles, d'après Bosworth (2001, cité par Cottin, 2012, p.293).

Barrières	Stratégies Cliniques pour l'amélioration
Barrières à savoir quoi faire ou pourquoi **Connaissances faibles :** **Le patient ne comprend pas :** - Les instructions - La raison des médicaments - La relation entre les médicaments et les maladies - La durée prévue - Comment remplir correctement son pilulier - Où et comment renouveler son ordonnance. **Communication limitée** **Négocier un plan de traitement**	**Utiliser des méthodes éprouvées d'enseignement pour donner des instructions :** • Donner des informations écrites et orales - Utilisation en plus des mots des figures ou des vidéos - Procéder à une vérification de l'utilisation des médicaments compétences (par exemple vérification du remplissage du pilulier…) • **Donner des instructions à une autre personne (conjoint ou autre…)** Présenter seulement 2 ou 3 points - Utiliser le pharmacien pour renforcer l'information à une date ultérieure - Engager un personnel clinique dans des formations en communication • **Éviter :** - de donner trop d'informations - d'utiliser le jargon et la terminologie technique - d'utiliser seulement des mots - de mal évaluer la compréhension du patient • **Simplifier le schéma posologique** - Explorer l'activité du patient (horaire des repas, et les préférences pour le dosage ou les horaires) - Modification de la voie d'administration - Explorer les croyances du patient sur le médicament.
Barrière à faire **Ne pas remplir la prescription sans avoir identifier le patient** **Irrégularité de suivi ou oublis** **Coût prohibitif pour le patient** **« Non répondeur » ou aucune preuve clinique de l'efficacité**	• Distribuer au patient la première semaine de traitement à la sortie ou à la consultation • Identifier une personne pouvant prendre en charge le suivi de la prescription et la prise des médicaments • Discuter avec la patient du désir et/ou de la volonté de prendre un nouveau traitement • Choisir des médicaments disponibles dans un emballage blister avec calendrier • Inscrire le patient dans un programme de suivi pour recevoir des déclencheurs de rappel (pharmacien, téléphone cellulaire, SMS…) • Engager les patients dans un groupe de soutien • Obtenir de la pharmacie le taux d'adhérence et surtout évaluer les commentaires du patient à son pharmacien • Sélectionner un autre médicament ou un médicament générique • Identifier un programme local d'approvisionnement en médicaments à faible coût • Identifier un programme de paiement pour les médicaments non génériques du médicament • Évaluer la prise des médicaments en utilisant un outil d'évaluation validé • Demandez à une tierce personne • Utilisez un contrôle à court terme (par exemple, journal des médicaments, capture électronique…)
Arrêt lié à : **Une maladie mentale grave (dépression majeure, schizophrénie)** **Les effets indésirables (par exemple, la diarrhée, le gain de poids, insomnie)** **Les complications graves (par exemple, une réaction allergique)**	Tenter de traiter la santé mentale en premier, puis reprendre l'adhésion d'autres médicaments/interventions et le suivi Tenter de confirmer la relation traitement-effets secondaires Changer de traitement (dans la même classe ou dans une autre classe) Modifier la dose Cesser et changer le choix du médicament

VIII. BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- Abric J.C. *Psychologie de la communication. Théories et méthodes.* Paris, Ed Armand Colin ; 1999.

- Beaud S. Weber F. *Guide de l'enquête de Terrain.* Paris, La découverte ; 1997.

- Byram M. *Sociétés multiculturelles et individus pluriculturels.* Projet de l'éducation interculturelle, plateforme des ressources et de références pour l'éducation plurilingue et interculturelle, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe ; 2009.

- Carde E. *Discriminations et Accès Aux Soins En Guyane Française.* Montréal, Les presses de l'université de Montréal ; 2016.

- Chapuis J. L'identité dans le prisme de la maladie et des soins (Guyane). Dans : *Soigner au pluriel.* Essais sur le pluralisme médical sous la direction de Jean Benoist. Paris, les Editions Karthala ; 1996 : 35-71.

- Chapuis J. *La personne wayana entre sang et ciel. Thèse de doctorat, nouveau régime en anthropologie. Directeur de thèse : Jean Benoist.* Marseille, Les classiques des sciences sociales ; 1998.

- Chapuis J. *L'ultime fleur. Ekulunpï tïhmelë. Essai d'ethno sociogenèse wayana*, 2007.

- Good B. J. *Comment Faire de l'anthropologie Médicale ? : Médecine, Rationalité et Vécu.* Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance ; 1998.

- Hurault J. *La francisation des Indiens, 1604-1972.* Paris, Union Général d'édition ; 1972

- Léglise I, Migge B. *Pratiques et représentations linguistiques en Guyane: Regards croisés*. IRD Editions ; 2007.

- Mam Lam Fouck S. et Anakesa A. *Histoire de La Guyane : Du Temps Des Amérindiens à La Crise de Mar-Avril 2017*. Matoury, Guyane, Ibis Rouge ; 2018.

