



**DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE
SANTÉ,
SOCIÉTÉ ET
MIGRATION**

Le refus de soins chez les Mineurs Non Accompagnés : Le cas de la prise de sang

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction d'Arnaud Béal**

Deletombe, Gauthier

Année 2017-2018



Sommaire

Introduction	4
1^{ère} partie : La Compréhension du soin	12
1.1 Se comprendre	13
1.1.1 Le discours médical	14
1.1.2 La relation asymétrique patient-soignant	15
1.1.3 La difficulté de verbalisation du patient	16
1.2 Comprendre les actes	17
1.2.1 Les connaissances biologiques et médicales	19
1.2.2 La place de la médiation	20
1.2.3 Le temps de l'urgence	21
2^{ème} partie : La Confiance dans le soin	22
2.1 Le soin dans le parcours migratoire	23
2.1.1 Répétition des actes et perte d'informations	24
2.1.2 Des protocoles déshumanisants	25
2.2 Des représentations culturelles en concurrence	26
2.2.1 Ouvrir le dialogue sur les craintes	27
2.2.2 La symbolique du sang	28
2.2.3 Au delà de la culture : des mythes modernes	28
Conclusion	30
Bibliographie	31

Introduction

Avant propos

Ce mémoire se propose d'étudier la situation dans laquelle un patient refuse délibérément que lui soit prodigué un acte de soin. Plus précisément, lorsque cet acte de soin comporte ou consiste en une prise de sang. L'objectif est de se pencher sur les raisons qui motivent ce refus, afin de permettre à des travailleurs du domaine social ou médical de les dépasser sans avoir recours à la coercition.

Les questionnements qui ont orienté ce mémoire vers l'étude du refus de soin chez les mineurs non accompagnés sont nés de ma pratique professionnelle. Depuis juin 2018, j'occupe un poste d'éducateur dans un foyer hébergeant des mineurs non accompagnés.

Le terrain : l'Association d'Aide aux Jeunes Travailleurs (AAJT)

L'association d'aide aux jeunes travailleurs est née à Marseille en 1954, avec une vocation à l'éducation populaire. Ses activités se diversifient à partir des années 80, période à partir de laquelle les différents services de l'association accueillent de plus en plus de jeunes migrants et primo arrivants. L'association s'investit également dans la gestion de missions de service public déléguées avec la mise en place d'un CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale), d'un CADA (Centre d'accueil de demandeurs d'asile) et d'une MECS (Maison d'enfance à caractère social).

En addition de ces missions, l'association gère également un service d'habitat jeune, qui regroupe deux FJT (foyer de jeunes travailleurs), deux résidences sociales et une résidence étudiante. L'AAJT propose également un service d'accompagnement à l'emploi, composé d'un point information jeunesse et d'équipes dédiées aux résidents des FJT et du CADA. En complément de la MECS existe un service de mise à l'abri (MAA) destiné à accueillir les mineurs non accompagnés en cours d'évaluation, selon la circulaire Taubira, ou en attente d'une ordonnance de placement provisoire (OPP). Enfin, afin de continuer à accompagner les MNA devenus majeurs qui le souhaiteraient, il existe un service jeunes majeurs qui mets l'accent sur l'autonomisation et l'insertion professionnelle.

Au total, l'association a assuré l'accompagnement de 919 personnes sur l'année 2017, dont 112 MNA, qui ont séjourné en moyenne 276 jours sur cette période. En ce qui concerne la MECS, qui est le service dans lequel je travaille, 60 jeunes sont actuellement hébergés, répartis entre les chambres disponibles au Foyer l'Escale, dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille et des appartements en diffus, néanmoins dans un périmètre très proche du foyer. Les jeunes hébergés dans le foyer partagent le bâtiment avec ceux pris en charge par le service MAA ainsi qu'avec des personnes logés dans des studios dépendants du FJT.

Les équipes de terrain sont pluridisciplinaires, comportant travailleurs sociaux, juristes, chargés d'insertion professionnelle, de gestion locative, administrative et logistique, services civiques ainsi qu'une animatrice, une infirmière et une psychologue, dédiées à l'ensemble des services. L'équipe de la MECS comporte actuellement 5 personnes chargées du rôle d'éducateur, une assistante sociale, un chargé d'insertion professionnelle, une conseillère en économie sociale et familiale, une maîtresse de maison, une cheffe de service, ainsi que deux stagiaires en formation d'éducatrice spécialisée. L'équipe est pluridisciplinaire et les personnes occupant le même poste viennent souvent d'horizons très différents. La prise en charge des MNA au sein de la MECS est axée sur la santé, l'insertion professionnelle l'accès au logement et à l'autonomisation. Compte tenu des parcours migratoires des jeunes pris en charge, les problématiques de santé sont récurrentes et constituent une part importante des accompagnements réalisés.

CADA : *Les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile offrent un hébergement et un accompagnement social aux demandeurs d'asile pendant la durée de l'étude de leur demande de statut de réfugié*

CHRS : *Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Il s'agit notamment de victimes de violence, de personnes confrontées à l'alcoolisme et aux toxicomanies ou de personnes sortants de prison.*

MECS : *Les Maisons d'Enfants à Caractère Social sont des établissements sociaux ou médico-sociaux, spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs en difficulté. Ils fonctionnent en internat complet ou en foyer ouvert (les enfants sont alors scolarisés ou reçoivent une formation professionnelle à l'extérieur).*

Le placement en MECS a notamment lieu dans les cas de violence familiale (physique, sexuelle ou psychologique), de difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents, de problème d'alcoolisme, de toxicomanie, de graves conflits familiaux, de carences éducatives, de problèmes comportementaux de l'enfant, de l'isolement en France d'un enfant étranger...

MNA : *Selon l'Union Européenne, les Mineurs Non Accompagnés sont « les nationaux de pays tiers de moins de 18 ans qui entrent dans le territoire des Etats membres sans être accompagnés d'un adulte qui soit responsable d'eux par effet de la loi ou de fait, et tant qu'ils ne soient pas effectivement à charge d'une telle personne (...) ainsi que les mineurs nationaux de pays tiers qui ont été laissés seuls après être entrés dans le territoire d'un Etat membre. »*

La définition du Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés (HCR) est relativement

similaire : «Il s'agit d'enfants de moins de 18 ans se trouvant en dehors de leurs pays d'origine, séparés de leurs parents ou de leur répondant légal autorisé par la loi ou par la coutume».

FJT : *Les foyers de jeunes travailleurs ont pour mission d'accueillir des jeunes en formation ou exerçant une activité professionnelle. Les foyers de jeunes travailleurs proposent un hébergement temporaire comportant à la fois des locaux privatifs (meublés ou non) et des locaux communs affectés à la vie collective.*

MAA : *Le service de Mise A l'Abri a pour mission de fournir un hébergement à des mineurs non accompagnés en cours d'évaluation de leur minorité, ou bien reconnus mineurs non accompagnés en attente d'une ordonnance de placement provisoire. En termes d'accompagnement, ses missions sont similaires à celles de la MECS. Cependant, A l'inverse de la MECS, le MAA n'est pas un service délégué du département et à ce titre ne jouit pas de financement de l'ASE pour chaque jeune hébergé.*

OPP : *L'Ordonnance Provisoire de placement est une décision du juge qui confie la prise en charge d'une personne reconnue mineure à une structure indépendante de son milieu familial. Dans le cas des mineurs non accompagnés, c'est cette décision qui leur permet d'intégrer une MECS.*

ASE : *L'Aide Sociale à l'Enfance fait ici référence au service du département chargé de mener les politiques sociales d'aide sociale à l'enfance. Ses missions sont notamment :*

- *apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales.*
- *Faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles,*
- *Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs en difficulté ;*
- *Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal*

Le Contexte : entre urgence et découverte

Aujourd'hui, tous les jeunes hébergés dans les services de la MECS et de la MAA sont des primo-arrivants, bien que ce ne soit pas la vocation initiale du lieu. Ne disposant pas d'expérience préalable dans l'accompagnement de ce public spécifique, cette prise de poste fût l'occasion de découvrir les principaux enjeux de l'accompagnement des MNA et de me confronter aux problématiques récurrentes rencontrées dans ce milieu professionnel.

Mon recrutement s'est effectué dans un contexte d'accroissement des capacités d'hébergement du foyer : celui-ci venait de se voir confier la prise en charge de 12 jeunes supplémentaires. Ceux-ci n'étaient présents sur le territoire français que depuis un à deux mois et par conséquent la priorité était

pour l'équipe et moi-même d'évaluer leur état de santé au plus vite. Ce premier bilan, constitué de dépistages et de consultations médicales était non seulement urgent pour les jeunes eux-mêmes, que le parcours migratoire avait exposé à de nombreux risques sanitaires, mais aussi pour tous les autres résidents du foyer, afin d'éviter une épidémie.

Dès les premiers jours, les échanges avec mes collègues et ma supérieure attirent mon attention sur une situation répétée, qui semble poser problème à l'ensemble de l'équipe, sans que personne ne possède véritablement de méthode pour la dépasser : convaincre les jeunes pris en charge d'accepter les prises de sang.

Si cette appréhension n'est pas partagée par l'intégralité des jeunes du foyer, il semblerait qu'elle soit au moins surreprésentée. Le constat est similaire pour les 12 jeunes mentionnés ci-dessus. Parmi eux en effet, seulement un seul a déclaré ne pas avoir de problème avec l'idée de se faire prélever le sang. A l'inverse, deux d'entre eux refusent encore catégoriquement à ce jour de se prêter au dépistage. Le constat le plus marquant, au-delà des vives réactions provoquées par la simple mention de l'acte, a été la variété dans les concessions et les limites que les 9 autres ont apposé à leur accord. Aussi, même ceux qui ont accepté les consignes sans protester semblaient également anormalement contrariés ou mal à l'aise.

