



DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE SANTÉ, SOCIÉTÉ ET MIGRATION

**« Je ne peux pas faire autrement »
Rôle familial et liens familiaux dans le processus de soins :
Un infirmier à la rencontre de deux femmes immigrées,
atteintes de schizophrénie.**

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction de Yannis Gansel**



Seydou Keïta, sans titre (détail), 1956. Tirage argentique moderne réalisé en 1995 sous la supervision de Seydou Keïta et signé par lui. Genève, Contemporary African. Art Collection (CAAC). © Seydou Keïta / SKPEA

Lapalus, Olivier

Année 2017-2018



SOMMAIRE

Introduction	1
Chapitre I - Dispositif et contexte.	
1. Mon institution : des soins à domicile	3
2. Mes fonctions : infirmier en visite à domicile	4
3. Migration et famille : état des lieux	6
4. Un peu de droit : séjour, regroupement familiale, nationalité	7
5. Étrangers, migrants et santé	8
Chapitre II - Questionnements et méthodologie.	
1. Inspirations et réflexions : du terrain au questionnements	11
2. Entretiens et questionnaires : du terrain à la recherche	12
Chapitre III - Deux femmes et leur famille.	
1. Esquisse biographique de deux femmes immigrées en Suisse	
a) Madame A.	16
b) Madame B.	17
2. Liens familiaux et évolution du rôle depuis l'émigration	
a) L'environnement familial.	19
b) Au Nom de la Sœur, du Papa et de la Maman	20
c) Du rôle nourricier au rôle financier	23
d) « Je ne peux pas faire autrement » : une obligation ?	27
Chapitre IV - Maladie, famille, processus de soins: dynamiques et interactions.	
1. Histoire subjective de la maladie	
a) Madame A.	30
b) Madame B.	32
2. L'aide de la famille face à la maladie	34
3. Maladie et famille : inversion du modèle ?	35
a) Proche aidant ? De qui et de quoi parle t-on ?	36
b) Famille, attachements et facteurs de protection	37
Conclusion :	39
Bibliographie	
Annexes	

Remerciements

A Madame A. et Madame B.
Pour leur confiance et leur accueil.

Merci à Corinne et Brigitte pour la relecture.

« Comme dit l'oculiste, la vie dépend des verres avec lesquels on la regarde. »
Luis Sepulveda, *Rendez vous d'amour dans un pays en guerre* (1997)

Introduction

Depuis 2015, je travaille dans un Centre Médico-social (CMS), à Lausanne, Suisse. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, j'exerce en tant qu'infirmier, référent en santé mentale. Dans le cadre de visites à domicile, qui constituent le cœur de mon travail, je suis amené à rencontrer des personnes très diverses, jeunes ou parfois très âgées, atteintes dans leur santé psychique.

Parmi elles, nombreuses sont celles qui viennent d'autres horizons. On les appelle communément « étrangers », « immigrés », « migrants », « réfugiés », « requérants du droit d'asile » etc. Mais avant tout ce sont des individus, avec des histoires singulières ... et collectives. Évidence souvent vite oubliée, ces hommes et ces femmes ont des proches, une famille, un parcours, une conception du monde, des modes propres d'interactions. En somme, des « appartenances » ou des « attachements »¹ à des mondes parfois très différents du notre. Ce sont des personnes, avec leurs valeurs, leurs repères, confrontées non seulement à la maladie, mais aussi à un système social et de santé qui a ses propres logiques et références. Paradoxe ou chance, je suis moi même une sorte de migrant puisque étranger dans le pays où je travaille.

Madame A et Madame B sont deux femmes originaires d'Afrique. Je leur rend visite depuis 3 ans, à la demande de leur réseau médical. Elles se sont mariées à des hommes suisses qu'elles ont connu dans leur pays d'origine. Elles vivent à Lausanne depuis plusieurs années. Elles ont acquis la nationalité suisse. Elles sont séparées de leur conjoint après une vie commune avec leurs ex maris. Elles présentent toutes deux un diagnostic de schizophrénie.

Au fil des rencontres, elles m'ont parlé d'elles, de leurs souffrances, de leurs joies, de l'importance et de la difficulté à garder et faire vivre les liens passés et présents qui donnent sens à leur vie.

