

Professionnels de santé et patients amérindiens : représentations et pratiques en Guyane française

Health professionals and Amerindian patients: representations and practices in French Guiana

Adyine Ratsaphoumy Jurine¹, Rachel Merlet²

→ Résumé

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

Méthode : Pour mieux comprendre les représentations et pratiques du système de santé en contexte interculturel, une recherche qualitative a été menée sur le terrain, en 2018 et 2019, auprès de dix-sept professionnels de santé exerçant dans les centres de santé situés dans les communes de l'Intérieur de la Guyane. Des entretiens individuels semi-structurés ont été menés afin d'explorer les représentations, les difficultés rencontrées et les outils mobilisés par ces soignants dans leur pratique courante. Ces entretiens ont été croisés avec des observations participantes et des recherches bibliographiques dans les champs médicaux et anthropologiques.

Résultats : La rencontre soignant soigné était asymétrique, inégale et s'inscrivait dans un rapport de pouvoir. Les soignants restaient marqués de représentations ethnocentriques - inhérentes à chaque culture - éloignées de celles des populations amérindiennes, et cette divergence impactait la pratique.

Discussion : Il conviendrait de se décentrer, pour « pénétrer » dans le cadre de référence de l'Autre et rééquilibrer les rapports. L'exploration des savoirs et savoir-faire populaires et l'application de méthodes éprouvées d'enseignement encourageraient l'adhésion thérapeutique. Les « intervenants hométhniques » et une formation à l'interculturalité pourraient favoriser la promotion de la santé communautaire.

Mots-clés : Soins ; Interculturalité ; Représentations ; Pratiques ; Professionnels de santé ; Amérindiens ; Guyane française.

→ Abstract

Context: In French Guiana, Amerindian populations find themselves in a health system whose therapeutic itinerary revolves around their traditional medicine and modern medicine provided by health professionals mostly from hexagonal France. The latter intervene in a "complexity of intercultural contact" which influences the caregiver-patient relationship and affects therapeutic adherence.

Method: To better understand the practices and representations of the health system in an intercultural context, qualitative research was carried out in the field between 2018 and 2019 with seventeen health professionals working in health centers located in the municipalities of the Interior of French Guiana. Semi-structured individual interviews were conducted in order to explore the representations, the difficulties encountered, and the tools used by these caregivers in their daily practice. These interviews were crossed with participant observations and bibliographical research in the medical and anthropological fields.

Results: The caregiver-patient encounter was asymmetrical, unequal and was part of a power relationship. The caregivers remained marked by ethnocentric representations -inherent to each culture- far removed from those of the populations and this divergence impacted the practice.

Discussion: It would be advisable to shift the focus in order to « penetrate » the frame of reference of the Other and rebalance relationships. The exploration of popular knowledge and skills and the application of proven teaching methods would encourage therapeutic adherence. « Homethnic workers » and intercultural training could help promote community health.

Keywords: Care; Interculturality; Representations; Practices; Professional health; Amerindians; French Guiana.

¹ Médecin, ancienne interne de la subdivision Antilles-Guyane, formatrice CESISMA, intervenante à l'Université de Guyane (IFSI, DUMG) – CHK – Montsinerry – France.

² Docteure en anthropologie et sociologie, Experte GITPA, chargée de cours à l'Université de Guyane (IFSI, DFR Santé) – UG – Cayenne – France.

Correspondance : R. Merlet
rac8170@gmail.com

Réception : 13/06/2021 – Acceptation : 04/07/2022

Introduction

À l'arrivée des premiers Européens aux XVI^e et XVII^e siècles, les Amérindiens « reconnus comme des peuples libres, ayant droit de se déplacer et de se régir à leur guise » [1] sont 30 000 en Guyane française. Mais les premiers contacts avec les « colons » entraînent des épidémies et un déclin démographique. En 1946, au moment où le régime départemental se met en place, on compte moins d'un millier

d'Amérindiens [2]. À l'époque, seul le littoral est départementalisé. Le territoire de l'Intérieur, alors appelé l'Inini, est sous un protectorat à l'intention de ces populations. Semi-nomades, ces dernières vivent sur un territoire couvert de forêts équatoriales denses, accessible en pirogue le long des deux grands fleuves de Guyane : l'Oyapock, bordant le Brésil au Sud-Est et le Maroni, bordant le Surinam à l'Ouest. En amont de ces grands fleuves, vivent des populations amérindiennes : les Wayampi, les Téko (ou Émerillon) sur le Haut-Oyapock et les Wayana, sur le Haut-Maroni (Figure 1). Ces populations côtoient, à l'Ouest, les Noirs Marrons appelés



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

Figure 1 : Les différentes ethnies amérindiennes de Guyane [29]

« Bushinengue », descendants d'esclaves africains échappés des plantations hollandaises (aujourd'hui le Surinam). Leur mode de vie est centré sur la chasse, la pêche, la cueillette et l'agriculture sur brûlis, dits « abattis ». Dans les années 1960, le processus de « francisation » [3] entraîne la dissolution de l'Inini et la création de cinq communes, dont Maripasoula à l'Ouest, et Camopi à l'Est. Des écoles, des Centres Délocalisés

de Prévention et de Soins (CDPS) et des Centres Départementaux de Prévention et de Vaccination-Protection Maternelle et Infantile (CDPV-PMI) sont implantés (cf. Figure 2). Ces derniers assurent gratuitement la permanence des soins [4]. La tendance démographique s'inverse, les populations se sédentarisent et sont sommées de choisir leur nationalité [5].