Le public : une population relativement homogène

En découvrant les jeunes hébergés à la MECS, une des premières observations marquantes a été de constater une relative homogénéité dans les profils. Cela a été d'autant plus surprenant pour moi que mon expérience préalable avec un public de primo-arrivants –en CADA-, s'est avérée radicalement opposée. Le poids de la barrière de la langue y est donc très relatif et les conversations sont facilitées par l'usage d'une langue commune, que ce soit entre les jeunes et l'équipe éducative ou bien entre les jeunes eux-mêmes. De même, l'âge des les jeunes, compris entre 15 et 18 ans facilite la création de références et de repères communs entre eux.

Cette homogénéité se traduit également par une très faible mixité : seulement 3 jeunes femmes sur 50 jeunes. Ce phénomène s'explique en grande partie par le profil moyen des mineurs s'engageant sur un parcours migratoire, en très grande majorité des hommes. Néanmoins, cela induit un facteur d'homogénéité supplémentaire, si bien que l'arrivée d'une nouvelle jeune au sein du foyer est souvent la source d'étonnement et d'une curiosité qui semble témoigner d'une faible mixité de genre dans la vie sociale des jeunes hébergés.

Le principal facteur qui fonde cette homogénéité apparente, c'est l'origine géographique des jeunes pris en charge. En effet, une écrasante majorité d'entre eux est originaire de pays d'Afrique de l'Ouest. En tête, se trouve la Guinée Conakry, la Côte d'Ivoire et le Mali, suivis par d'autres pays voisins, comme le Ghana, la Gambie ou parfois même le Sénégal. Bien que cette zone géographique

soit surreprésentée dans les effectifs de la MECS, elle n'est pas exclusive et certains jeunes viennent également de Turquie, d'Algérie ou encore d'Éthiopie.

De plus, l'Afrique de l'ouest telle que décrite ci-dessus reste un territoire très vaste qui recouvre diverses réalités sociales et culturelles. Cependant, là encore, on retrouve des similitudes entre les jeunes. Sur le plan confessionnel tout d'abord, puisque l'écrasante majorité est de confession musulmane, au point que la période du ramadan est un vrai défi logistique en ce qui concerne la gestion des repas. De plus, bien que provenant de pays différents, la plupart des jeunes issus de cette région sont Bambaras ou Peuls, ce qui fait de ces deux langues les plus parlées dans le foyer après le français. On retrouve également un relatif consensus autour des goûts musicaux, mais le véritable ciment des liens et des conversations entre les jeunes, toutes origines confondues, est à chercher dans le football. Qu'il s'agisse de commenter les matchs ou de pratiquer, le foot représente une partie tellement importante de la vie de certains jeunes que leurs choix d'orientation scolaire et professionnelle sont tous pris en fonction de leur compatibilité avec cette pratique sportive.

Au-delà des loisirs, c'est surtout le parcours de vie des jeunes, et notamment leur parcours migratoire qui fait émerger des problématiques récurrentes dans leur prise en charge. La majorité d'entre eux sont passés par le Mali, la Lybie puis l'Italie avant d'arriver en France. Bien que chaque situation et chaque parcours soit différent, on retrouve notamment sur le plan médical, des similitudes liés à l'inconfort, à la violence à la précarité à laquelle les jeunes ont été exposés au cours de leur voyage. Celles-ci se traduisent par des souffrances psychologiques, comme le stress post-traumatique, mais également somatiques, nombre d'entre eux ayant des douleurs aux articulations dues à des couchages précaires, des maladies non traitées faute d'accès à des consultations.

Pour finir, on retrouve beaucoup de similitudes dans le bagage éducatif des jeunes pris en charge. Ne disposant pas de statistique sur l'ensemble des jeunes qui ont été pris en charge au sein du Foyer, je peux néanmoins me baser sur l'expérience des 12 jeunes pour lesquels je suis référent. Le constat est sans appel : seulement deux ont suivi une scolarité autre qu'une école coranique et deux d'entre eux étaient analphabètes en arrivant au foyer. Cet aspect est particulièrement important au regard du sujet traité par ce mémoire car il rend flou les limites de leurs connaissances sur le fonctionnement du corps humain et donc leur besoin d'explications sur le fonctionnement des traitements qui leurs sont prescrits. Cette limite est d'autant plus difficile à arpenter qu'elle peut rapidement créer des situations d'infantilisation où le jeune risque au mieux, de ne plus écouter, au pire de se vexer. A l'inverse, un discours utilisant des termes trop techniques pourra se voir qualifié de « blabla ».

Constat : Se faire soigner, mais pas n'importe comment

Dans le cadre de mon expérience professionnelle, le refus de soin, comme mentionné plus haut,

semble surtout se cristalliser autour de la question de la prise de sang. Aucune situation, vécue ou rapportée au sein du foyer ne consistait en un refus pur et simple de se confronter au corps médical français, bien au contraire. Ainsi la plupart des jeunes accompagnés est plutôt en demande de prise en charge médicale. Parmi les jeunes dont je suis référent, une grande majorité souhaitait consulter un médecin pour s'assurer qu'ils étaient en bonne santé.

La situation de départ ne semble donc pas être celle d'un choc entre deux cultures insolubles ou d'un discrédit jeté en bloc sur la médecine occidentale. Plutôt que des positions radicales et des avis tranchés, on semble assister à une réflexion, parfois fluctuante, sur les limites de l'acceptable. Il est également intéressant de noter qu'aucun jeune n'a jusqu'ici demandé l'accès à des médecines traditionnelles ou questionné l'efficacité finale de la médecine pratiquée en France. Les questionnements, au contraire, semblent se cristalliser sur des modalités de cette médecine qui paraissent absurdes aux jeunes. Un exemple récurrent est celui de la posologie : Un jeune peut tout à fait accepter l'idée qu'un médicament est bon pour sa santé tout en critiquant explicitement la posologie prescrite. Celle-ci sera souvent jugée trop faible, et cela même quand le traitement n'a pas d'effet immédiat sur le ressenti du jeune.

Problème : Peut-on forcer quelqu'un à être en bonne santé ?

Si dans certains cas, des compromis peuvent être faits dans la nature du traitement, la prise de sang est un acte médical auquel il est difficile de trouver une substitution, et le refus de celui-ci met en péril à la fois la découverte de pathologies et leur prise en charge. Quand bien même le patient consent à la prise de médicaments, à l'éventualité d'une opération ou d'une vaccination, il existe de nombreux cas où le simple refus des prises de sang signifie de fait l'arrêt de la prise en charge médicale.

Le refus de soin n'est pas une problématique spécifique aux primo-arrivants, ou encore aux personnes mineures. Cependant, dans le cadre de l'accompagnement des MNA, il pose des questions supplémentaires au corps médical et aux travailleurs sociaux qui sont au contact de ce public. Le refus de soin pose non seulement des questions d'ordre sanitaire pour le jeune malade mais également d'éthique pour les personnes responsables de sa prise en charge. En fonction de la de la pathologie, l'arrêt du soin peut avoir de graves conséquences sur la santé future du patient, ce qui rentre en contradiction avec la mission des soignants et de l'éducateur, qui est de s'assurer que les jeunes pris en charge soient en bonne santé. A l'inverse, l'insistance, voir la coercition à effectuer un acte clairement refusé par le patient constitue un déni de son libre arbitre, et donc de sa liberté. Cela n'est pas sans conséquences sur le développement psychologique d'un jeune primo arrivant ainsi que sur son rapport à la société qu'il commence à appréhender depuis son arrivée sur le territoire.

De plus, la dimension de l'âge incite d'autant plus à se méfier des explications purement

culturalistes, quand bien même celles-ci seraient mises en avant par les patients eux-mêmes. Puisque l'on reconnaît le besoin de prendre en charge ces jeunes, dans quelle mesure peut-on considérer qu'ils disposent de toutes les connaissances et capacités cognitives pour effectuer un choix rationnel ? Après tout, la prise de sang est rarement un moment agréable, que l'on soit français ou étranger et personne, même habitué, ne s'y adonne par gaîté de cœur.

Problématique : Concilier respect et bonne santé

Le Refus de la prise de sang n'est pas anecdotique : il peut entraîner la fin de nombreuses prises en charge médicales et il peut mener à l'ignorance d'une pathologie, exposant le jeune dans ces deux cas à des risques potentiellement vitaux. Face à ce constat, plusieurs interrogations émergent :

Comment expliquer ?

La première réside dans la compréhension des motifs du refus. En fonction de leur nature, on ne traitera pas la décision de la même manière. L'inconfort de l'acte, des raisons confessionnelles, une méconnaissance du fonctionnement du corps humain ou une défiance envers le corps médical français sont autant de raisons qui vont nécessiter une approche différente. D'autant plus que les craintes qu'elles génèrent ne sont pas de la même nature. Ainsi, la peur de mourir n'est pas la même que celle de devenir un cobaye.

Ces motifs ne sont d'ailleurs pas exclusifs, ce qui pousse à formuler ici l'hypothèse selon laquelle pour chaque individu, une combinaison de facteurs tirant leur légitimité dans des registres différents permet d'expliquer la décision finale du refus.

Peut-on convaincre ?

La seconde interrogation porte sur les moyens dont disposent les travailleurs sociaux et les équipes médicales pour argumenter en faveur du soin et leurs limites. Si dans certains cas, il est possible de lever l'appréhension en justifiant la nécessité et en pondérant les effets de la prise de sang avec des arguments médicaux, ceux-ci ne sont souvent pas suffisants pour convaincre.

Si les services de médiation permettent de débloquer des situations, on formulera ici l'hypothèse que c'est aussi en permettant aux jeunes de se sentir libres d'exercer leur propre choix quant à leur suivi médical que l'on améliorera les chances d'être convainquant.

Comment créer les conditions de la réflexion ?

La dernière interrogation soulevée est celle des conditions pour un échange fructueux entre une personne en refus de soin et une équipe médico-sociale. Les deux interrogations ci-dessus présuppose en effet que le jeune patient a pu exprimer clairement et en toute confiance les raisons de sa décision, sans quoi il est impossible de construire une réponse adaptée. Cependant cette situation est loin d'être une généralité. De nombreux facteurs peuvent compliquer voir empêcher

tout échange constructif entre les deux partis.