Je les visite à domicile². Je les vois chez elle, dans leur vie quotidienne, d'une certaine façon dans leur intimité. Littéralement, elles m'accueillent. Je ne suis pas en terre soignante, blouse blanche et pouvoir médical incarné par l'environnement institutionnel. Cela nécessite de tenir compte de l'univers dans lequel elles évoluent ... et de le respecter, sous peine d'être juste un « distributeur de cacahuètes » comme dirait Madame B. au sujet de la médication que je lui apporte chaque semaine.

Les questions familiales ont vite surgi, presque naturellement. Madame B. avait « décompensé » suite au décès de son frère au pays. Sa place et son rôle dans la famille vont changer suite à cet événement. Madame A. devait reprendre le fil de sa vie familiale, après sa dernière hospitalisation, d'abord avec ses deux adolescents, puis auprès de sa fratrie au pays. Je découvre alors que toutes

1 En référence à : METTRAUX, Jean Claude. *La migration comme métaphore*. (Paris), La dispute, 2013, 276 p.

NATHAN, Tobie. *Nous ne sommes pas seuls au monde*. (Paris), Le Seuil, 2015, 320 p.

2 Sujet d'un dossier de la revue *Santé Mentale*. « Pourquoi la visite à domicile ». N°170, septembre 2012, p. 20-77

deux ont des échanges nourris et un rôle de soutien auprès de leurs proches restés au pays.

Comment allais-je travailler cette question ? Une phrase a agi comme un levier : « *je ne peux pas faire autrement* » m'a souvent répété Madame A., au sujet de son investissement auprès de sa famille. Madame B. ne l'exprimait pas de la même façon, mais il y avait aussi chez elle une forme d'évidence à devoir prendre soin de ceux qu'elle considère comme sa famille. Dans un contexte de maladie et de revenus financiers limités, ce qui n'est pas simple pour elles deux.

Mais, il n'y a pas que l'argent dans l'échange. Elles ont aussi des liens et une place symbolique qui les structurent m'a t-il semblé. Cette problématique occupe une bonne partie de leur existence. Cela fait partie de leur identité et n'est pas sans retentissement sur leur psychopathologie. Pas un entretien qui ne commence par un réciproque « comment allez-vous ? », ni un « comment va votre famille ». Entrer dans le monde familial de ces deux femmes, à travers leurs proches, m'est apparu comme incontournable.

Les tenants de l'ethnopsychiatrie mettent en avant la nécessité de « *se mettre à l'école des mondes auxquels appartiennent les personnes* »³. Tobie Nathan souligne le fait qu'il faut envisager les personnes « *à partir de leurs attachements* » (lieux, langue, divinités, ancêtres, groupes, manières de faire...)⁴. La lecture de l'ouvrage de JC. Mettraux⁵ m'a aussi beaucoup inspiré, notamment la question de l'asymétrie qui peut se creuser dans le rapport de soins quand on oublie que la vie même fait de nous tous, soignants comme soignés, des « migrants », sujet à des bouleversements de nos existences, dans le rapport à nos « *appartenances* ». Ce qui vient in fine questionner la façon dont nous instaurons la relation d'aide.

Des recherches existent aussi sur les questions des liens et d'apports des migrants à leurs compatriotes, de la filiation, des transmissions, des traumatismes intergénérationnels, de l'approche transculturelle des soins. Mais qu'en est-il du rôle familial, de sa place et de sa dynamique pour ces deux femmes ? Comment se manifeste t-il concrètement ? Comment les deux femmes dont je vais parler le vivent-elles ? En quoi les liens familiaux participent-ils du processus de soin ? Et en quoi peuvent-ils constituer une ressource précieuse pour les personnes, y compris pour leur santé ?

Je voudrais m'attacher à travers le texte qui va suivre à décrire avant tout une rencontre et une réflexion autour de ces questions.

« Une maison n'est jamais déserte quand celui qui est parti l'habitait vraiment »

Jacques Prévert, *Soleil de nuit* (1977)

3 SWERTVAEGHER, Jean Louis. La transsexualité ou la défaite des théories de la sexualité. *Rhizome*, n°60, juin 2016.

4 NATHAN, Tobie, *Nous ne sommes pas seuls au monde*, op.cit., p. 51.

5 METTRAUX, Jean Claude. *La migration comme métaphore*, op. cit.

Chapitre I - Dispositif et contexte.