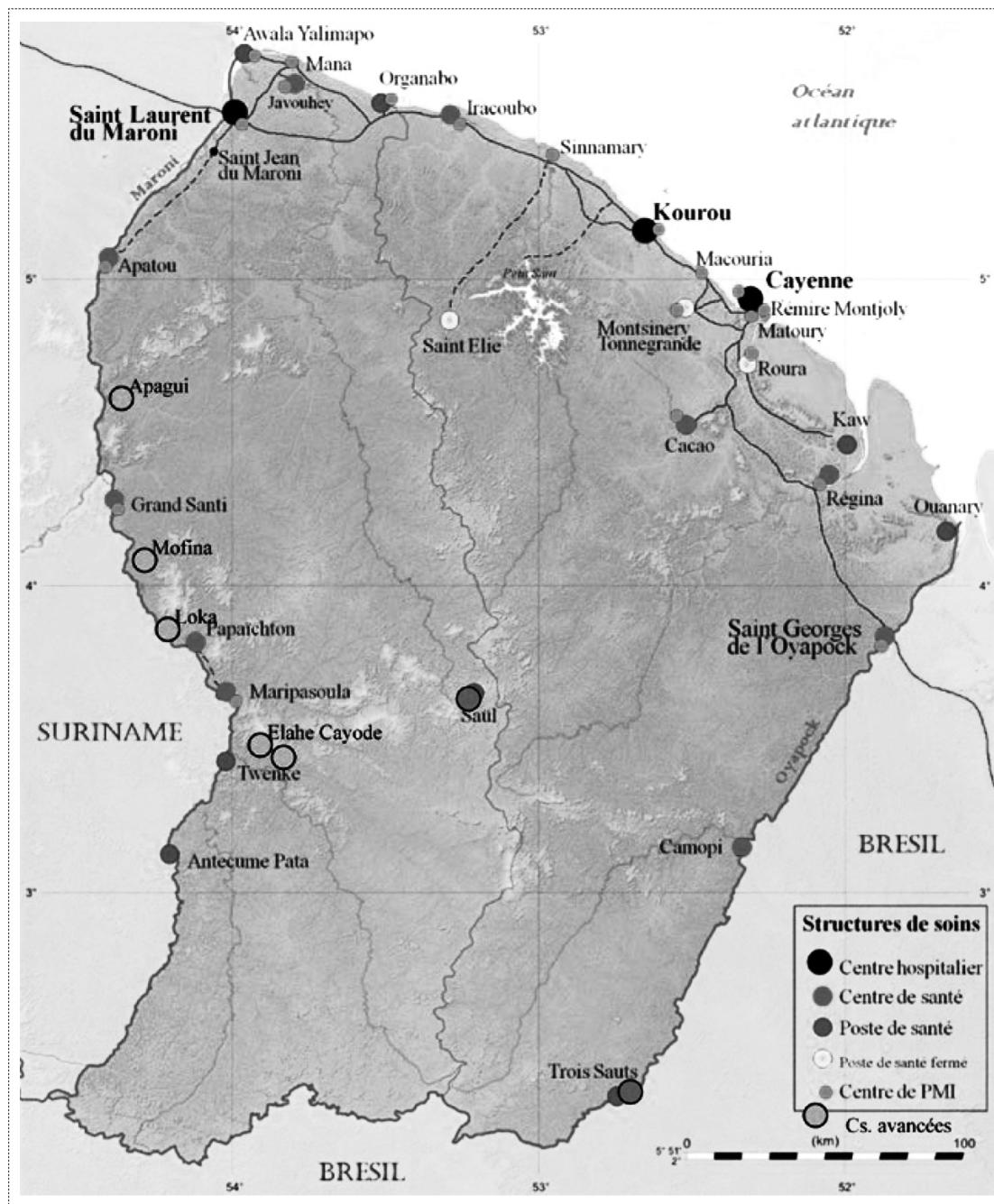


Figure 2 : Centres Délocalisés de Prévention et de Soin (CDPS) en Guyane [4]

Elles se retrouvent alors dans un système de santé dont l'itinéraire thérapeutique s'articule autour d'une pharmacopée, une « médecine traditionnelle » [6] et une médecine moderne prodiguée par des soignants souvent recrutés en France hexagonale par carence de ressources locales [7]. Faisant partie de cette identité ethnique catégorisée appelée Métropolitains [8], ils interviennent dans des territoires où vivent des populations dont ils ignorent souvent les cultures. Cette rencontre interculturelle va se dérouler à l'intérieur de trois paramètres : « culture subjective unique à chacun, interaction entre deux acteurs, et différences de statut social, économique, politique » [9]. Il est donc question « 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 » [9]. Le contact est complexe, il est marqué par « des variables territoriales, socio-économiques et d'origine [...], liées par des logiques structurelles historiquement construites » comme le souligne Estelle Cardé [10]. Les représentations de santé sont propres à chaque culture et ces dernières jouent un rôle essentiel dans la relation de soin, elles sont « un guide pour l'action » [11] et peuvent affecter l'adhésion thérapeutique. Ces représentations génèrent souvent des incompréhensions et posent plusieurs défis à la médecine moderne : observance parfois difficile, efficacité relative de la médecine moderne sur certaines pathologies, impact limité des recommandations, souvent standardisées, de prévention et de promotion de la santé. Cet article vise à mieux comprendre la relation soignant-soigné, inscrite dans cette complexité du contact interculturel. À partir d'une recherche qualitative, il s'agira d'explorer les représentations et les pratiques des professionnels de santé exerçant sur le territoire de l'Intérieur de la Guyane, et de dégager des stratégies pouvant favoriser une prise en charge plus efficiente des populations amérindiennes vivant sur ce territoire.