L'hypothèse formulée ici sera qu'au-delà des conditions matérielles (temps, compétences) nécessaire à cet échange, il existe une condition subjective, celle de la confiance que porte le jeune patient à l'équipe médico-sociale, ainsi qu'au crédit que celle-ci porte à l'expression de ses craintes.

Méthodologie et plan

L'objectif de ce mémoire est d'élaborer des pistes de réflexions qui permettront de tester la validité des hypothèses formulées ci-dessus. Pour cela, deux ressources seront mobilisées : La première étant les écrits en sciences humaines concernant le sujet, son contexte et les notions qu'il mobilise. La seconde sera un recueil de situations professionnelles et d'entretiens, réalisés au sein de l'AAJT. Ainsi, les différentes parties seront illustrées de vignettes qui n'ont pas pour objectif d'être représentatives d'une réalité statistique, mais qui serviront de point de départ à une réflexion plus générale, en ancrant celle-ci dans une réalité concrète. Afin de conserver l'anonymat des jeunes en question, leurs prénoms ont été changés.

Les hypothèses seront ici traitées de manière transversales et ne correspondent pas directement aux différentes parties du mémoire. Celui-ci s'organisera plutôt autour de deux parties, la compréhension du soin d'une part, et la confiance dans le soin de l'autre. La première traitera en particulier de déterminants objectifs qui améliorent ou détériorent la capacité du malade à trouver du sens dans le traitement qui lui est proposé. La seconde portera plutôt sur les représentations du patient et son ressenti subjectif et comment celles-ci peuvent orienter son point de vue et ses décisions.

Définitions

Culture : La notion de culture sera utilisée dans ce mémoire comme concept sociologique, définissant l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériel, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social¹.

Interculturalité : « l'ensemble des processus – psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels, etc. – générés par les interactions de culture, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle entre les partenaires en relation »².

Médiation : La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter:

-D'une part, l'accès au droits, à la prévention et aux soins

¹Définition de l'UNESCO

²Clanet C., 1990, *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en Éducation et en Sciences Humaines*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 1993

-D'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.³

Croyances : Dans son acception la plus simple, la notion de croyance sert à désigner l'adhésion à des idées, des opinions, des valeurs sans qu'une démonstration rationnelle, empirique ou théorique n'ait conduit à l'élaboration et l'adoption des croyances en question. Elles sont inobservables dans leurs formes conceptuelles mais peuvent se traduire par des actes observables.⁴

1^{ère} partie : La Compréhension du soin

La compréhension d'une visite médicale, d'un diagnostic et d'un traitement est un enjeu pour n'importe quel patient. La relation asymétrique entre le médecin, « sachant », et le patient, « ignorant », induit une communication à sens unique qui n'est pas propice à la prise en compte, ni des questionnements, ni du ressenti du patient. Cette relation paternaliste médecin-patient doit être fortement relativisée dans le cadre de la pratique moderne, mais elle n'est pour autant pas totalement dépassée⁵.

De surcroît, la population étudiée ici présente des caractéristiques qui favorisent l'installation de cette relation asymétrique. La première d'entre elle étant l'âge de la population, qui renforce les prédispositions à une communication descendante : le fameux « c'est pour ton bien ». La seconde est à aller chercher dans le parcours de vie des jeunes patients : pour ceux qui se confrontent pour la première fois à la médecine occidentale, de nombreux questionnements et curiosités viennent s'ajouter à celles qui animent un patient habitué à cet univers. De plus, étant pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, ils ne disposent pas d'une autorité aussi légitime que celle parentale pour les aider dans leurs prises de décision. Ils doivent donc veiller « seuls » sur leur trajectoire hospitalière⁶.

Il n'est pas aisé dans ces conditions de trouver un sens à ce qui paraît abstrait : des longues heures en salle d'attente pour des rendez-vous qui ne débouchent pas forcément sur des prescriptions, aux hospitalisations en urgence d'un patient qui ne se sent pas malade, nombreuses sont les situations qui laissent perplexe. Pourtant aujourd'hui, le besoin de sens est identifié comme nécessaire au rétablissement du patient, qui ne peut se résumer à une somme d'organes, malades ou en bonne santé⁷.

³Haute Autorité en santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et du soin. Paris : HAS, octobre 2017

⁴Romain PUDAL, « **CROYANCES (sociologie)** », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 14 août 2018. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/croyances/>

⁵Pierron, Jean-Philippe. « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, no. 2, 2007, pp. 43-66.

⁶Sarra Mougel-Cojocar, « Quand les enfants veillent « seuls » sur leur trajectoire hospitalière », *Face à face* [En ligne], 10 | 2007, mis en ligne le 01 octobre 2007, consulté le 20 août 2018. URL : <http://journals.openedition.org/faceface/118>

⁷Poutout, G. (2005). Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens. *Sociologies pratiques*, 11,(2), 33-54.

1.1 Se comprendre

Cette partie a pour objectif de traiter les différents obstacles à l'établissement d'une communication fructueuse entre le corps médical et le jeune patient MNA. Ces obstacles sont souvent généralisables à n'importe quelle prise en charge médicale, qu'elle nécessite ou non le recours à une prise de sang. A ce titre, la vignette qui vient illustrer cette partie est issue d'une consultation d'un jeune MNA dans un service spécialisé dans le traitement de la douleur car celui-ci souffre de migraines. La vignette rapportée ci-dessous a été choisie car elle montre bien que les difficultés de compréhension vont au delà de l'utilisation d'un jargon médical complexe et se nichent dans le contenu des échanges tout autant que dans leur contenant.

Vignette 1 : Saidou

Saidou a tout juste 16 ans, il est originaire d'une zone rurale proche de la ville de Mopti, au Mali où il n'a jamais été scolarisé. Il est arrivé en France après un long parcours migratoire qui l'a notamment mené en prison en Lybie. Il est d'un naturel méfiant mais il n'est pas opposé à une prise en charge médicale. C'est donc le visage crispé mais de son plein gré qu'il se rend avec moi à la consultation prévue ce mercredi là, première rencontre entre lui et une médecin spécialisée dans le traitement des migraines. L'enjeu est important pour lui car il souffre de forts maux de têtes depuis son enfance. Au Mali, ils étaient soignées avec du paracétamol et des inhalations, avec un relative efficacité. Cependant, depuis le parcours migratoire, les maux de tête se sont intensifiés et ils causent à Saidou des douleurs allant de l'insomnie à ce qui a été décrit comme des hallucinations.

Ce n'est pas la première fois que Saidou voit un médecin par rapport à ses migraines mais jusque là, personne n'a pu établir de diagnostic clair, faute de renseignements suffisants. L'enjeu de la consultation est donc de pouvoir répondre clairement aux interrogations du médecin afin de proposer le traitement le plus adapté. Au préalable, l'objectif du rendez-vous lui a été expliqué à plusieurs reprises, par l'infirmière de l'association tout d'abord, puis par l'équipe d'éducateurs. Néanmoins, ses migraines sont un sujet sensible pour Saidou, à la fois car en parler « fait venir la douleur », et aussi parce qu'il ne comprend pas pourquoi « on ne lui donne pas simplement les médicaments ». Si dans certains cas il est possible de laisser certains traitements à la responsabilité de jeunes jugés suffisamment autonomes et responsables, ce n'est malheureusement pas le cas de Saidou. Juste avant ma prise de poste, une collègue lui aurait laissé une boîte de médicaments, avant de se rendre compte qu'il avait multiplié la posologie par dix estimant que les cachets étaient « trop petits ». Le domaine médical semble donc pour lui synonyme d'infantilisation, comme le laisse à penser ses demandes répétées de le laisser gérer son traitement seul.

Nous arrivons donc au service pédiatrie de l'hôpital de la Timone et sommes reçus par la médecin, qui n'est pas venue seule mais accompagnée d'une interne. Cette configuration m'interpelle :

doi:10.3917/sopr.011.0033.

Saidou a au préalable refusé d'avoir recours à un interprète -son niveau de français étant pourtant limité- et a également exprimé le souhait que je l'accompagne seul, sans la présence de l'infirmière qui a pourtant également suivi son état de santé. Après avoir demandé à Saidou d'enlever ses écouteurs et de quitter des yeux son téléphone, commence le diagnostic face à un jeune dont l'attitude nonchalante et le regard fuyant pousse petit à petit la médecin à adopter un ton de plus en plus direct.

La médecin et l'interne cherche à savoir précisément quelle est la fréquence et quelle est la durée des épisodes migraineux. La communication est difficile, bien que Saidou possède les capacités linguistiques pour comprendre les questions. Il semble soit ne pas les entendre, soit répondre par des « oui » ou des « non » évasifs, lâchés afin de clore l'interrogatoire au plus vite. Cette impression est d'ailleurs confirmée lorsqu'il répond « non » à la question « la lumière vous dérange-elle quand vous avez mal à la tête ? ». Saidou nous avait pourtant dit à plusieurs reprises qu'au contraire, elle lui était particulièrement douloureuse. Je me permets d'intervenir pour rectifier, tout en laissant passer d'autres « oui » et « non » qui me paraissent tout aussi fallacieux mais contre lesquels je n'ai pas d'arguments objectifs.

L'incompréhension atteint son paroxysme lorsqu'il marmonne le mot « djinn » au milieu d'une phrase. L'interne explique au médecin de que le mot signifie, et s'en suit une injonction à consulter un psychiatre au plus vite -ce qui a déjà été fait à plusieurs reprises, suite à quoi Saidou actuellement suivi par une psychologue-. Sensible à l'agitation qu'il vient de provoquer, la déception est palpable sur son visage et il se ferme complètement. Alors que la médecin cherche à comprendre si un événement au cours de son parcours pourrait expliquer l'augmentation des maux de têtes, Saidou lance « Pourquoi on parle de ça ? » sur un ton agacé. Un renouvellement d'ordonnance plus tard et c'est la fin du rendez-vous. Nous marchons sans rien dire, Saidou a l'air amer. D'un coup il me regarde et me dit « J'ai rien compris ». Un peu après il dira « J'ai l'impression que je n'ai pas pu dire ce que j'avais à dire. ».