Avant de présenter plus amplement les personnes et de développer ma problématique, il m'a paru nécessaire de décrire et d'expliciter les conditions dans lesquelles je travaille auprès d'elles : mon cadre de travail, le contexte migratoire en Suisse (et la place de la famille), des éléments de droit et de la santé en Suisse pour les personnes d'origine immigrée.

1. Mon institution : des soins à domicile

Je travaille en Suisse, dans le canton de Vaud, canton francophone dont la capitale est Lausanne.

Je suis infirmier en santé mentale dans un Centre Médico Social (CMS). Un CMS, à l'échelle d'un territoire urbain ou rural, coordonne une équipe multidisciplinaire intervenant à domicile, auprès de personnes ayant des besoins médicaux et/ou sociaux divers.

Le CMS qui m'emploie fait partie d'une fondation, la Fondation Soins Lausanne (FSL), qui regroupe 7 CMS sur la ville de Lausanne. La FSL a « *pour mission de fournir des prestations d'aide et de soins à domicile sur le lieu de résidence de la personne, lorsque son état de santé lui fait vivre une situation de dépendance durable ou qu'elle a besoin d'un appui momentané.* »⁶

La FSL fait elle même partie de l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD), association dite « faîtière », qui fédère 7 associations ou fondations régionales au niveau du canton de Vaud. Les activités de l'AVASAD sont régies par la Loi sur l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile adoptée par le Grand Conseil du Canton de Vaud le 6 octobre 2009. Cette loi crée une association de droit public autonome dotée de personnalité juridique et placée sous l'égide du Conseil d'État (canton) : « *la mission générale de l'AVASAD est d'aider les personnes dépendantes, atteintes dans leur santé ou handicapées à rester dans leur lieu de vie* »⁷. Cette mission s'organise en collaboration avec les partenaires et les institutions publiques et privées du canton, actives dans le domaine sanitaire, médico-social et social. L'AVASAD, en 2017, regroupe 48 CMS.

Un CMS fournit des prestations très diverses via l'intervention de professionnels aux profils variés: soins infirmiers ; soins de base, hygiène et confort (aide soignantes et auxiliaires de santé) ; portage de repas ; conseils nutrition ; aide au ménage ; ergothérapie ; soins pédiatriques ; conseils et aides par des assistantes sociales ; moyen de sécurité à domicile ; aide au transport.

Je fais partie du CMS de Montelly qui couvre les quartiers de Montelly, Malley, Montoie, Bois-de-Vaux, Tivoli, Vidy, Bourdonnette. Ce sont des quartiers avec une population à forte composante

⁶ Site internet de la FSL : http://www.fondationsoinslausanne.ch/jcms/svm_10276/fr/la-fondation

⁷ Site internet de l'AVASAD : http://www.avasad.ch/jcms/m_7010/fr/mission.

populaire et multiculturelle, avec un grand nombre de nationalités différentes. Je travaille au sein d'une équipe comprenant notamment 15 infirmières et 6 infirmières assistants et ASSC⁸. Il y a 52 clients dit en situation de Santé Mentale (mais beaucoup plus si on devait intégrer les problèmes psycho-gériatriques), pour un ETP de 2 infirmiers.⁹

2 - Mes fonctions : infirmier en visite à domicile.

J'interviens au domicile des personnes pour apporter des soins en « santé mentale ». Mon cahier des charges précise que je suis « Infirmier en soins psychiatriques ». Mais dans la pratique, je suis le plus souvent référencé en tant qu'infirmier « référent », en « santé mentale ». Pour mes autres collègues, je suis « l'infirmier psy ».

Mes tâches principales s'articulent autour de 5 fonctions : évaluation (analyse clinique, objectifs, projet de soins) ; prestations (soins, accompagnement du parcours de santé, y compris avec l'entourage) ; délégation (notion de « référent », avec des soins confiés à d'autres collègues) ; collaboration (notions d'interdisciplinarité et de réseau avec les autres professionnels de santé intra ou hors CMS; encadrement (rôle formateur ou ressource auprès de mes autres collègues).