Méthode : Une recherche qualitative en santé

La relation soignant soigné, une rencontre interculturelle

La relation de soin est une rencontre singulière, asymétrique et inégale qui se construit autour d'un double langage particulièrement complexe, celui du corps et de la parole. Elle implique des attentes, des affects et des représentations spécifiques [11]. En Guyane, cette rencontre est souvent interculturelle aussi, s'inscrivant dans un processus de

communication où « deux acteurs sont en présence », on ne rencontre pas une culture mais des individus qui « mettent en scène une culture » [9]. Les professionnels de santé, appartenant à un système de représentations propre à une culture donnée (en l'occurrence métropolitaine pour certains et amérindienne pour d'autres), mettaient en scène leur propre système de valeurs et de normes. Ces représentations, souvent implicites (chaque partie tenant pour acquis que l'autre partage nécessairement la même vision), leur permettaient de « donner sens à leurs conduites et comprendre la réalité à travers leur propre système de référence » [12]. L'écart entre la vision médicale moderne des soignants et les conceptions de santé des soignés, issus de cultures différentes, pouvait entraîner des malentendus et impacter l'adhésion thérapeutique, autrement dit, « le degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique » [13].

Ce sont à ces représentations que cette recherche en soins de santé¹ s'est particulièrement intéressée [14]. Elle s'est appuyée sur les Méthodes de Recherche Qualitative (MRQ), 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 » [15]. Reposant sur une expérience de terrain [16] de quatre séjours dans les centres de santé des communes de l'Intérieur de la Guyane, d'une durée de six mois au total entre janvier 2018 et mars 2019, elle a permis de réaliser des observations participantes et de mener des entretiens semi-directifs. Cette approche a favorisé l'établissement de liens de confiance, le ciblage des « informateurs clés » (ayant une bonne connaissance du contexte socio-culturel) et des « informateurs généraux ». Les professionnels de santé, définis comme des individus au contact des patients au cours des consultations, componaient un groupe socio-culturel à part entière. Parmi eux, deux groupes ont été différenciés : les soignants et les agents de santé. Les soignants représentaient « la plupart des médecins, infirmiers, sages-femmes » et appartenaient à la « culture dite « dominante » — référence imposée au fil des siècles de dépendance d'une petite colonie envers sa [mère patrie] » [17]. En poste isolé, ils tournaient tous les un à trois mois [18]. Seuls les agents de santé, issus de recrutements locaux, étaient en poste depuis de nombreuses années, avec un turn-over faible, contrairement au personnel métropolitain.

L'étude a permis de recueillir dix-sept entretiens de professionnels de santé parmi les plus anciens, dont douze

¹ Cette recherche a fait l'objet d'une thèse de médecine, soutenue par Dr. Ratsaphoumy Jurine A, en 2019, sous la direction du Dr. Merlet R, anthropologue.

informateurs clefs et cinq informateurs généraux. Les participants étaient composés de 11 soignants (5 médecins, 4 infirmiers (ères) [IDE], 2 sages-femmes [SF]) et 6 agents de santé (AS) originaires du territoire, à l'exception d'un agent, vivant en pays amérindien depuis plusieurs décennies). Les entretiens individuels semi-structurés, d'une durée de 30 à 120 minutes, ont été menés sous enregistrement audio autorisé avec le consentement des participants, dans un espace calme, sur un temps dédié, avec un rendez-vous pris au préalable. Un engagement sur l'anonymat a été pris et, par souci de confidentialité, notamment vis à vis des agents de santé, peu nombreux, certains éléments pouvant permettre de les identifier ont été omis volontairement. L'analyse des données s'est appuyée sur la méthode ethnographique de James P. Spradley [19], décrite par Anne Bourbonnais [20]. Cette approche comportait différentes phases réalisées de manière itérative. Il s'agissait de transcrire les entretiens semi-directifs (compter sept heures de transcription manuelle pour chaque heure d'enregistrement audio) et de réduire les verbatims en codes (unités de signification trouvées dans le texte). Les différences et similarités entre les données étaient ensuite identifiées à l'aide d'une grille d'analyse constituée de ces codes [21]. Les résultats étaient confrontés à des références théoriques dans les champs médicaux et anthropologiques, aux observations participantes et à des entretiens plus informels, réalisant ainsi une « triangulation multiple » [20].

La manière de conduire les entretiens s'est améliorée au fur et à mesure de l'avancée de l'enquête. Elle avait d'abord été initiée avec un guide d'entretien structuré, mais l'informateur cherchait à s'ajuster en livrant une série de réponses brèves et non approfondies, phénomène probablement favorisé par le rapport social implicite sous-tendu par ma profession de médecin. Par la suite, une liste de thématiques a été utilisée (représentations de santé, communication, relation de soin, évaluation de la douleur, observance thérapeutique, soins palliatifs, etc.), modifiée au rythme des dialogues - le cheminement des questions s'adaptant au fil de la discussion. Les professionnels étaient invités à parler de leurs pratiques et expériences de soignants sur ce territoire. Par exemple, les récits détaillant le déroulement d'une consultation étaient riches d'informations, concernant les représentations de santé, et permettaient d'aborder la relation de soin. Les expériences liées au diabète (maladie chronique) ou à la bronchiolite (maladie fréquente) permettaient d'explorer l'éducation thérapeutique. Les périodes sur le terrain ont facilité l'approche des informateurs - favorisant la verbalisation. Les entrevues réalisées après plusieurs séjours étaient plus contributives, notamment auprès des agents de santé.

Le territoire de l'Intérieur

Dans le territoire de l'Intérieur, les distances étaient longues (cf. Figure 3). L'acheminement des patients ou du ravitaillement était complexe et difficile. À l'isolement géographique s'ajoutaient les contraintes socio-économiques et l'absence d'infrastructures. À Maripasoula, accessible en plusieurs jours de pirogue depuis Saint-Laurent-du-Maroni (ou 1 h d'avion depuis le littoral), l'offre sanitaire comprenait un CDPV-PMI et un CDPS. En cas d'urgence, notamment vitale, une couverture médicale 24h/24 était assurée par des astreintes partagées par les trois médecins exerçant à Maripasoula, qui géraient aussi les consultations quotidiennes du centre. À Taluen/Twenke, un seul médecin assurait cette permanence. Il réalisait aussi des consultations délocalisées hebdomadaires à Cayodé, Elahe et Antécume Pata (cf. Figure 2). Sur le Haut-Oyapock (compter plusieurs heures de « taxico » depuis Cayenne, puis un à deux jours de pirogue depuis Saint-Georges), la permanence médicale était assurée par deux médecins à Camopi et un seul à Trois-Sauts. Le SAMU intervenait régulièrement au sein des CDPS des communes de l'Intérieur pour assurer des évacuations sanitaires héliportées (compter 1 h de vol). Ancienne interne du SAMU, j'avais déjà rencontré plusieurs professionnels de santé auparavant. De retour dans les communes de l'Intérieur dans le cadre de cette recherche guidée par une Anthropologue (Ph. D), je participais aux consultations de médecine générale. Spécialisée aussi en médecine d'urgence, je soutenais les professionnels de santé lors des prises en charge de cas graves ou complexes.