1.1.1 Le discours médical

La première analyse que l'on pourrait faire à la lecture de cette vignette consisterait à prendre le mot de la fin, « J'ai rien compris » au sens littéral et de conclure que si le jeune n'a pas pu répondre aux questions c'est à cause d'un déficit lexical. Si celui-ci n'est pas à écarter complètement il ne permet évidemment pas d'expliquer les échecs de la consultation en question. Dans le cas présenté ci-dessus, c'est la finalité des questions qui génère de l'incompréhension chez le patient. Celui-ci ne voit pas où la médecin veut en venir et a l'impression qu'on lui fait perdre son temps. Les questions concernant son passé, et notamment son parcours migratoire ont été vécu comme très intrusives et bien éloignées du problème qui l'avait mené jusqu'à la consultation.

Ce type d'incompréhensions, qui repose sur la finalité de l'échange plutôt que sur les mots qui y

sont employés, se retrouve également dans le cas des prises de sang. Par exemple lorsque la logique des dépistages est expliquée aux jeunes, une partie d'entre eux ne comprend pas pourquoi on leur propose d'aller voir un médecin alors qu'ils sont en bonne santé. Il en va de même pour les jeunes dont le suivi médical nécessite des prises de sang régulières. A fortiori si ce suivi est lié à une maladie dont le patient est porteur sain, comme cela peut être le cas pour la tuberculose ou les hépatites. On assiste alors à des échanges entre personnel médical et patient qui ressemblent à des dialogues de sourds, le patient n'arrivant pas à comprendre s'il est vraiment malade.

Ces incompréhensions peuvent s'expliquer par la supposée différence entre la manière de soigner en France et dans le pays d'origine des patients. Cependant, cette explication tend vers le culturalisme et il convient de s'en méfier, ou du moins de la relativiser⁸. En effet, l'attitude de défiance observée dans la vignette ci-dessus semble être une caractéristique observable chez de nombreux MNA. Une seconde explication peut être à chercher dans le parcours des une à deux dernières années de leur vie. Qu'il s'agisse de leur parcours en Afrique, de la traversée de la méditerranée ou de leur accueil en Europe (souvent en Italie), il y a fort à supposer que les jeunes patients aient développé une logique de méfiance inhérente à leurs expériences. Ainsi, on peut supposer que pour un jeune occidental, il sera plus facile de se prêter à une consultation qu'il ne comprend pas puisque dans son expérience récente, personne n'a menacé son intégrité ou sa liberté. Cette méfiance pousse à ne pas suivre aveuglément les dires d'une personne qui se présente comme un « sauveur » sans être en capacité de mesurer les bénéfices de ce qui est proposé. A ce titre, l'expression « blabla » est souvent utilisée par les jeunes pour décrire à posteriori des situations où des travailleurs sociaux ou médicaux ont tenté de convaincre du bien fondé d'une prise de sang. Dans un contexte de méfiance, les mots ne semblent pas toujours rassurer, au contraire. Si l'on rajoute à cela des limites dans l'expression et la compréhension du français, communiquer clairement sur des thématiques médicales qui sont sources d'angoisses comme les prises de sang peut relever du numéro d'équilibriste. Il s'agit là de choisir ses mots avec parcimonie car chacun d'entre eux peuvent entraîner incompréhension et rejet. Néanmoins la nécessité d'expliquer demeure primordiale, dans un contexte qui reste très directif.

1.1.2 La relation asymétrique patient / soignant

Historiquement, la relation patient soignant est teinté d'une forte asymétrie, voir d'un certain paternalisme⁹. Aujourd'hui, de nombreux médecins sont sensibles à ces écueils et une figure de « nouveau patient » semble émerger. Celui-ci devient une partie intégrante des décisions prises dans le processus de soin et son consentement est de plus en plus valorisé. Si cette évolution de la

⁸ François Sicot et Slimane Touhami, « Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 10 | 2015, mis en ligne le 27 mai 2015, consulté le 21 août 2018. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1725> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1725

⁹ Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, n° 11,(3), 59-79. doi:10.3917/rai.011.0059.

pratique semble salubre pour l'ensemble des patients et pas seulement les MNA, force est de constater que lors des consultations, une relation asymétrique s'installe dans de nombreux cas, et souvent de manière involontaire.

En effet, les médecins ouvertement méprisants ont été dans l'expérience de ma pratique suffisamment rares pour considérer le phénomène comme négligeable. Le problème étant que même pour un médecin emprunt de bienveillance et de bonne volonté, chaque nouveau patient nécessite un ajustement de nombreux paramètres de son discours, verbal et non verbal. Ceux-ci peuvent être compliqués à appréhender le temps d'une consultation. La première violence symbolique peut provenir du vocabulaire utilisé. Là encore, la problématique est à double tranchant : Un vocabulaire trop technique pourra être vécu comme un rabaissement du jeune patient à sa condition « d'ignorant ». A l'inverse, un excès de bienveillance pourra être interprété comme une forme d'infantilisation. Dans le cas des prises de sang, on peut trouver ces deux écueils en fonction des situations. Dans la première, on assiste à une autocensure du patient face à un interlocuteur qui ne semble pas parler « la même langue ». Dans le second, une attention excessive portée à la dimension physique, potentiellement douloureuse, de l'acte de la prise de sang pourra avoir comme effet de négliger les questions fondamentales qui sont à l'origine de l'angoisse du patient.

L'asymétrie de la relation ne s'exprime pas uniquement au travers du langage. Dans l'exemple de la vignette par exemple, la configuration de l'échange a eu son importance sur la capacité du jeune à s'exprimer. Le fait d'être confronté à deux membres du corps médical et non plus un seul a certainement joué un rôle dans le renfermement du patient, mal à l'aise à exprimer ce qu'il considère relever du domaine de l'intime devant un grand nombre de personnes. Cette théorie semble corroborée par le fait qu'il était déjà opposé à l'idée de réunir trop de personnes, quant bien même celles-ci avaient déjà été identifiées par le jeune comme étant de confiance. L'impression d'être observé, étudié, plutôt que soigné a d'ailleurs été exprimée par d'autres jeunes dont je suis le référent.

1.1.3 Difficulté de verbalisation du patient

Jusqu'ici, il a surtout été question de l'incompréhension du patient face aux requêtes du corps médical. Cependant, celui-ci a également des questionnements, des craintes ou des informations à transmettre et peut également se confronter à l'incompréhension de ses interlocuteurs. On constate ce cas de figure dans la vignette quand Saidou dit « J'ai l'impression que je n'ai pas pu dire ce que j'avais à dire. ».

Cette question soulève bien sûr la question de l'interprétariat et de la médiation mais elle ne s'y limite pas. Dans le cas de Saidou, même après la consultation, celui-ci continuait à ne pas voir en quoi un interprète aurait pu l'aider à formuler son mal être. Ce phénomène se retrouve de manière

quasi systématique dans les refus de prise de sang. A posteriori, lorsqu'il est demandé aux jeunes d'expliquer ce qui les a dérangés, les premières réponses données sont souvent évasives : « je ne sais pas » ou « ça ne me va pas ».

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce mutisme apparent, le premier étant sans doute la confiance envers l'interlocuteur à prendre le discours du patient au sérieux. L'exemple des djinns mentionné dans la vignette illustre la difficulté pour certains médecins à prendre en compte des facteurs qui sortent du registre médical. Dans le cas des prises de sang, les discussions sur la quantité de sang prélevé sont très courantes. Cependant, celles-ci ont souvent du mal à être constructives faute de références communes. En effet, face à un jeune patient qui estime que « beaucoup » voir « trop » de sang lui a été prélevé, la réponse du corps médical consiste à expliquer inlassablement qu'il s'agit pourtant d'une quantité infime et inoffensive en comparaison à la quantité totale et que celle-ci se régénère. Pourtant, force est de constater que cette réponse ne satisfait pas les interlocuteurs. Vient alors la question du référentiel : c'est beaucoup par rapport à quoi ? S'il s'avère que c'est par rapport à la quantité nécessaire à un diagnostic, l'argumentaire ne tient plus. Or ce cas de figure est loin d'être anecdotique et beaucoup de jeunes se demandent quelle est l'utilité de tous ces tubes. De la même manière, le patient peut avoir tout à fait compris l'explication concernant la quantité mais être néanmoins convaincu de ressentir des effets néfastes liés la ponction.

Cette incapacité du patient à obtenir des réponses satisfaisantes et à faire entendre sa propre subjectivité ont tendance à renforcer la dimension unilatérale des décisions prises lors d'un suivi médical, et donc à dévaloriser l'avis du patient. Le recours à un discours imagé, à des métaphores et comparaisons est une piste qui permet de dépasser cet écueil mais elles ne se suffisent pas à elles-mêmes. En effet, sans relation de confiance, on prend le risque de tomber dans le registre du « blabla »

1.2 Comprendre les actes

Si la communication entre soignant et patient est nécessaire à l'acceptation du soin par des patients méfiants, les motifs du refus de soin se logent aussi dans la compréhension par le patient de la logique générale de sa prise en charge. C'est la thématique de la vignette suivante, qui illustrera des questionnements fondamentaux que certains jeunes émettent sur des sujets qui apparaîtraient autrement comme des évidences. Il est d'autant plus important pour ces questionnements de trouver des réponses satisfaisantes que la finalité de l'usage du sang est souvent questionnée, avec des doutes émis sur le fait qu'il serve uniquement à l'analyse de la santé du patient.

Vignette 2 : Mory

Mory a 16 ans et est originaire de Timbi Madina en Guinée où il est allé 5 ans à l'école. Il a ensuite vécu quelques années à Conakry, avant d'entamer son parcours migratoire. A son arrivée au foyer,

Mory semble en bonne santé, mais exprime néanmoins l'envie de consulter un médecin afin de faire un bilan. Dans ce contexte, je l'accompagne au CEGIDD (centre de dépistage) où il effectuera une prise de sang. Bien que volontaire, Mory semble appréhender cette visite médicale et il apparaît dès ce moment là que l'acte n'est pas anodin pour lui. Soucieux de sa santé, il se prête à l'exercice mais son consentement ressemble plus à une concession qu'à une véritable adhésion.