A la demande et sur délégation d'un médecin la plupart du temps (généraliste, psychiatre, hôpital) et avec l'accord des personnes visitées, j'apporte des soins de différents ordres selon la situation : accompagnement dans la prise de la médication, prévention des rechutes, entretien d'aide et soutien, gestion des situations de crise, mise en place d'aides auxiliaires ou sociales etc.

Je travaille plus spécifiquement avec des personnes atteintes sur le plan psychiatrique (en post hospitalisation ou au cours d'un suivi ambulatoire qui demande un accompagnement à domicile). Parfois il s'agit aussi de soutenir une personne qui fait face à un processus de vieillissement difficile ou à une perte. J'interviens également auprès de personnes qui souffrent d'atteintes cognitives et mnésiques (souvent en plus de la maladie psychiatrique), des personnes avec des problématiques d'addictions. A noter que les soins que je peux apporter ne se limitent pas uniquement au champ de la santé mentale, mais peuvent aussi concerner la santé somatique (affections métaboliques ou endocriniens, troubles alimentaires et digestifs, troubles cardio circulatoires ou cardio pulmonaires essentiellement).

Je peux déléguer, si nécessaire, une partie du travail aux ASSC, auxiliaires de santé et de ménage (essentiellement les soins dit de base, d'hygiène et confort, pour la vie quotidienne). Une majorité de mes collègues (surtout les auxiliaires) sont d'origine étrangère, ce qui est une ressource non

⁸ L'Assistant(e) en soins et santé communautaire (ASSC) se situe entre aide-soignant (ou auxiliaire de santé) et infirmier.

⁹ Voir annexe 1 pour des données plus complètes sur l'AVASAD, la FSL et mon CMS. Plein Temps = 41h30 semaine !

négligeable dans certains cas. Je peux aussi solliciter d'autres prestations tels que des aides aux transports, des portages de repas. Je collabore avec des ergothérapeutes, des assistantes sociales qui font partie de l'équipe du CMS. Le travail en réseau s'articule principalement autour d'une collaboration avec les médecins généralistes, les médecins spécialisés (psychiatres), des infirmières et psychologues des consultations ambulatoires, des curateurs etc. Et bien sûr avec les familles et/ou proches des personnes soignées.

C'est un travail d'équipe, mais aussi très solitaire car nous devons souvent travailler avec un réseau qui n'est pas toujours présent, seul à domicile avec les personnes (ou au bureau pour les tâches administratives qui sont particulièrement procédurières en Suisse). Nous prenons beaucoup d'initiatives, nous nous questionnons souvent sur les limites de notre responsabilité, au sens où la question du maintien à domicile se pose souvent. Nous travaillons à domicile, cela nécessite d'avoir une réflexion éthique permanente autour du droit de la personne à recevoir ou refuser des soins, une attention aux limites de nos soins (nous n'avons pas les moyens de l'hôpital). Ce qui fait qu'une bonne partie de notre travail est d'une certaine façon «invisible» mais essentiel. L'art du «braconnage» est aussi un recours parfois fort utile¹⁰. La question du lien et du «tissage» relationnel qui se créent ou non, est à mon avis au cœur de notre accompagnement. Nous pouvons en effet être amenés à suivre des patients de nombreuses années.

La majorité des personnes que je rencontre ne sont pas suisses ou le sont devenues après leur arrivée, le plus souvent installées depuis un certain temps (essentiellement des personnes du pourtour de la méditerranée, des pays balkaniques et d'Afrique)¹¹. Je peux aussi être amené à intervenir auprès de migrants en demande d'asile (il y a 3 foyers de requérants sur mon territoire de travail).

Le plus souvent les personnes que je vois ont un bon niveau en français, mais ce n'est pas toujours le cas. La participation d'un interprète n'est pas toujours possible (disponibilité régulière, financement, place mineure accordée au passage de l'infirmière). La question de l'abord transculturel des soins se pose souvent à moi. Comment accompagner au mieux, prendre en compte l'altérité au sens large (langue, culture, rapports aux soins, précarité du séjour, précarité socio-économique etc.) ? D'où, entre autres, mon inscription au DIU et ce travail de recherche.