Le premier séjour a été entièrement itinérant, durant le mois de janvier 2018. Sur le Haut-Oyapock, il a permis de s'approcher des professionnels du CDPS de Camopi. L'inclusion de Trois-Sauts avait été abandonnée, en raison de contraintes logistiques d'accès. Sur le Haut-Maroni, des arrêts ont été possibles au CDPV-PMI de Maripasoula (qui assurait des tournées médicales mensuelles dans les villages wayana), aux CDPS de Taluen/Twenke, d'Antécume Pata, de Maripasoula et de Grand Santi. Les trois séjours suivants (mars-avril, puis septembre-octobre 2018 et mars 2019) ont été réalisés exclusivement sur le Haut-Maroni, principalement à Taluen/Twenke et à Antécume Pata. Les transports mis à disposition des CDPS ont été privilégiés (bus, pirogue). Équipée d'un sac à dos étanche contenant ordinateur et hamac, l'hébergement était assuré au gré des rencontres dans les centres de santé (l'isolement géographique favorisant l'entraide et la solidarité entre soignants), dans les carbets communaux 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. Ces trajets ont permis

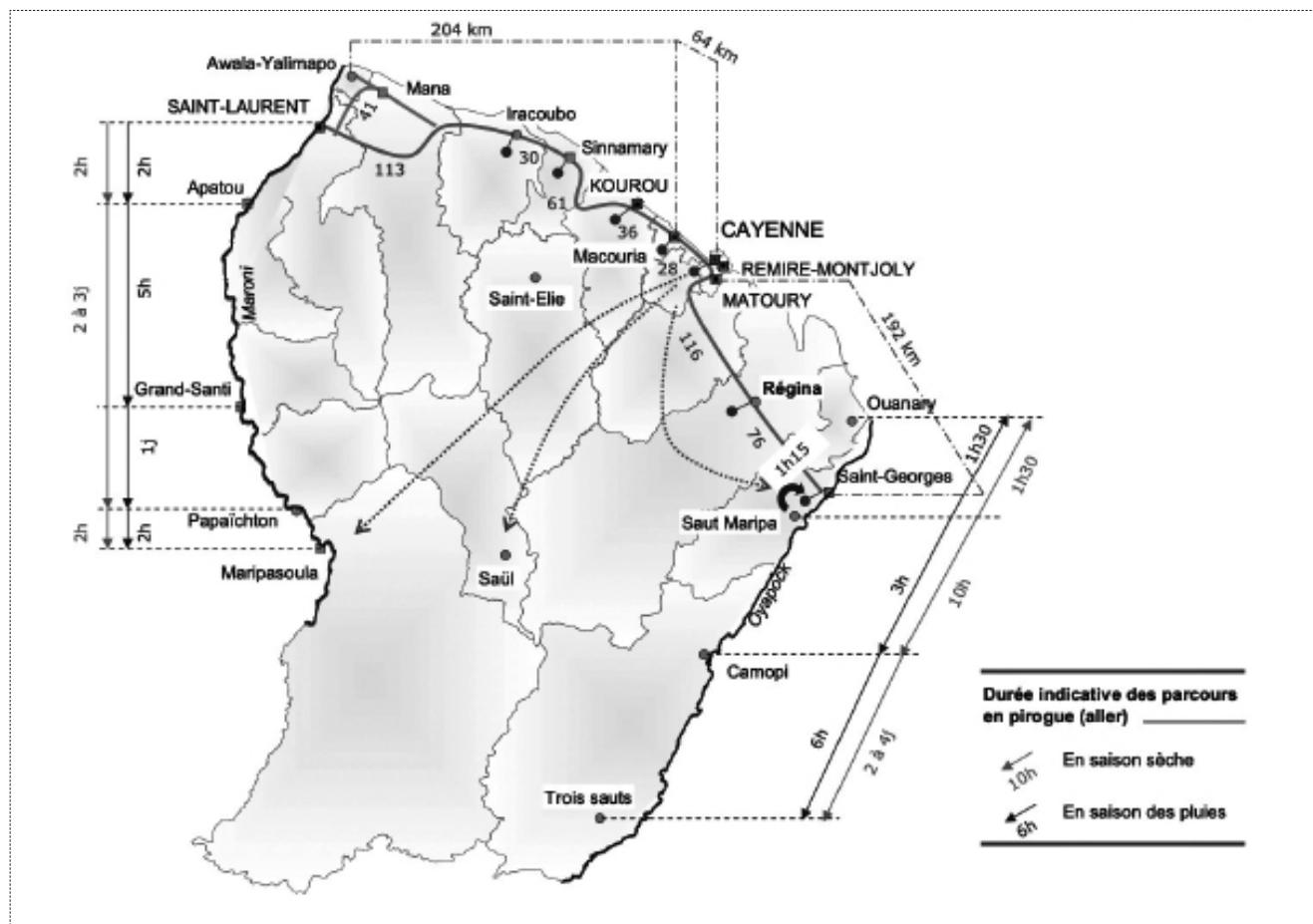


Figure 3 : Distances routières et durée des liaisons en pirogue [30]

d'observer les contraintes logistiques (acheminement complexe des médicaments et du matériel, participation active des professionnels de santé pour le transport du ravitaillement) ainsi que l'itinéraire des patients hôpital-domicile. Les fleuves de Guyane étant considérés comme impraticables, le transport fluvial pour les patients n'était pas pris en charge par la sécurité sociale, obligeant l'hôpital à mettre à disposition une pirogue dédiée. Le Maroni, voie de communication traditionnelle permettant de relier Saint-Laurent-du-Maroni à Antécume Pata en deux à quatre jours selon la hauteur du fleuve, était parsemé de rapides ou « sauts », que l'on sait dangereux en saison sèche. La chaleur écrasante ou les pluies torrentielles faisaient parfois partie du voyage.