Dès la sortie du centre, les interrogations abondent : « Qu'est-ce qu'ils vont pouvoir voir dedans ? », mais surtout « Pourquoi en ont-ils pris autant ? ». Mory n'ayant pas trouvé de réponse satisfaisante lors de la consultation, je tente de lui expliquer par la suite en comparant le dépistage à un cuisinier qui voudrait goûter son plat : Si la louche est trop petite, il risque de ne goûter qu'un seul des aliments présent et donc ignorer le goût réel du plat. Mory comprend très bien l'image utilisée mais ne semble pas convaincu pour autant. Et pour cause, il a déjà vu des dépistages en Guinée, nécessitant seulement une goutte de sang et au résultat quasi instantané. Mory fait ici référence aux TROD (test rapide d'orientation diagnostic), qui ne fonctionnent que pour le dépistage du VIH. L'interrogation demeure : pourquoi ce qui fonctionne pour la « pire des maladies » n'est pas applicable au reste ?

Le dépistage ne révélera la présence d'aucune IST ou MST mais permettra un diagnostic pour le moins alarmant. Le taux de plaquettes dans le sang de Mory est extrêmement bas, au point qu'il encoure un risque vital en cas de chute sur la tête, ainsi que la possibilité d'hémorragies spontanées. A l'annonce de cette nouvelle et sur recommandation du médecin, Mory est donc amené en fin d'après-midi aux urgences pédiatriques de la Timone, où il passera la nuit. Le lendemain matin, je le retrouve aux urgences, après m'être entretenu avec les infirmières du service. Le contraste est saisissant : d'une part l'équipe médicale, qui semble traversée d'une anxiété palpable quant à la situation de Mory. De l'autre, celui-ci arbore au contraire un grand sourire et semble plutôt amusé de la toute l'agitation qui se mobilise autour de lui. Dès nos premiers échanges, il m'explique d'un ton amusé « Je ne comprends pas ce qu'ils font ». Il ne comprend pas non plus pourquoi il se trouve aux urgences, bien que les infirmières aient pris le temps de lui expliquer longuement la nature de la pathologie. Mais cela ne réussit pas à convaincre Mory puisqu'il « se sent en parfaite santé ».

L'hilarité des débuts laisse place au fil des rendez-vous à une certaine forme d'agacement. Mory retourne environ une fois par semaine à l'hôpital dans le mois qui suit, et on lui fait systématiquement une prise de sang, seule manière de mesurer son taux de plaquettes. Il commence à manifester le désir d'arrêter ces rendez-vous dont il ne semble pas bien comprendre le sens, malgré un travail remarquable de l'équipe infirmière à lui expliquer, chaque fois, les raisons et les objectifs de la consultation. Plusieurs questions trottent dans la tête de Mory : « Pourquoi est-ce qu'on ne me donne pas juste des cachets pour soigner ma maladie ? », « Pourquoi est-ce qu'on ne peut pas me dire quand le traitement sera terminé ? » ainsi que l'immuable « Pourquoi le médecin

prend-il autant de sang à chaque fois ».

Ces questions sont symptomatiques d'un désir de comprendre le processus de soin. En effet, si la question de la substitution d'une perfusion à des cachets peut sembler absurde pour le personnel médical, elle a toute sa légitimité chez un profane. De plus, le sentiment d'errance, l'impossibilité de prédire quand Mory sera guérit se comprend facilement dans le cadre d'une méthode expérimentale scientifique. Pour Mory cependant, la première interprétation a consisté à considérer cela comme un gage d'incompétence du médecin. Si le jeune ne comprend pas exactement tout ce qui lui arrive, il perçoit, au travers des regards, des intonations, l'hésitation du personnel soignant quant à la prise en charge à mettre en place.

Le sentiment de défiance ne fera que se renforcer, se cristallisant autour de la question des prises de sang, qu'il refusera par la suite purement et simplement, mettant de fait un arrêt à sa prise en charge médicale, alors que le taux de plaquettes dans le sang renseigné dans la dernière prise demeure dangereusement bas. Lors du dernier rendez-vous, où j'accompagne Mory pour qu'il fasse part au médecin de sa décision d'arrêter le traitement, je fus surpris par la banalité avec laquelle celle-ci appréhenda la situation. « Encore un » dira-elle avec lassitude et fatalisme, sans pour autant tenter de défendre le bien fondé de la prise en charge.

1.2.1 Les connaissances biologiques et médicales

La situation de Mory permet d'illustrer à quel point certaines évidences pour le corps médical, tout comme pour des patients plus traditionnels, peuvent être la source de questionnements tout à fait pertinents pour un patient sceptique. Cette soif de réponses se heurte malheureusement à la nécessité d'avoir recours à un vocabulaire technique et suppose une connaissance biologique du corps humain qui peut difficilement être synthétisée au cours des consultations.

La première de ces connaissances est lié à la prise de sang : la majorité des jeunes accompagnés semblent s'être construit une représentation de leur corps où le sang serait une ressource finie, en quantité limitée. On comprend aisément que le fait de leur en prélever peut être vécu avec anxiété. On retrouve cette conception dans les interrogations de Mory, qui semblait passablement agacé que le médecin prenne son sang à chaque rendez-vous. Au delà de l'acte, sa banalisation semblait le choquer. Ainsi, quand on lui a expliqué que les tubes étaient par la suite jetés à la poubelle, sa réaction fût « c'est gâché ». Cette remarque témoigne du décalage entre le personnel médical, pour qui son sang n'était qu'un outil, et la perception du jeune pour lequel il s'agit d'un fluide précieux, dont chaque prélèvement doit être justifié avec soin.

Face à l'ampleur de ces décalages, une question vient à l'esprit : Dans quelle mesure est-il nécessaire pour un médecin d'expliquer le fonctionnement des soins afin de les exercer dans un contexte de consentement ? Dans le code des médecins, on trouve jusqu'au début des années 80 l'article 42

stipulant que « pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. » Si cette article porte aujourd'hui au contraire sur l'importance d'obtenir le consentement, même en cas d'urgence, force est de constater que la déontologie médicale n'intègre que de manière récente le besoin de transparence.

Aussi, les évolutions qui ont poussé à reconsidérer l'avis du patient dans le soin et à valoriser son consentement semble surtout mettre l'accent sur l'apport de la subjectivité de son point de vue. Si les bénéfices de cette démarche ne sont pas à discuter, ils ne semblent pas suffisants et ne permettent pas de répondre au désir d'explication qui anime les jeunes MNA. Une fois de plus, face à l'inconnu, les jeunes développent une méfiance accrue contre laquelle la légitimité traditionnelle du médecin est inefficace.

1.2.2 La place de la médiation

L'incompréhension, la méfiance ou la défiance lié à une situation d'interculturalité n'est pas une problématique nouvelle à l'hôpital. Depuis la création des « adultes relais » dans les années 70-80, les politiques publiques se penchent sur la question de l'orientation et de l'accompagnement des populations précaires ou marginales vers le soin. Celles-ci se sont notamment développées autour de la prévention et du dépistage du VIH.

Sur le territoire marseillais, il existe des structures comme AfriSanté¹⁰, qui œuvre principalement pour le dépistage mais qui peut également proposer des intervenants pour des informations collectives. Dans le cadre des MNA, une autre structure, IMAJE Santé¹¹ paraît particulièrement adapté à remplir ce rôle de médiateur. L'association propose en effet des temps d'écoute aux jeunes et dispose d'une équipe particulièrement bien formée sur les problématiques d'interculturalité. Ces temps sont même accessibles sans rendez-vous sur l'ensemble des jours de la semaine.

Néanmoins, comme en témoigne la vignette de Mory, le refus de soin n'est pas forcément quelque chose qu'il est possible d'anticiper avant d'avoir dépassé le point de non retour. Lorsque celui-ci a commencé à émettre des réserves sur le traitement qui lui était prescrit, l'équipe éducative lui a en effet proposé une orientation sur ces consultations. Il semblerait cependant que cette proposition soit arrivée trop tard, à un moment où le jeune avait atteint un point de saturation, souhaitant avant tout avoir l'esprit libre de toute considération médicale. Dans le cas de Mory, cette situation reste temporaire, et s'il est nécessaire de prendre en compte son souhait dans l'immédiat, le travail avec des médiateurs semble absolument indispensable pour débloquer la situation.

¹⁰<http://afrisante.org/>

¹¹<https://www.imajesante.fr>

1.2.3 Le temps de l'urgence

La chronologie des événements semble avoir son importance. Dans le cas de Mory, la situation a escaladé en l'espace d'une nuit. D'un contrôle de routine, le jeune patient s'est vu propulsé dans un service d'urgence où une équipe entière s'est mobilisée autour de lui. Par la suite, les rendez-vous se sont enchaînés au rythme d'une à plusieurs fois par semaine. Dans ce contexte, les infirmières ont fait tout leur possible pour répondre aux interrogations du jeune patient mais il n'en reste pas moins que cette course effrénée n'a offert que peu de répit pour digérer ces informations.

Il ne s'agit pas ici de critiquer la réactivité des médecins du CEGIDD, ni de ceux de l'hôpital de la Timone, bien au contraire. Ceux-ci se sont donnés les moyens de réagir rapidement face à un risque qu'ils ont évalué comme très préoccupant. Pourtant, face à l'ampleur de la nouveauté que représentait la pathologie identifiée, face à la nouveauté de cet environnement médical qui s'agitait autour de Mory, on peut facilement comprendre que celui-ci s'est senti pris dans une dynamique qu'il ne maîtrisait pas.

Face à l'urgence, on peut supposer que le refus est une manière pour le patient de reprendre le contrôle sur sa propre vie. C'est également une manière de tester le libre arbitre qui lui est accordé, dans un contexte où tout semble avoir commencé sans qu'on lui demande son avis. Tout au long du processus, Mory changera d'ailleurs de nombreuses fois d'avis quant à ce qu'il acceptera ou non. A chaque fois, les arguments avancés en faveur du soin n'ont jamais été rejetés en bloc de sa part, ou bien discrédités. Ils étaient écoutés avec attention, si bien que chaque moment d'hésitation semblait laisser transparaître un véritable dilemme. Chez Mory comme chez d'autres MNA primo-arrivants, on perçoit dans l'acceptation de s'en remettre au corps médical français, non seulement un dilemme pratique, mais également hautement symbolique¹². Un choix qui nécessite un temps de réflexion, temps qu'il n'est malheureusement pas toujours possible de fournir au patient en fonction de sa pathologie.