10 En référence au module 8 du DIU et notamment à l'intervention: *La psychiatrie entre contraintes managériales et résistances cliniques*. Frédéric MOUGEOT, Sociologue, Centre Max Weber.

11 Mes patients attirés sont à : 55% de nationalité étrangère + 15% bi-nationaux ou naturalisé suisse après leur arrivée.

3. Migration et famille : état des lieux

Le canton de Vaud, tout comme la Suisse¹², a une forte proportion de population issue de l'immigration, comme l'atteste les chiffres suivants :

Population résidente permanente au 31 décembre 2017, canton de Vaud¹³ :

- Population de nationalité suisse : 527 260
- Population étrangère : 267 124 (33,6 %)
- Total : 794 384
- Lausanne : 139 624 habitants dont 43% de population étrangère.

La dimension familiale de l'immigration est très importante. Selon un document consacré aux données statistiques sur les familles vaudoises¹⁴ :

« Parmi les familles avec enfants, la moitié sont des ménages composés d'étrangers ou mixtes (Suisse-étrangers). (...) Les raisons familiales sont également l'un des principaux motifs d'immigration, en vue d'un mariage ou dans le cadre d'un regroupement familial. Parmi les mariages célébrés dans le canton, quatre sur dix sont mixtes (Suisse-étrangers). (...) Dans le canton de Vaud, la moitié des habitants de plus de 15 ans (46 %) sont issus de la migration, c'est-à-dire soit directement concernés par une expérience migratoire, soit par celle d'au moins un de leurs parents. Le processus migratoire entretient un lien étroit avec la famille, que ce soit comme cadre à l'élaboration des projets ou comme facteur ou non de départ. (...) En outre, la famille est en soi une raison d'immigrer, que ce soit pour épouser un ou une partenaire résidant en Suisse ou dans le cadre d'un regroupement familial. Un tiers des arrivées de l'étranger dans le canton sont liées au regroupement familial, ce qui en fait le second motif d'immigration après l'activité lucrative. Chaque année, ce sont ainsi 3700 adultes et 3100 enfants qui arrivent de l'étranger pour accompagner ou rejoindre leur conjoint ou leurs parents. »

« Les mariages mixtes, entre personnes de nationalité suisse et étrangère sont devenus plus fréquents dans le canton de Vaud, au point que leur nombre a légèrement dépassé celui des mariages entre Suisses depuis 2002. En 2013, on compte 1400 mariages mixtes (41% des mariages) pour 1300 mariages entre Suisses (40%) et 600 mariages entre conjoints étrangers

12 Selon le quotidien *24 Heures* du 02/07/2018, un tiers de la population suisse est issue de la migration, La répartition de la population issue de la migration n'est pas homogène entre les cantons. Le taux grimpe à 61% dans le canton de Genève et à 51% dans celui de Bâle-Ville. A l'inverse, on en dénombre beaucoup moins dans les cantons d'Uri (14%), Appenzell I (16%) et de Nidwald (20%). Au plan national, les nationalités étrangères individuelles les plus représentées sont italienne, allemande (chacune 11% de la population issue de la migration de 15 ans ou plus), portugaise (8%) et française (4%). La population issue de la migration est sensiblement plus jeune que la suisse. L'âge moyen est de 49 ans pour cette dernière contre 44 ans pour l'étrangère.

13 http://www.scris.vd.ch/Data_Dir/ElementsDir/7831/6/F/Population_communes_origine_2017.pdf

14 Données issues de « Portraits des familles vaudoises » © SASH et StatVD, novembre 2015.

http://www.scris.vd.ch/Data_Dir/ElementsDir/8235/2/F/Portraits-des-familles.pdf. Voir p.12-15.

(19%). (...) Les nationalités le plus souvent rencontrées reflètent les communautés les plus implantées dans le canton (France, Serbie et Kosovo, Italie, Portugal, Espagne), mais les hommes suisses épousent aussi fréquemment des femmes originaires des pays de l'Est ou de pays plus lointains comme le Brésil, le Cameroun ou la Thaïlande. »

4. Un peu de droit : séjour, regroupement familiale, nationalité.

Mon sujet de mémoire ne portant pas sur les droits des étrangers en Suisse, je survolerai rapidement les questions de droit liées à la famille et à la migration. Il existe aussi un traitement particulier en Suisse de la question de la migration et de la santé. Là aussi, je me contenterai seulement de donner quelques éléments clés du contexte.