Maripasoula, noyée dans la forêt tropicale humide de la Guyane, n'offrait que deux moyens de liaison avec le littoral : la pirogue ou l'avion. Les trajets en taxi-pirogue pour rejoindre ensuite Taluen ou Antécume Pata pouvaient

parfois se prolonger durant des heures, si le piroguier s'arrêtait à chaque « chinois² ». À Taluen, l'infirmier et le médecin partageaient la même maison en bois, reliée au CDPS par un ponton. L'électricité du centre, assurée par des panneaux solaires sur le toit, rapidement sales, coupait chaque soir vers 19 h. Les urgences nocturnes (par exemple, blessure par arme blanche, fracture, accident de pirogue, tentative de suicide par pendaison, accouchement prématûr, détresse respiratoire du nourrisson, hémorragie de la femme enceinte, etc.) étaient gérées à la lumière de l'électricité produite par le générateur, si la quantité d'essence était suffisante, sinon, à la lampe torche. En saison des pluies, les coupures d'eau étaient quotidiennes et pouvaient durer plusieurs jours. Les soignants, aiguisés rapidement dans leurs aptitudes à l'autonomie, redoublaient

² Nom familier donné aux épiceries en Guyane, souvent tenues par des personnes d'origine chinoise.

d'ingéniosité pour pallier les contraintes de vie inhérentes pour eux, en Amazonie. À Antécume Pata, l'électricité coupait fréquemment au centre de santé et elle n'était pas assurée en continue dans les logements, qui se résument à des carbets, sans accès à l'eau courante, pour les habitants comme pour l'IDE en poste. Il n'y avait donc pas de WC ni de douche : tout se faisait dans le fleuve (idem pour le médecin qui restait deux jours lors des tournées médicales) ou dans des toilettes sèches aménagées derrière un rideau.

Résultats

Représentations de santé

Les soignants métropolitains intervenaient dans ces territoires où vivaient des populations dont ils ignoraient souvent les cultures, et prenaient leur fonction en ayant peu ou pas d'expériences et connaissances du milieu, des maladies, des patients et des professionnels notamment « autochtones » avec lesquels ils allaient devoir communiquer. Ils se reposaient donc sur des représentations, une vision du monde fonctionnelle appartenant à un « schéma occidental » avec des modes de fonctionnement répondant à une « logique de diagnostic ». Pour certains soignants, le rapport à la maladie et à la mort leur semblait « irrational » et les soins, toujours emprunts de « spiritualité », comme le note cet infirmier « *Les Amérindiens disent souvent, je me suis fait piquer par un esprit !* ». Un AS ajoute « *Il y a des gens qui croient aux esprits, y a des gens qui croient moins, y a des gens qui croient pas [...] 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* ».

Le modèle de pensée occidental étant très éloigné du modèle amérindien, il demandait aux patients « *une discipline dans le respect des consultations* » pouvant entraîner « *une forme de rejet, de résistance et donc une certaine exacerbation* » chez le soignant si cette discipline n'était pas respectée. Il y avait une asymétrie dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluaient sur leur territoire (les soignants) et des non initiées (les soignés et leurs familles). Le rapport de pouvoir était toujours présent.

Du fait d'une méconnaissance de ce rapport, beaucoup percevaient les Amérindiens comme des personnes pudiques, silencieuses et muettes, étant dans une « *grande acceptation de tout* » et exprimant peu leur douleur.

Plusieurs soignants ont évoqué le souvenir frappant d'une femme amérindienne accouchant « *en silence* ». Selon une SF, les Amérindiennes minimisaient beaucoup la douleur. Un AS 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* ». Certains soignants évoquaient parfois un complexe « d'infériorité », un médecin a parlé de « *distance* » et d'une « *grande pudeur* », se demandant si le soignant métropolitain était parfois « *ingérant et très intrusif* ». Un AS a qualifié le médecin de « *patron* » et ajoute : « *C'est lui qui décide, c'est pas le patient qui décide* ». Tout ne se résumait donc pas aux différences culturelles, la relation soignant soigné était aussi le lieu d'un rapport de pouvoir qui s'inscrivait dans une rencontre asymétrique et inégale.

Impacts dans la pratique courante

Dans la pratique courante, les soignants étaient confrontés à un environnement socio-culturel amazonien dans lequel la perception de la maladie et des soins, souvent associée aux esprits et au chamanisme, était très éloignée du « schéma occidental ». Les soignants restaient 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 affectait l'adhésion thérapeutique. Il était difficile d'expliquer la gravité d'une maladie sans symptômes « *qui se voient* » : pas de symptômes, pas de maladie. Selon un soignant, pour les Amérindiens, « *on n'est malade qu'une fois, c'est lorsqu'on va mourir* ». Il n'était pas non plus toujours évident, de trouver, comme l'expliquait cet infirmier « *des comparaisons avec des images parlantes pour les gens* ». Parfois, certains se méfiaient de la médecine moderne. Cet agent illustre : « *Les vieux... Ils viennent pas souvent faire des soins au dispensaire [...] ils se débrouillent avec les traitements traditionnels, des feuilles, des arbres [...]. Si ça fonctionne vraiment pas, ils vont voir le médecin* ».