On voit donc que les conditions matérielles nécessaires à une réflexion éclairée peuvent facilement venir à manquer, entraînant le patient dans un univers qu'il n'a pas le temps d'appréhender comme il le souhaiterait.

En conclusion de cette première partie, on peut avancer certains éléments de réponse aux hypothèses formulées. Concernant la première, qui suppose la multiplicité des raisons du refus, nous pouvons écarter une explication purement culturaliste, qui se contenterait de dire « qu'ils ne veulent pas car ce n'est pas leur culture ». Si le sang a une haute signification symbolique pour les jeunes étudiés, on constate que la méfiance provient également d'un contexte plus général, propice à l'incompréhension. Cette méfiance est renforcée par un parcours migratoire au cours duquel les

¹² Yvan Leanza, « Prévenir la différence Analyse d'une pratique pédiatrique « interculturelle » », *Face à face* [En ligne], 10 | 2007, mis en ligne le 01 octobre 2007, consulté le 22 août 2018. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/77>

jeunes ont du prendre de nombreuses décisions importantes eux-mêmes afin de préserver leur intégrité.

La seconde hypothèse, selon laquelle la conscientisation du libre arbitre est un facteur de l'acceptation du soin est également renforcée par certaines situations décrites par les vignettes. En effet, on constate que les situations de refus de soin sont souvent des contextes d'obligations, explicites ou implicites. Dans le cas de Mory montre que les circonstances, et notamment l'urgence, peuvent créer un cadre où l'obligation devient implicite, comme en témoigne la surprise avec laquelle il a reçu l'annonce du médecin lui annonçant que suite à sa demande, il n'y aurait pas de nouvelle prise de sang.

Pour la troisième hypothèse, qui suggère qu'un échange constructif n'est possible que dans une de confiance mutuelle entre patient et soignant, on peut avancer que l'environnement médical, qui n'est jamais neutre, l'est encore moins pour de jeunes migrants récemment arrivés sur le territoire français. Celui-ci est un univers inconnu, et donc envers lequel il convient d'être sceptique. Ainsi, toute argumentation rationnelle se retrouve limitée par la légitimité de son locuteur au regard du patient.

2^{ème} partie : La confiance dans le soin

Dans la première partie, nous avons tenté de cibler les éléments de la prise en charge médicale qui rendent leur compréhension difficile par un public de MNA. Nous avons également évoqué comment certaines pratiques permettraient de dépasser l'incompréhension de la logique des soins. Cependant, il semblerait que ces pratiques ne suffisent pas toujours à convaincre un patient d'initier ou de poursuivre un soin. En effet, même quand ce choix est éclairé par une explication logique, celle-ci peut se retrouver en contradiction avec des conceptions préexistantes, notamment, mais pas uniquement, autour du fonctionnement du corps humain. Ce phénomène a d'ailleurs déjà été mentionné, mais cette partie traitera de la légitimité des différents discours aux yeux d'un jeune patient. Nous tenterons d'expliquer les enjeux qui découlent de son adhésion à l'une d'entre elle plutôt qu'une autre.

La confiance n'est en effet pas uniquement le fruit d'une argumentation rationnelle, encore plus quand celle-ci mobilise des connaissances très spécifiques, comme c'est le cas en médecine. L'information peut donner du crédit, mais elle ne saurait à elle seule convaincre de son bien fondé.

Nous verrons donc dans cette partie comment différents discours peuvent aller à l'encontre du discours médical. Nous tenterons de comprendre d'où ceux-ci tirent leur légitimité. Nous verrons également comment la prétendue rationalité du soin peut se contredire elle-même, notamment dans le cas d'un parcours migratoire. Nous essaierons également de comprendre comment un discours en

faveur du soin, et plus précisément des prises de sang, peut développer une légitimité aux yeux des jeunes patients, afin d'obtenir une véritable forme de consentement et non seulement une concession. Pour cela, deux vignettes seront mobilisées, chacune d'entre elle témoignant de cette relation conflictuelle entre différents discours se basant sur différentes formes de légitimité.

2.1 Le soin dans parcours migratoire

En ce qui concerne les mineurs non accompagnés, la nature même de leur itinérance vient renforcer la confusion dans leur prise en charge médicale. Des soins sont initiés, puis arrêtés, puis repris du départ. Cette situation nuit à la cohérence générale du soin et il est difficile pour le patient de trouver du sens dans cette situation d'errance.

Vignette 3 : Mohamed et Soriba

Mohamed et Soriba ont tous les deux 16 ans sont respectivement Sénégalais et Guinéen. Bien qu'ils ne se connaissent pas, leur parcours migratoire présente de nombreuses similarités. Tous les deux sont passés par la Lybie et sont arrivés en Europe par Italie. Ils ont tous les deux passé plusieurs mois dans ce pays, où ils ont été pris en charge par les services de protection de l'enfance. Dans ce contexte, ils ont été accompagnés dans des processus de dépistage, qui les amèneront notamment à faire plusieurs prises de sang et tests antituberculeux.

Une fois arrivé en France, le processus est renouvelé une seconde fois par les équipes éducatives responsables de leur prise en charge. Cette prise en charge n'étant que temporaire, certaines procédures, comme les tests antituberculeux qui nécessitent plusieurs rendez-vous, sont initiés mais ne parviennent pas à leur terme. Une fois leur OPP prononcés, ils ont donc été à nouveau transférés d'une ville à l'autre et sont arrivés à la MECS où je travaille, à Marseille.

Au final, Mohamed et Soriba ont fréquenté pas loin de quatre foyers différents en l'espace de quelques mois, répartis sur l'Italie et la France. A chaque fois, ils ont été confrontés aux mêmes injonctions, notamment celle du dépistage. Si le transfert d'informations s'effectue facilement d'une structure à l'autre dès lors que les deux se situent dans le même pays, celui-ci s'avère très difficile lorsqu'il s'agit de rentrer en contact avec l'étranger. La principale barrière qui empêche ce transfert d'informations réside principalement dans la difficulté des jeunes à expliquer où ils ont été pris en charge. A ce jour, aucune trace des actes médicaux reçus par Mohamed et Soriba en Italie.

De ce parcours médical chaotique découle une lassitude palpable chez les deux jeunes, qui refusent avec fermeté toute nouvelle prise de sang. « Il faut demander aux Italiens » me réplique Soriba alors que je tente de lui expliquer l'intérêt pour lui de nous suivre au centre de dépistage. Difficile d'argumenter face à un jeune qui pointe très justement l'absurdité d'un processus. Cependant, il est impossible de se contenter de cette réponse, d'autant plus quand les jeunes en question sont en

demande de soin. Ainsi, Mohamed a expliqué dès son arrivé au foyer qu'il « avait mal partout » et qu'il « ne se sentais pas bien du tout ». De multiples examens ont été fait afin d'explorer toutes les pistes qui permettraient d'expliquer un tel ressenti. Cependant, en l'absence d'une sérologie, aucun élément permettant le diagnostic d'une pathologie n'a été identifié par le corps médical. Mohamed s'en défend en expliquant qu'une prise de sang avait été faite et que « tout allait bien ». Au-delà de l'impossibilité de savoir quelle était la finalité de cette prise de sang, le simple déclaratif ne peut avoir de valeur médicale.

Cela est d'autant plus vrai qu'il semblerait que les jeunes n'ai une connaissance que partielle des examens qui leurs ont été fait. Ainsi, Soriba affirme qu'une prise de sang lui a été faite lors de son arrivée en France, à Nice. Cependant, après avoir contacté ses éducateurs sur place ainsi que le centre de recherche antituberculeux de Nice, aucune prise de sang ne lui a été faite durant cette prise en charge. Soriba confond-il la prise de sang avec le Tubertest¹³ ou tente-il de tirer profit de la confusion de la prise en charge médicale ? Difficile à dire, mais il n'en reste pas moins que les deux jeunes ont la sensation d'avoir été ballotés, et qu'on leur a déjà fait perdre leur temps et leur sang à de multiples reprises. En découle une attitude très désabusé de leur part à l'encontre du corps médical.

2.1.1 Répétition des actes et perte d'informations

L'exemple de Mohamed et Soriba illustre un phénomène récurrent chez les MNA arrivés en Europe par d'autres pays, l'Italie en tête, avant d'être pris en charge en France. Dans un contexte où la confiance des jeunes envers l'autorité médicale reste à établir, la perte d'information pose problème car elle nuit à sa crédibilité du dispositif. Elle contribue à complexifier les repères des jeunes et donc leur quête de sens.

Cela est d'autant plus important que ces protocoles liés à l'arrivée sur un territoire consistent avant tout en un dépistage et une sérologie pour repérer quels vaccins ont déjà été réalisés sur les jeunes. Or ces deux actes médicaux consistent précisément de prise de sang. On l'a vu précédemment, même si cet acte entraine rarement un refus immédiat, il n'est pas anodin pour des jeunes. On comprend que sa répétition injustifiée suscite au mieux, de la méfiance et au pire du rejet auprès des jeunes.

De plus, la chronologie de ces dépistages leur prête, comme évoqué plus haut, une dimension rituelle. Cette dimension n'est pas nécessairement péjorative mais elle constitue un véritable acte d'engagement et pas une simple étape logistique du parcours des MNA. De plus, ces dépistages sont souvent présentés comme une étape obligatoire, ce qui va à l'encontre de la seconde hypothèse de ce mémoire, qui suppose que le consentement ne s'obtient que si le jeune patient se sent en

¹³ Test de dépistage de la Tuberculose, qui consiste à injecter une solution dans l'avant bras du patient pour étudier sa réaction.

capacité d'exercer son libre arbitre, et donc de refuser.