- Manciaux M. et Dechamps J.P. *La santé de la mère et de l'enfant*. Paris, Flammarion Médecine Sciences ; 1978.

- Massé R. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé.* Montréal-Paris, Edition Gaëtan Morin ; 1995. http://classiques.uqac.ca . Consulté le 17 Août, 2018.

- Sorsana. *Psychologie Des Interactions Socio-Cognitives*. Paris, Armand Colin ; 1999.

- Spradley J. P. *The Ethnographic Interview.* New York, Holt, Rinehart and Winston ; 1979.

- Tiouka A, Ferrarini H. *Petit guerrier pour la paix : les luttes amérindiennes racontées à la jeunesse (et à tous les curieux)*. Matoury, Guyane, Ibis Rouge ; 2017.

Périodiques :

- Bassargette D, Di Meo G. Les limites du modèle communal français en Guyane : le cas de Maripasoula. *Les Cahiers d'Outre-Mer Revue de géographie de Bordeaux*. 2008 ; 61(241-242) : 49-80. doi : 10.4000/com.3273

- Blanchet A, Pépin J. La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*. 2012 ; 4(111) : 22-35.

- Bosworth HB, Granger BB, Mendys P. et al. Medication adherence : A call for action. *American Heart Journal*. 2011 ; 162(3) : 412-424. doi : 10.1016/j.ahj.2011.06.007

- Bourbonnais A. L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers*. 2015 ; 120 (1) : 23-34. doi : 10.3917/rsi.120.0023.

- Brousse P. & Ville M. Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territories isolés de Guyane. *INPES*, 2014 ; (428) : 36-38

- Carde E. Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer. Des inégalités en Guyane. *Espace populations sociétés Space populations societies*. 2009 ; (2009/1) : 175-189. doi : 10.4000/eps.3638

-Carde E. Les uns et les autres en Guyane. Le jeu de l'interethnique sur la scène de l'accès aux soins (note de recherche). *Anthropologie et Sociétés.* 2013 ; 37(3) :251-268.

- Carles G. Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2014 ; 43(4) : 275-280. doi : 10.1016/j.jgyn.2013.12.002

- Cohen-Émérique M. L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*. 1993 ; 18(1) : 71-91. doi : 10.7202/032248ar

- Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements.* 2012 ; (4) : 291-298. doi : 10.1016/S1878-6480(12)70845-5 .

- Damien D, Tritsch I, Grenand P. Construction et restructuration territoriale chez les Wayãpi et Teko de la commune de Camopi, Guyane française. *Confins Revue franco-brésilienne de géographie / Revista franco-brasilera de geografia*. 2012 ; (16). doi : 10.4000/confins.7964

- Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers.* 2007 ; 89(2) : 33-42. doi : 10.3917/rsi.089.0033.
- Fronteau J. La formation n'est pas un prêt-à-penser. *Santé mentale au Québec*. 1992 ; 17 (2) : 171–181. doi : 10.7202/502076ar

- Kohn L. & Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique.* 2014 ; 53(4) : 67-82. doi : 10.3917/rpve.534.0067.

- Lacroix A. Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? *Santé Publique.* 2007 ; 19(4) : 271-282. doi : 10.3917/spub.074.0271.

- Lancman S, Uchida S, Sznelwar L. & de Andrade Jardim T. Un agent de santé communautaire : un travail où l'on s'expose. *Travailler.* 2007 ; 17(1) : 97-124. doi : 10.3917/trav.017.0097.

- Lefeuvre D, Dieng M, Lamara F, Raguin G. & Michon C. Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida. *Santé Publique.* 2014 ; 26(6) : 879-888. doi : 10.3917/spub.146.0879.

- Levesque A. Identité, culture et représentations de la santé et des maladies. *Cfco*. 2015 ; 27(1) : 35-56. doi: 10.7202/103124ar

- Pazargadi M, Moghadam M.F, Khoshknab M.F. et al. The therapeutic Relationship in the Shadow : Nurses Experiences of Barriers of the Nurse-Patient Relationship in the Psychiatric Ward. *Issues in Mental Health Nursing.* 2015 ; 36 (7) :551-557. doi : 10.3109/01612840.2015.1014585.

Rapports :

- Haute Autorité de Santé. *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systemes de prevention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques 2017*. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2017. http://www. has-sante.fr .

- Brousse P. & Travers P. & al. *Bilan d'activité des Centres de Prévention et de soins (CDPS) de Guyane.* Cayenne, Guyane : Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) ; 2017.

- World Health Organization WHO. *The World Health Report 2006 : Working Together for Health*. Geneva : WHO ; 2006. http://www.who.int/whr/2006/en/.

- Obertelli P, Pouteau C, Haberey-Knuessi V, et al. *Évolution des relations soignants-malades au regard des pratiques d'éducation thérapeutique*. Paris : Cnam, Centrale Superélec ; 2015. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01288026.

Sites internet :

- Agence de la santé publique du Canada. Guide de présentation pour les études qualitatives, 2016. [En ligne] https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2016-42/rmtc-volume-42-9-1er-septembre-2016/rmtc-volume-42-9-1er-septembre-2016-redaction-scientifique-1.html. Consulté le 26 mars, 2019.