D'autres avaient peur, un AS rapporte que des patients s'adressaient souvent directement à lui pour demander 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* ». C'est vrai qu'en l'absence de mise à jour des droits sociaux, le coût des médicaments était difficile à assumer, à cela s'ajoutait le prix du transport pour rejoindre une pharmacie (compter 20 euros l'aller simple Antécume Pata – Maripasoula en taxi-pirogue).

Par ailleurs, la vie dans les villages amérindiens restant organisée autour de la pêche, la chasse, la cueillette et l'agriculture sur brûlis, les impératifs alimentaires étaient souvent prioritaires sur le reste. Dans le cadre de soins palliatifs à domicile par exemple, initialement bien acceptés par la famille très présente auprès du malade, il y avait « nécessité de partir vite », comme en a été témoin cet infirmier : « *Ça commençait à devenir long, trois 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.* ». La méconnaissance et l'inexpérience des déterminants socio-culturels, environnementaux et économiques, les divergences de représentations de santé et les différences de perception sur le rôle du professionnel de santé impactaient la pratique des soignants et l'adhésion des soignés.

Outils mobilisés dans la pratique courante

Face à ces contraintes, les professionnels de santé mobilisaient des outils pour tenter de s'en affranchir et améliorer la rencontre interculturelle. Un médecin, parmi les plus anciens, préconisait de « *ne pas surfer sur les préjugés [...] comprendre les regards, pour savoir si on a été pertinent.* ». Tous les professionnels de santé attestent que « parler gentiment » et « ne pas être condescendant » faisaient partie des bases essentielles d'une bonne relation de soin. Plusieurs certifiaient que « blaguer, faire rire » permettait de détendre l'atmosphère. Si une consultation ne pouvait pas se faire en présence d'un AS, les soignants comptaient principalement sur leur sens clinique. Afin d'évaluer la douleur par exemple, ils s'appuyaient sur les constantes et une confirmation était toujours demandée, en posant simplement la question.

Afin d'encourager l'adhésion thérapeutique, ils certifiaient que plusieurs attitudes étaient efficaces. Tout d'abord, clarifier de manière simple ce qu'était la maladie en question ; ensuite, délivrer des informations orales et écrites, certains s'aidant parfois d'images ou de lexiques. Tous insistaient sur l'importance de répéter et plusieurs IDE incitaient à « bien faire refaire la manipulation ». L'utilisation de ponts culturels était efficace, une sage-femme partageait : « *J'essaye de jongler avec ce qu'elles font déjà traditionnellement [...] et ce que moi, je conseille.* ». Elle utilisait l'image du hamac (qui doit rester tendu pour le confort du couchage) pour décrire le périnée et la nécessité de le rééduquer en post-partum. Un médecin utilisait la métaphore du poison pour expliquer que, dans le diabète, le « *sucré mange les mains et les yeux* ».

En dépit d'une méconnaissance des pratiques chamaniques, beaucoup de soignants les acceptaient, sous réserve

qu'elles n'entravent pas les soins. Un AS 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.* ». Un AS le décrivait comme : « *un homme-médecine [...] 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* ». Certains soignants avaient conscience de la supériorité du chaman dans l'esprit des Amérindiens. Un IDE affirmait : « *Les gens se tournent vers le chaman quand ce qu'on propose, nous, est en échec.* ». Les soignants, pour améliorer l'adhésion thérapeutique, associaient donc méthodes d'enseignement et exploration des « savoirs et savoir-faire populaires ». Ils prenaient en compte et créaient une façon de gérer cette interculturalité, même si les réponses étaient parfois insatisfaisantes et partielles.

L'agent de santé, un intermédiaire précieux

Les agents de santé, dont la mission principale était d'assurer l'hygiène des lieux (étant sous contrat comme ASH, Agent de Service Hospitalier), étaient souvent amenés à dépasser leurs fonctions, lorsque, par exemple, ils géraient l'admission du patient (prise du motif de consultation, orientation, prises de constantes) ou la traduction pour les soignants. Ils rencontraient d'ailleurs des difficultés, du fait de leur position : ils faisaient le lien entre le système de santé et la communauté. D'une part, ils pouvaient être mis en cause par la famille d'un patient en cas de désaccord avec une décision médicale. D'autre part, ils pouvaient se voir reprocher un manque d'adhésion d'un membre de la communauté. Un 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.* ».

Tous les soignants revendiquaient le rôle « indispensable » de l'agent de santé. Un médecin raconte : « *Sans eux, aucune prise en charge correcte n'est possible, quand tu arrives ici la première fois, c'est le choc culturel, tu ne comprends rien à ce qui t'entoure, heureusement qu'ils sont là pour t'expliquer.* ». Prenons l'exemple de la bronchiolite, certains soignants décriraient une inobservance des mères à désobstruer le nez des bébés avec des pipettes de sérum physiologique ; un agent éclaire : « *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 ». Les agents de santé pouvaient éclairer sur certains savoirs et savoir-faire « populaires ». Ainsi, dans le lien entre le soignant et le soigné, l'agent de santé avait une place essentielle, celle d'un passeur entre les systèmes de soin et les modes de soigner différents.

Discussion

Les professionnels de santé, métropolitains et autochtones, rencontraient des difficultés, dans la relation soignant soigné, qui pesaient sur leurs pratiques sanitaires : choc culturel, pouvoir inégal, barrière de la langue, divergence de représentations, valeurs occidentales ancrées dans un système de santé, mais aussi freins socio-économiques et environnementaux. Face à ces obstacles, ils expérimentaient, initiaient, proposaient des techniques, outils, postures pouvant améliorer cette relation et l'adhésion thérapeutique. Certains étaient innovants, créatifs, adaptés, efficaces ; d'autres nécessitaient d'être interrogés, construits et expérimentés, mais aussi formalisés et transmis ; un ensemble de postulats et de pré-requis pouvant être posé dans la relation soignant soigné en situation d'interculturalité.