La frontière entre le consentement et la résignation forcée est d'autant plus difficile à discerner dans ce contexte d'arrivée sur le territoire français : Avant d'être placés en foyer, les MNA sont passés par la police, puis par le tribunal, ainsi que par la plus grande précarité. Les premiers jours de la prise en charge d'un jeune ressemblent ainsi à un « état de grâce », où ses revendications et ses convictions sont mises de côté au profit d'une adaptation à son nouvel environnement. On le remarque notamment dans l'exemple de Mohamed et Soriba, qui ne se sont pas frontalement opposés à l'idée de la prise de sang. Au contraire, il semblerait qu'ils aient cherché des chemins de traverse pour gagner du temps, en demandant à l'équipe éducative d'aller chercher les renseignements ailleurs, y compris sur de fausses pistes, comme c'est le cas pour Mohamed à Nice. On ne peut pas dire si cela s'est fait de manière consciente, cependant force est de constater qu'au fil des semaines, leur positionnement s'est clarifié, passant de « je l'ai déjà fait » à « je n'ai pas envie de le faire ».

2.1.2 Des protocoles déshumanisants

La question du consentement est donc au cœur du problème, et si tous les accompagnements ne sont pas refusés comme dans le cas de Mohamed et de Soriba, ceux-ci peuvent d'autant plus comporter une forme de violence symbolique. Comment peut-on s'assurer que les actes médicaux obligatoires ne sont pas vécus comme une forme de soumission ?

Cette violence symbolique supposée provient du clivage entre nationaux et étrangers qui découle de ces examens. Les examens peuvent être vus comme une forme de contrôle exercé sur les MNA. Ce sentiment est d'ailleurs renforcé par le fait qu'ils ne soient obligatoires que pour les personnes arrivant sur le territoire français. Cela pousse d'ailleurs de nombreux jeunes à croire que les analyses de sang ne sont pas pratiquées sur les français. Ainsi, c'est souvent avec surprise que les jeunes découvrent qu'elles sont également pratiquées sur les personnes nées en France. Un des jeunes dont je suis référent me demande un jour : « Mais les prises de sang c'est que pour les noirs non ? ». Ce n'était pas la première fois qu'on me posait cette question, symptomatique de ce sentiment que le traitement qui leur est réservé est à part et les essentialise dans leur condition de migrant.

Il n'en reste pas moins que si l'on cumule l'incompréhension, les obligations et une relation patient-soignant parfois à sens unique, de nombreux jeunes semblent avoir la sensation d'être des cobayes. Ce climat de suspicion n'est évidemment pas propice à une relation de confiance, et semble inciter les jeunes à garder une forme de réserve quant aux motifs les conduisant à refuser les prises de sang.

2.2 Représentations culturelles en concurrence

La première explication que l'on peut avancer pour expliquer le refus de prise de sang est que les patients se basent sur un référentiel de connaissances dans lequel celle-ci induirait des effets néfastes sur la santé du patient. A celles-ci viennent s'opposer le discours médical, dont la légitimité repose sur celle de la démarche scientifique dont il découle. Un problème survient alors : comment confronter des discours qui ne reposent pas sur les mêmes fondements ? Est-il possible de les harmoniser par un jeu de concessions mutuelles ? On l'a vu précédemment, il ne s'agit pas d'accepter de manière exclusive un mode de penser. Des modèles différents peuvent coexister sans entrer en contradiction sur de nombreux aspects. C'est la raison pour laquelle l'acte de la prise de sang fait figure d'exception, de point de tension : elle représente la confrontation entre deux injonctions explicites : d'un côté, elle est considérée comme néfaste pour la santé et de l'autre, elle est nécessaire à la guérison. Elle peut également être considérée un symbole de déshumanisation, alors qu'elle est présentée comme un outil permettant de prendre soin d'un individu, et donc de valoriser l'importance de son bien être.

La vignette qui va suivre illustre les conflits qui peuvent animer la réflexion et la prise de décision d'un jeune patient dans un contexte interculturel. Elle reprend la situation de Mory, détaillée plus tôt, mais va se pencher plus spécifiquement sur le temps où la décision d'arrêter le soin a été prise.

Vignette 4 : Mory, deuxième partie

Cela fait maintenant trois semaines que Mory se rend de manière régulière à l'hôpital. Il a à ce stade bien compris quelle était la raison de ces consultations à répétition et quels dangers il encoure dans sa situation. Son taux de plaquettes est remonté mais il reste plus de dix fois inférieur à la moyenne basse d'un individu en bonne santé. Cependant, il est de plus en plus réfractaire aux prises de sang, si bien qu'il annonce lors d'une consultation qu'il n'accepterait plus aucune nouvelle prise.

La médecin lui propose alors de fixer un rendez-vous trois semaines plus tard, afin de laisser à Mory le temps de réfléchir à sa décision. Pendant ce temps, le jeune a rendez-vous avec notre cheffe de service et moi-même, afin d'essayer de comprendre les raisons de son refus ainsi que de le convaincre de poursuivre le soin. L'enjeu est important car la pathologie dont souffre Mory peut entraîner à tout moment une situation d'urgence due à un saignement spontané.

L'entretien est mené par la cheffe de service, qui s'essaie dans un premier temps à l'argumentaire médical traditionnel, en expliquant les risques et bénéfices de la situation. Mory, a entendu ces arguments de nombreuses fois et semble les avoir compris. Pourtant sa position est immuable : « je ne veux plus qu'on me prenne mon sang, là c'est trop » répètera-il inlassablement. Face à l'échec de cette méthode, la cheffe de service tentera alors un registre de persuasion plus autoritaire, basé sur la coercition. Mory se ferme alors totalement et dira qu'il préfère quitter le foyer « si c'est comme ça ». Face à cette menace, l'entretien se termine sur la décision d'arrêter le soin, à la

grande surprise de Mory.

Suite à cet entretien, je poursuis la discussion seul avec lui, avec pour seul objectif de l'aider à verbaliser les éléments qui lui font redouter les prises de sang au point de mettre santé en péril. Je le questionne sur cette notion de quantité, qui a été sa seule ligne de défense lors de l'entretien. Son regard trahi une certaine gêne et c'est entre deux rires nerveux qu'il me confie « c'est pas seulement ça, c'est aussi autre chose ». Je lui demande alors de m'expliquer, en prenant le temps d'insister sur le fait qu'à mes yeux, sa décision est légitime, son scepticisme compréhensible et que le but de ma démarche était simplement d'arriver à mieux le connaître.

Sourire de la part de Mory qui me dit « tu ne vas pas aimer ça ». Après quelques hésitations, il se lance : « tout ce sang là, c'est beaucoup, il y a des gens qui m'ont raconté des choses ». Une première personne lui aurait raconté que les prises de sang seraient prescrites dans le but d'affaiblir les personnes sur qui elles sont exercées « tout ça c'est pour me rendre plus faible ». Par personne, Mory entend « migrants », il ajoute d'ailleurs à ce sujet « c'est pour ça qu'on fait ça aux étrangers, pour qu'ils restent faibles ». Une seconde histoire qui lui a été raconté explique que les médecins lui mentiraient sur sa condition : il lui ferait croire qu'il est malade afin d'avoir une excuse pour prélever son sang, afin de le revendre par la suite.

Dans la manière dont Mory raconte ces histoires, une chose me frappe : la distance qu'il met entre elle et son opinion. Celle-ci sont présentés non pas comme son intime conviction, mais comme des choses qu'on lui a raconté. Il précise d'ailleurs « les gens qui m'ont dit ça, c'est des gens qui m'ont aidé, en qui j'ai pu avoir confiance, alors pourquoi ils mentiraient ? ». Pour finir, Mory m'explique qu'il se sentait bien avant d'aller pour la première fois à l'hôpital, et que c'est depuis qu'il a commencé le traitement qu'il se sent faible. Difficile de remettre en question sa propre subjectivité.

2.2.1 Ouvrir le dialogue sur les craintes

L'échange retranscrit dans la vignette ci-dessus ne change pas fondamentalement la situation de Mory, pourtant, il est tout sauf anecdotique. De cet échange on peut dégager une piste de réflexion dans le fait que Mory avait anticipé une réaction –négative- de la part de l'équipe éducative face à ce qui motive son refus de soin. Cette anticipation est significative de sa représentation de l'équipe et mérite d'être analysée.

Tout d'abord, il convient de savoir si elle provient d'une incapacité supposée de l'équipe éducative à comprendre les peurs de Mory ou d'une autocensure de sa part, craignant d'être pris pour un fou. Plusieurs éléments laissent à penser que la réalité tend vers la deuxième explication. Tout d'abord, le verbatim « tu ne vas pas aimer ça ». Mory aurait très bien pu dire « tu ne peux pas comprendre », mais il a choisi de me mettre en garde car ce qu'il s'apprêtait à dire allait aller à l'encontre de l'image qu'il se fait de ma représentation du monde. Un second élément laisse également à penser

qu'il s'agit là d'autocensure. Mory s'est beaucoup livré à partir du moment où on lui a signifié que si l'on ne comprenait pas les raisons de son refus (qu'il n'avait pas encore expliqué), nous considérons son scepticisme comme quelque chose de positif, comme une démarche intellectuelle valable et raisonnable. « Tu as raison de douter » lui répéterais-je à plusieurs reprises.

Cette dimension est d'autant plus importante que l'écoute des maux du patient fait partie du soin, au travers d'une attention bienveillante¹⁴. Cela permet notamment de modifier la perception que le jeune patient peut avoir de l'équipe éducative ou médicale, les faisant passer « d'adversaires » à des « alliés ». En introduisant de la nuance dans ses propos, l'équipe éducative montre ainsi la voie au jeune qui peut par effet de mimétisme questionner la rigidité de ses propres positions. Enfin, demander au jeune de verbaliser ses craintes est un exercice qui lui permet de mettre des mots précis sur un sentiment parfois diffus, et ainsi d'être lui-même plus au clair sur sa décision finale.