- Pratiques à haut impact (PHI) en termes de planification familiale. Agents de santé communautaires, 2015. [En ligne] https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/agents-de-sante-communautaires/ . Consulté le 21 mars, 2019.

- OMS. Diabète. [En ligne] http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/fr/ . Consulté le 17 Août, 2018.

- OMS. Personnels de santé. [En ligne] http://www.who.int/topics/health_workforce/fr/. Consulté le 24 Août, 2018.

Travaux universitaires :

- Bachy M. Itinéraire thérapeutique le long des rives du Fleuve du Maroni (Guyane) : Rencontre entre la médecine occidentale et la médecine traditionnelle. Thèse d'exercice en Médecine. 2011.

- Berthet G, Boloré S. L'approche transculturelle du soin au bénéfice des patients migrants atteints d'état de stress post-traumatique. Mémoire de Bachelor. 2017.

- Jurine R. Les inégalités sociales de santé parmi les enfants de Saint-Laurent du Maroni : Étude transversale d'une population de 140 enfants suivis à la PMI et en médecine libérale. Thèse d'exercice en Médecine. 2014.

- Vincent T. La maternité chez la femme Hmong du village de Javouhey (Guyane française). Thèse d'exercice en Médecine. 1991.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.
Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.
Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.
Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,
Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRENOM : RATSAPHOUMY JURINE Aydine

SUJET DE LA THÈSE : Soins et interculturalité en Guyane Française : Étude des représentations et des pratiques pour une prise en charge plus efficiente des populations amérindiennes des communes l'Intérieur

THÈSE : MÉDECINE
Qualification : Médecine Générale
ANNEE : 2019
NUMERO D'IDENTIFICATION : 2019ANTI0434
MOTS CLEFS : Soins, interculturalité, pratiques, Amérindiens, Guyane française

Contexte : En Guyane française, les Amérindiens se retrouvent dans un système de santé dont l'itinéraire thérapeutique s'articule autour de leur médecine traditionnelle et d'une biomédecine prodiguée par des professionnels de santé originaires pour la plupart de la France hexagonale. Ces derniers exercent au sein du territoire de l'Intérieur et interviennent dans une « complexité de contact interculturel » qui influence la relation soignant soigné et affecte l'adhésion thérapeutique.

Objectif : Mieux comprendre la relation soignant soigné inscrite dans cette « complexité du contact interculturel » en explorant les représentations et les pratiques de santé afin de dégager des stratégies d'amélioration pour une prise en charge plus efficiente auprès des populations amérindiennes des communes de l'Intérieur.

Méthodologie : Étude de terrain menée entre janvier 2018 et mars 2019, faisant appel aux méthodes qualitatives de recherche. Un échantillonnage ciblé a permis la participation de dix-sept professionnels de santé exerçant dans les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) et Centre Départemental de Prévention et de Vaccination–Protection Maternelle et Infantile (CDPV-PMI) de l'Intérieur. Des entretiens individuels semi-structurés ont été menés jusqu'à la saturation des données afin d'explorer les représentations, les difficultés rencontrées et les outils mobilisés par ces soignants dans leur pratique courante. Le traitement des données a nécessité des grilles d'analyse constituées à partir des retranscriptions d'entretiens et croisées avec des observations participantes et des recherches bibliographiques dans les champs médicaux et anthropologiques.

Résultats et Analyse : La relation soignant soigné est le lieu d'un rapport de pouvoir qui s'inscrit dans une rencontre asymétrique et inégale. Malgré leur ancienneté, les soignants restent marqués de représentations ethnocentriques inhérentes à chaque culture et très éloignées de celles des Amérindiens. La divergence de représentations de santé impacte particulièrement la pratique.

Discussion et Stratégies proposées : Il convient de se décentrer, pour pénétrer dans le cadre de référence de l'Autre et de rééquilibrer les rapports pour améliorer la relation soignant soigné. L'exploration des savoirs et savoir-faire populaires et l'application de méthodes d'enseignement pour donner les instructions encourageant l'adhésion thérapeutique des patients. Les « intervenants homethniques » peuvent aider à promouvoir la santé communautaire et une formation à l'interculturalité favoriserait un éveil aiguisé à l'Altérité.

Conclusion : Connaître la culture de l'autre et/ou être de la même origine ethnique ne suffisent pas pour être efficace ; développer d'autres compétences comme l'humilité, la réflexion critique, l'ouverture et la sensibilité culturelle entre autres, demeure indispensable. Chaque relation est singulière et unique, le clinicien doit apprendre à mobiliser sa créativité pour forger ses propres outils de communication car finalement, le principal outil, c'est soi-même

---

JURY : Président : M. le Professeur Mathieu NACHER
Juges : M. le Professeur Narcisse ELENGA
: M. le Professeur Félix DJOSSOU
: M. Nicolas GARCERAN
Directrice de recherche : Mme. Rachel MERLET