Reconnaissance d'un système de santé et de représentation de la maladie différente

Les réponses à la maladie reposent sur la culture qui possède sa propre structure logique, une « logique culturelle » [22]. Alors que le soignant tente de responsabiliser le patient, celui-ci peut ne pas se sentir responsable d'un mal – selon lui, causé par un facteur extérieur (esprit, chaman, etc.) sur lequel il n'a aucune prise. Le thérapeute occidental se considère souvent comme le « dépositaire du savoir », le patient, lui, peut le considérer comme une « simple personne-ressource contactée parallèlement avec des thérapeutes traditionnels » [23]. Il s'agit donc tout d'abord de reconnaître un système de santé et une représentation de la maladie différente. Margalit Cohen-Emerique conseille de « se décentrer », c'est à dire prendre conscience qu'on est chacun « porteur d'une culture et de sous-cultures auxquelles s'intègrent des modèles professionnels et des normes institutionnelles » pour entrer dans le « cadre de référence de l'Autre » [24]. Cette démarche appelle une

attitude d'ouverture, un effort personnel de curiosité, de bienveillance, voire d'humilité [9]. Les relations de pouvoir souvent inégales devraient être rééquilibrées.

On peut aussi ouvrir le dialogue avec les soignés au sujet de leurs représentations [25]. Les patients ne sont pas des « cruches vides » : ils ont des « savoirs et des savoir-faire populaires », une autre médecine dite « traditionnelle » pouvant améliorer les pratiques de soins et la santé [23]. La culture n'est pas un obstacle à l'adhésion thérapeutique, c'est le déni de celle-ci qui représente un frein. Toute action thérapeutique s'accompagne d'une « dimension violente », il y a une rencontre entre un « savoir » et un « non savoir » avec « l'imposition » du diagnostic et du traitement auquel est soumis le malade [26]. Dans un article à propos de la notion de « transfert de compétence Nord-Sud », Laurence Fond-Harmant et Anta Tal Dia évoquent un espace de communication « exempt de domination » et préconisent d'engager un « processus d'échange équitable » [27]. Les efforts visant à promouvoir la santé sont souvent liés à une lutte identitaire, il importe donc que les patients aient le sentiment que leurs conceptions de santé soient entendues et respectées [25].

Exploration des « savoirs et savoir-faire populaires »

En contexte interculturel, l'établissement de ponts culturels, en composant avec les croyances traditionnelles, « favorise la circulation de messages sanitaires d'une culture à une autre » nous dit Raymond Massé. Il ajoute également que la méthode d'éducation à la santé par l'analogie, postulant 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 » est efficace [23]. Ce modèle implique de chercher à connaître les représentations des patients, pour les utiliser de façon positive, afin d'intégrer de nouvelles idées et pratiques à ce qui est déjà familier, à l'exemple de la sage-femme dans notre étude, qui utilise la métaphore du hamac pour évoquer le périnée. En associant des méthodes éprouvées d'enseignement [28], connaître la façon dont les gens font les choix affectant leur santé peut permettre « d'alimenter les stratégies de communication » améliorant la compréhension et la rétention des messages [23].

En pratique, « deux espaces sociaux co-fonctionnent, l'espace traditionnel et l'espace moderne ». On observe des comportements de santé qui consistent à glisser d'un espace à l'autre en fonction de l'offre de soins, de la forme

de la prise en charge et de l'évolution de la maladie [27]. 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. » [6]. Il serait facile pour le soignant d'occulter, souligne Raymond Massé, « le savoir populaire sous prétexte qu'il ne se compose que de faussetés à corriger » ; mais l'expérience, dit-il, montre qu'une telle attitude ne mène nulle part et qu'il serait plus efficient de « savoir composer avec le bagage culturel existant » [23].

Intervenant hométhnique et formation à l'interculturalité

Les agents de santé sont des « intervenants hométhniques », ils partagent la même origine ethnique que les patients. Ils représentent une force complémentaire pour les soignants, en étant acteurs de la promotion de la santé communautaire. Dans cette recherche, ces derniers s'appuient sur eux pour mieux communiquer et s'informer sur les « savoirs et savoir-faire populaires », la culture devenant alors une « ressource potentielle pour le développement, un tremplin pour mieux faire accepter le savoir médical savant » [23]. Souvent recrutés comme traducteurs, ils se retrouvent dans les situations inconfortables et difficiles d'intermédiaires, peu préparés et formés à négocier et jouer ce rôle. Il est essentiel de reconsidérer cette fonction d'agent de santé dans tous les sens du terme : valoriser et reconnaître les compétences acquises dans l'expérience d'interactions avec le soignant et le soigné ; redéfinir leur place, notamment dans la prévention et l'éducation thérapeutique et, enfin, interroger le système de santé via leurs pratiques.

Les professionnels de santé s'attendent souvent, en formation, à acquérir des connaissances culturelles sur les divers groupes ethniques, pensant que ces connaissances sont la solution aux difficultés qu'ils rencontrent, notamment dans la relation de soin. Beaucoup sont surpris d'apprendre que les 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, compétences comme l'humilité, la réflexion critique, l'ouverture et la sensibilité culturelle dont il s'agit.

Enfin, il est important de ne pas méconnaître les déterminants liés à l'environnement géographique, économique et social, comme le souligne Didier Fassin, le patient ayant des « recours successif ou parallèle en conjonction de plusieurs logiques au sein d'une même quête de guérison » en fonction des causes structurelles (croyances) et des causes conjecturelles (disponibilité de l'argent par exemple) [26].