2.2.2 La symbolique du sang

Dans la vignette étudiée, le jeune patient invoque des raisons différentes à sa méfiance. La plupart ne sont pas liées à un héritage culturel, mais il ne faut pas omettre que dans plusieurs cultures d'Afriques de l'Ouest, le sang représente l'énergie vitale d'un individu. Par conséquent, la perte de sang est souvent vécue comme un affaiblissement en temps que tel, et pas seulement le symptôme d'une blessure¹⁵. On peut supposer que cette représentation rend plus plausible les discours visant à diaboliser les prises de sang. A l'inverse, elle est en opposition directe avec les soins préconisés par la médecine occidentale.

Il est difficile de mesurer quelle influence cette dimension symbolique occupe dans les représentations du corps humain que se font les MNA. Néanmoins, elle entre en résonance avec l'argument phare des pourparlers autour des prises de sang : la question de la quantité. Cette question, en effet, n'est pas propre aux vignettes mentionnées dans ce mémoire, mais constitue une préoccupation chez l'ensemble des jeunes que j'ai pu accompagner, y compris ceux qui ont accepté qu'on leur prélève du sang.

On peut dès lors supposer qu'accepter pour un jeune que l'acte de prise de sang soit véritablement un acte de soin, vienne contredire une croyance ancrée dans une légitimité traditionnelle.

2.1.3 Au-delà de la culture : les mythes modernes

La culture d'origine des MNA peut servir comme toile de fond au refus de prise de sang. Pourtant, comme le montre l'exemple de Mory, les craintes exprimées tiennent d'un registre qui n'est ni celui du religieux, ni celui de la tradition. C'est notamment le cas des paroles qu'il rapporte des

¹⁴ Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89,(2), 33-42. doi:10.3917/rsi.089.0033.

¹⁵ Guide des rites, cultures et croyances : A l'usage des soignants.- Lévi L.- Estem.- 2013.-

« personnes en qui il a confiance ». Ces théories sur l'exploitation du jeune par le corps médical ne font appel à aucune représentation de l'homme tirée d'une culture qui serait différente de la notre. Les justifications auxquelles elles font appel sont des traits universels : le désir de pouvoir ou le gain personnel. Ainsi, aussi extrêmes soient-elles, elles sont tout à fait compréhensibles dans le paradigme culturel français. Par ailleurs, elle ne contiennent aucun élément mystique, religieux ou surnaturel.

Il s'agit donc d'autres croyances, qui ressemblent beaucoup à ce qui peut être grossièrement décrit comme des « théories du complot », qui est un phénomène multi-national. La popularité de celle-ci s'explique souvent par leur capacité à proposer une explication simple d'un objet complexe et opaque, qui a pourtant une influence sur la vie des personnes qui y adhèrent. Cela explique que de nombreuses théories « populaires » concernent les grands dirigeants politiques par exemple. Dans ce cadre, il est compréhensible qu'un objet aussi opaque bien qu'omniprésent, comme la médecine, suscite le même genre de mécanismes.

Ce qui est particulièrement frappant dans le récit de Mory est la manière quasi explicite avec laquelle il formule le cheminement intellectuel en fonction duquel il arbitre ses convictions. Il est tout à fait prêt à douter des histoires que lui ont raconté ses amis, comme en témoigne la distance qu'il emploie lorsqu'il les racontent : « il y a quelqu'un qui m'a raconté que[...] ». Cependant, celles-ci restent les fondements de ses décisions concernant l'avenir de sa santé. Mory est prêt à croire ces histoires car elles lui ont été racontées par des gens en qui il a confiance. Cette confiance semble avoir été gagnée par des actes, des événements concrets, une légitimité face à laquelle aucune argumentation ne peut tenir.

Il est difficile dans ces conditions de dire si Mory agit sous l'influence de ses pairs sans faire de larges spéculations sur la nature de ses relations avec ces personnes, sur lesquelles il reste évasif. Il s'agit cependant de jeunes migrants ayant suivi le même parcours que lui. Ainsi, les choix du jeune illustrent une solidarité envers ceux qu'il considère comme appartenant à son groupe social, que ce soit de manière consciente ou non.

Cette solidarité entre également en résonance avec un tableau géopolitique et historique. La seconde théorie présentée par Mory par exemple, raconte que les médecins inventent des maladies aux patients migrants pour prélever leur sang dans le but de le revendre. L'idée peut paraître saugrenue voir paranoïaque. Cependant, l'idée que des européens utilisent des arguments scientifiques pour mettre des populations africaines en position de faiblesse afin se servir de leur force physique comme une source de profit apparaît comme une métaphore de l'histoire coloniale tout à fait recevable. Si le contexte géopolitique est aujourd'hui différent, les relations nord-sud sont encore fortement empruntent de cet héritage historique.

Ainsi, ce qui peut nous paraître complètement absurde fait finalement écho à une histoire qui n'est pas inconnue des jeunes. Le contexte historique à lui seul ne permet pas d'expliquer l'adhésion de

Mory à ces histoires, tout comme le lien fait dans les cultures d'Afrique de l'Ouest entre sang et énergie vitale ne le permet pas non plus. Cependant, une fois additionnées, elles permettent une meilleure compréhension de ce qui a pu être qualifié d'absurde, voir de délirant.

Conclusion

Au cours de ce mémoire, nous avons tenté d'aborder les raisons qui conduisent des mineurs non accompagnés originaires de pays d'Afrique de l'ouest à refuser l'acte médical de la prise de sang. Cette question a été traitée au travers de situations professionnelles illustrant ce refus. Celles-ci ont été réparties en deux axes, la compréhension et la confiance qui semblent, dans le cas des jeunes étudiés, intimement liées.

Cette étude nous a permis de mettre à jour différents discours venant s'opposer aux recommandations médicales. Tout d'abord, une conception du sang ancré dans certaines cultures d'Afrique de l'ouest qui tend à le considérer à la fois comme une ressource finie, ainsi que comme symbole de l'énergie vitale d'une personne. Ensuite, sous la forme d'un sentiment subjectif exprimé par le patient, soit son propre ressenti. Enfin, une série de croyances autour d'une supposée malveillance du corps médical véhiculées par les pairs des patients.

Nous avons également constaté que la notion de consentement n'était pas toujours évidente pour le patient, qui peut se retrouver dans une situation de coercition implicite. Cet aspect est directement en lien avec la temporalité du soin : D'une part, la prise en charge récente des MNA par le foyer les incitent à faire des concessions, de l'autre, le temps de l'urgence médicale peut entraîner un jeune à se faire dépasser par les événements.

Enfin, nous avons également établi que face aux situations rencontrées, le seul recours à la rhétorique ne pouvait pas suffire à persuader le patient du bien fondé d'une prise de sang. Cela s'explique en partie par l'opacité des logiques de soin, qui semblent parfois difficilement compréhensibles par les patients. Cependant, une logique de confiance envers des individus plutôt que des paroles semblent avant tout expliquer ce phénomène.

Ces éléments permettent de formuler quelques recommandations face à une situation similaire de refus de soin. La première, qui peut paraître évidente, est de s'assurer de manière explicite du contentement d'un jeune à une prise de sang. Ce consentement ne peut être acté que sur la base du déclaratif, ainsi, une analyse du langage non verbal du jeune permettra d'apporter des éléments supplémentaire qui peuvent parfois contredire ce qu'il exprime.

La seconde est qu'en cas de refus d'un mineur, valoriser sa démarche critique peut permettre l'instauration d'un véritable échange constructif, seul terrain propice à un changement d'avis. Si aucune vignette ne témoigne de ce phénomène, le processus décrit avec Mory a donné lieu à plusieurs succès, notamment dans le cas d'un suivi médical de porteurs sains de la tuberculose et de

l'hépatite B.

Enfin, nous avons également vu que face à un refus, la seule argumentation ne suffisait souvent pas à convaincre. Celle-ci ne peut porter ses fruits que lorsqu'elle s'accompagne d'une relation de confiance solide entre le patient et les personnes lui suggérant le soin. Ce genre de relation ne peut se construire que sur la durée, ce qui fait reposer cette responsabilité sur l'équipe éducative entourant le jeune plutôt que le corps médical.

Bibliographie

- Clanet C., (1990), L'interculturel. *Introduction aux approches interculturelles en Éducation et en Sciences Humaines*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail.
- Clément, F. (2010). *De la nature des croyances collectives*. L'Année sociologique, vol. 60,(1), 63-91.
- Collès, L. (2013). De la culture à l'interculturel : Panorama des méthodologies Introduction : À l'école de l'interculturel. De *Passage des frontières : Études de didactique du français et de l'interculturel*. Presses universitaires de Louvain.
- Fainzang S. (2006), *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Francesco Fistetti F. (2009), *Théorie du multiculturalisme. Un parcours entre philosophie et sciences sociales*, La Découverte, coll. « textes à l'appui », 227 p.
- Formarier, M. (2007). *La relation de soin, concepts et finalités*. Recherche en soins infirmiers, 89, (2), 33-42.
- Jaunait, A. (2003). *Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient*. Raisons politiques, n° 11,(3), 59-79.
- Levi L. (2013). *Guide des rites, cultures et croyances : A l'usage des soignants*. Estem.
- Pierron JP. (2007) *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins*, Sciences sociales et santé, vol. vol. 25, no. 2, pp. 43-66.
- Poutout, G. (2005). *Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens*. Sociologies pratiques, 11, (2), 33-54.
- Rafoni B., « La recherche interculturelle. État des lieux en France », Questions de communication, 4 | 2003, 13-26.

Sitographie

Leanza Y., « Prévenir la différence Analyse d'une pratique pédiatrique « interculturelle » », *Face à face* [En ligne], 10 | 2007, mis en ligne le 01 octobre 2007, consulté le 22 août 2018. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/77>

Sicot F. et Touhami S., « Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 10 | 2015, mis en ligne le 27 mai 2015, consulté le 21 août 2018. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1725>

Sarra Mougel-Cojocar, « Quand les enfants veillent « seuls » sur leur trajectoire hospitalière », *Face à face* [En ligne], 10 | 2007, mis en ligne le 01 octobre 2007, consulté le 20 août 2018. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/118>