Concernant le droit d'entrée sur le territoire suisse, le droit de séjour et le droit au regroupement familial, ils dépendent en gros du pays d'origine (accord bilatéraux, UE/Suisse notamment, notion de pays tiers, distinction entre statut de réfugié et droit d'asile etc.). Il existe différents permis de séjour selon ces catégories¹⁵.

Concernant le mariage pour un étranger, le droit est devenu plus restrictif. Selon le site internet officiel de l'état de Vaud ¹⁶: « *les fiancés qui ne sont pas citoyens suisses doivent établir la légalité de leur séjour durant toute la procédure préparatoire au mariage ou à l'enregistrement du partenariat (...) En conséquence, les étrangers en situation illégale ne peuvent plus, en principe, déposer une demande d'autorisation de séjour temporaire en vue de mariage si la procédure préparatoire de mariage n'est pas close. Ils doivent sortir de Suisse et entreprendre la procédure depuis l'étranger, notamment en sollicitant un visa auprès d'une Représentation consulaire suisse. Les Offices de l'État civil doivent donc examiner la légalité du séjour de l'étranger en s'adressant, si nécessaire, à la division Étrangers du Service de la population.* »

Le droit au regroupement familial, (selon le site internet binational.ch ¹⁷) est également fonction du statut de séjour et du pays d'origine: « *Le citoyen suisse et la citoyenne suisse ont droit au regroupement familial concernant leurs époux et leurs enfants (...) Pour les membres de la famille d'un État membre de l'UE, l'époux, les enfants de moins de 21 ans et ceux qui sont pris en charge, ainsi que les parents qui sont pris en charge peuvent venir en Suisse. Il n'est pas exigé que la famille habite ensemble. Si les membres de la famille sont originaires d'un pays tiers, le droit au regroupement familial pour les enfants ne vaut que jusqu'au 18e anniversaire de l'enfant. Le*

15 Voir <https://www.ch.ch/fr/entree-sejour-suisse/> ou le site du SEM (Secrétariat d'Etat aux Migrations de la Confédération Suisse : <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home.html>

16 <https://www.vd.ch/themes/population/population-etrangere/entree-et-sejour/etats-tiers/sejour-en-vue-de-mariage-ou-de-partenariat/>

17 <http://www.binational.ch/fr/>

regroupement familial ne vaut que pour les époux et les enfants (mineur de leur prise en charge). Le regroupement familial doit se faire dans les cinq ans, la venue en Suisse des enfants de plus de 12 ans doit se faire dans un an (suivant le mariage). En outre, la famille est tenue de vivre ensemble. (...) En cas de dissolution de la communauté familiale, le séjour du partenaire étranger et de ses enfants peut être prolongé après une durée minimale du mariage de trois ans et d'une intégration réussie (pas de droit !). Le séjour peut également être prolongé indépendamment de la durée de la communauté familiale quand il existe des motifs personnels graves, p. ex. la violence conjugale, un mariage forcé ou que la réintégration dans le pays d'origine est menacée. »

Pour ce qui est de l'acquisition de la nationalité, selon l'ARTIAS¹⁸ :*« depuis le 1er janvier 1992, la femme étrangère qui épouse un citoyen suisse n'acquiert plus automatiquement la nationalité suisse, mais peut, si elle en remplit les conditions, faire une demande de naturalisation facilitée. Un étranger ou une étrangère peut, ensuite de son mariage avec un Suisse ou une Suissesse, former une demande de naturalisation facilitée si les conditions ci-dessous sont remplies:*

- Il vit depuis trois ans en union conjugale avec son conjoint*
- Il a séjourné en Suisse pendant cinq ans en tout, dont l'année ayant précédé le dépôt de la demande (...)*

Pour le conjoint étranger d'un Suisse ou d'une Suissesse qui vit ou a vécu à l'étranger, les conditions d'une naturalisation facilitée sont les suivantes:

- Vivre depuis six ans en communauté conjugale (faire ménage commun) avec son conjoint suisse;*
- Avoir des liens étroits avec la Suisse. (...)*

En cas de divorce, la naturalisation facilitée n'est pas accordée, quelle que soit la durée de la vie conjugale, puisqu'il faut être marié à un conjoint suisse au moment de la demande. La Suisse n'exige plus qu'une personne naturalisée renonce à sa nationalité d'origine, mais le conjoint étranger qui devient suisse devra renoncer à sa nationalité d'origine si son pays n'admet pas la double nationalité.