Conclusion

En Guyane française, les professionnels de santé rencontrent des difficultés dans la relation soignant soigné, qui pèsent sur leurs pratiques sanitaires et l'adhésion thérapeutique. La complexité du contact interculturel n'y est pas étrangère. Les soignants métropolitains sont confrontés, dans leur pratique quotidienne, aux spécificités culturelles amérindiennes et à la vérité à laquelle prétend la médecine moderne. Ils restent, malgré leur ancienneté sur le terrain, marqués de représentations, d'attitudes et de croyances ethnocentriques très éloignées de celles des patients amérindiens. Nous sommes tous porteurs d'une culture, connaître la culture de l'autre ou en être originaire n'est pas suffisant pour être efficace. Il est essentiel de prendre conscience que, dans l'interaction avec l'autre, il est toujours question de différences culturelles, mais aussi de rapport social. 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 hométhnique dans une prise en charge efficiente. Une prise en compte plus effective, institutionnelle de ces intermédiaires que sont les agents de santé doit être engagée. Par ailleurs, un certain nombre de prérequis, mais aussi d'outils, postures, pratiques éprouvées et expérimentées doivent être formalisés et transmis aux professionnels, via la formation, notamment à l'interculturalité. Ceci étant, sans une implication à tous les niveaux de l'organisation du système de santé, la mise en place de ces stratégies est vaine. 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 doit s'ouvrir à l'Autre et cette ouverture doit s'opérer à tous les niveaux pour une vision commune.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Chapuis J. L'ultime fleur. *Ekulunpi tihmelé. Essai d'ethno socio-génèse wayana* ; 2007. 164 p.
2. Mam Lam F, Anakesa A. *Histoire de La Guyane : Du temps des Amérindiens à la Crise de Mars-Avril 2017*. Matoury, Guyane, Ibis Rouge ; 2018. 392 p.
3. Hurault J. *La francisation des Indiens, 1604-1972*. Paris : Union Général d'édition ; 1972.
4. Brousse P, Travers P. *Bilan d'activité des Centres de Prévention et de soins (CDPS) de Guyane*. Cayenne, Guyane : Centre Hospitalier André Rosemon (CHAR). 2017. p.140
5. Chapuis J. *La personne wayana entre sang et ciel*. Lille (France) : Presses Universitaires du Septentrion. 2000. 1100 p.
6. 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 : Éditions Karthala. 1996 : 35-71.
7. 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]. Cayenne, Guyane ; 2011.
8. Carde E. *Les uns et les autres en Guyane. Le jeu de l'inter-ethnique sur la scène de l'accès aux soins (note de recherche)*. Anthropologie et Sociétés. 2013;37(3):251-268.
9. Cohen-Émérique M. *L'approche interculturelle dans le processus d'aide*. Santé mentale au Québec. 1993;18(1):71-91. doi : 10.7202/032248ar.
10. 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.
11. Formarier M. *La relation de soin, concepts et finalités*. Recherche en soins infirmiers. 2007;89(2):33-42. doi : 10.3917/rsi.089.0033.
12. Abric J.C. *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*. Paris : Ed Armand Colin. 1999. 176 p.
13. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. 2003.
14. Ratsaphoumy Jurine A. *Soins et interculturalité en Guyane française : étude des représentations et des pratiques pour une prise en charge plus efficiente des populations amérindiennes des communes de l'Intérieur* [tadiscript de thèse de Médecine en ligne]. Cayenne, Guyane : Université des Antilles-Guyane. 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03260321>.
15. 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.
16. Beaud S, Weber F. *Guide de l'enquête de Terrain*. Paris : La découverte. 1997. 336 p.
17. Carde E. *Discriminations et accès aux Soins en Guyane Française*. Montréal : Les presses de l'université de Montréal. 2016. 228 p.
18. Brousse P, Ville M. *Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territoires isolés de Guyane*. INPES. 2014;(428):36-38.
19. Spradley JP. *The ethnographic interview*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston. 1979. 247 p.
20. 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.
21. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives*. 2e éd. Paris : DeBoeck Université s.a. 2003. 626p.
22. 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. 434 p.
23. Massé R. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Édition Gaëtan Morin [En ligne] : Montréal-Paris. 1995. 499 p. [Visité le 21/03/2018]. Disponible sur : <http://classiques.uqac.ca>.
24. Cohen Emerique M. *Études des pratiques des travailleurs sociaux en situation interculturelle : une alternance entre recherches et pratiques de formation*. In : *Quels modèles de recherche scientifique en Travail Social*. Coordination AFFUTS. Rennes : Les Presses de l'EHESP. 2013. p. 213-60.
25. Levesque A. *Identité, culture et représentations de la santé et des maladies*. Cfco. 2015;27(1):35-56. doi: 10.7202/103124ar.
26. Fassin D. *Pouvoir et maladie en Afrique*. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar. Paris : PUF. 1992. 360 p
27. Fond-Harmant L, Dia Anta T. *Santé publique et transfert de compétences Nord-Sud : les conditions d'une approche interculturelle*. Santé Publique. 2008/1 (Vol. 20):59-67. doi : 10.3917/spub.081.0059. URL : <https://www.cairn.info/>.
28. Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P. *Observance aux traitements : concepts et déterminants*. Archives of Cardiovascular Diseases Supplements. 2012;(4):291-298. doi : 10.1016/S1878-6480(12)70845-5.
29. Ethnies. Guyane, le renouveau amérindien. 2005 ; n°31-32.
30. Préfecture de Guyane. ADEME [En ligne]. Cayenne, Guyane ; 2002. Disponible sur : <https://guyane.ademe.fr>.

Tableau des sigles

AS	Agent de santé
ASH	Agent de Service Hospitalier
CDPS	Centres Délocalisés de Prévention et de Soins
CDPV PMI	Centres Départementaux de Prévention et de vaccination Protection Maternelle et Infantile
IDE	Infirmiers(ères) diplômées d'État
MRQ	Méthodes de Recherche Qualitative
SF	Sage-femme