5. Étrangers, migrants et santé.

La Confédération Suisse a développé depuis 2002 une politique spécifique autour des questions de santé et migration, intitulé « *Programme Migration et Santé* », évalué et renouvelé tous les 5 ans. Selon JC Mettraux¹⁹, ce n'est cependant pas une nouveauté. Dès les années 1920, les médecins sont

18 Association Romande et Tessinoise des Institutions d'Action Sociale.

<https://www.guidesocial.ch/recherche/fiche/nationalite-suisse-109> Voir aussi : <https://www.ch.ch/fr/naturalisation/>

19 Jean Claude Mettraux, *La migration comme métaphore*, op.cit., chapitre III, *De la différence au déficit*, p.110-118.

invités à participer et à apporter leur « expertise » à une politique sélective des travailleurs immigrés sur des bases hygiénistes, politique teintée d'un fort relent xénophobe. Les questions de santé des étrangers sont traitées sous le prisme du « *risque* » et de la conformité à des normes sanitaires autochtones, que JC Mettraux nomme le « *modèle du déficit* ». Cette vision va évoluer à partir des années 1960, avec l'apparition d'approches dites « *multi-culturelle* » ou « *interculturelle* »²⁰, se voulant plus égalitaire et prenant mieux en compte les besoins des populations migrantes. Mais pour autant cela signifie pas la fin de la logique des « *déficits* », qui réapparaît, toujours selon JC Mettraux, à partir des années 2000²¹, sous une forme renouvelée, en balance avec une « *approche par les discriminations* »²², qui elle cherche à compenser les ségrégations et inégalités. JC Mettraux dénonce une « *fermeture à l'altérité* », une approche qui continue à distinguer étrangers et autochtones, une relation de soins qui demeure asymétrique, gestionnaire de populations, excluant toute parole et participation des intéressés, condamnés à rester passifs et objets des politiques qui leurs sont appliqués.

On retrouve, il me semble, cette double approche par les déficits vs par les discriminations dans les politiques actuelles : une approche à la limite du paternalisme héritée de l'hygiénisme, conjuguée à une approche insistant sur l'égalité d'accès aux soins. Une certaine logique sécuritaire et gestionnaire (signe de notre temps) est aussi prégnante. A noter que dans les dernières publications officielles apparaît aussi la notion de « *population vulnérable* » à identifier dans la population migrante. Pour ce qui précède, je me réfère notamment à la « *fiche info migration et santé* » du conseil fédéral (mise à jour de 2015) et divers documents de l'OFSP²³ consacré à la politique de santé pour les immigrés:

« Différentes études prouvent que leur santé physique et mentale est souvent moins bonne que celle des autochtones. Les migrants défavorisés sur le plan socio-économique et dont le niveau de formation est modeste sont soumis à des risques sanitaires plus importants et accèdent moins facilement à notre système de santé. Ils ne disposent souvent pas de connaissances suffisantes pour pouvoir adopter un comportement favorable à la santé et sont confrontés à des difficultés de communication dans leur interaction avec les institutions sanitaires.(...) »

Le programme national Migration et santé vise à améliorer la santé de certains groupes de migrants, notamment en les aidant à vivre plus sainement. Il contribue ainsi à renforcer l'égalité

20 Ibid., chapitre IV, p. 127-132.

21 Ibid., chapitre V, *La seconde vie du modèle des déficits*, p. 134-146

22 Ibid., p. 147-149.

23 l'Office Fédérale de la Santé Publique : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/programm-migration-und-gesundheit-2002-2017.html>.

Il s'agit de la mise à jour 2015, retrouvable mais plus référencé sur le site de OFSP. Cf. Également le site Internet du programme national Migration et santé : www.miges.admin.ch

des chances. Les mesures découlant de ce programme sont principalement axées sur les personnes dont le statut social et le manque de compétences sanitaires induisent des problèmes de santé. Or, un état de santé précaire rend plus difficile le processus d'intégration ; le programme élaboré par l'OFSP contribue donc également à la politique d'intégration de la Confédération. En effet, seules les personnes en bonne santé peuvent mener leur vie de manière autonome, chercher un travail et exploiter pleinement leur potentiel. Le système de santé joue donc un rôle important à cet égard. »

Le programme vise à encourager notamment en « étroite collaboration avec le Secrétariat d'Etat aux migrations » (le SEM est une section du département fédérale de la Police et de la Justice. Il gère notamment le droit d'asile et la politique migratoire) :

- *la promotion de la santé et la prévention adaptées aux migrants*
- *l'égalité des chances en termes d'accès aux soins*
- *la compréhension entre les professionnels de la santé et les patients allophones*
- *la formation de base et continue des professionnels de la santé en gestion de la diversité.*

En ce qui me concerne, dans mon travail au quotidien, je n'ai pas vraiment le sentiment de porter ou de bénéficier d'une politique allant dans le sens d'une promotion de la santé des personnes issues des migrations. Par contre ce qui est plus prégnant est la question sociale : pauvreté et précarité économique et/ou administrative interfèrent dans les processus de soins, et touchent clairement, plus spécifiquement les immigrants, les petits retraités ou les bénéficiaires de droits sociaux (mais c'est une autre histoire).

Chapitre II - Questionnements et méthodologie.

1. Inspirations et réflexions : du terrain au questionnements

La problématique du lien à la famille a émergé rapidement avec cette interrogation centrale : comment les liens familiaux, chez des personnes immigrées, participent-ils du processus de soin ? En premier lieu, je me suis appuyé sur les paroles de mes interlocutrices et l'observation de l'importance au quotidien que revêt ce sujet dans leur accompagnement soignant. C'est le terrain qui a guidé mon questionnement.

Le terrain ? Ou serait-il plus juste de parler plutôt de « territoire » ? En effet, je suis accueilli ! En posture de migrant, du moins métaphoriquement, comme le dirait JC Mettraux²⁴ ?

Puis un certain nombre de lectures ont agi comme des sources d'inspirations et de réflexions. Le « métissage » de ces sources a nourri ma façon d'aborder le travail concret sur le mémoire²⁵.

Elles ont été de trois sortes :

- Des récits de vie (articles et livres de témoignages de migrants ou de personnes ayant milité ou travaillé auprès d'eux) ;

- Des études sur les questions de transmission, de filiation, de l'exil, de l'accueil, du soin aux migrants etc. Ces lectures, plus universitaires, n'étaient pas toujours en lien direct avec ma problématique. J'ai finalement assez peu trouvé de documents consacrés explicitement à ma thématique. Cependant les questions du lien à la famille ont ressurgi directement ou indirectement à la lecture de certains ouvrages et articles, ou au cours de certains modules du DIU²⁶.

- Des études plus d'inspiration sociologique, anthropologique ou ethnopsychiatrique m'ont permis de vérifier que les questions autour du lien entretenu avec la famille peuvent constituer une problématique, entrant à la fois dans le processus migratoire et le vécu post migration.

- Des livres, plus consacrés à une étude critique de la praxis des soins auprès des populations migrantes, sont venus questionner le rapport asymétrique dans la relation de soins. En premier lieu, l'ouvrage de JC Mettraux, « *La migration comme métaphore* ». Il interroge nos approches et notre lien à l'autre « étranger » dans la rencontre thérapeutique de manière assez radicale. Comment questionner ma pratique d'une certaine façon, sortir des sentiers battus, comment construire aussi une forme de questionnement sur l'altérité que je rencontre ? Comment même cette « altérité » est une construction en soi, porteuse souvent d'une vision discriminante et catégorisante de l'autre

24 METTRAUX, Jean Claude, *La migration comme métaphore*, op.cit.

25 Je ne les citerai pas tous ici. Je citerai quelques unes de ces lectures plus loin. Sinon voir la bibliographie

26 Notamment les modules 5 « *Paroles et altérité* » et 6 « *Famille et migration* » avec l'approche par la clinique dite transculturelle, s'appuyant notamment sur les apports de l'anthropologie.

étranger, germe d'un rapport inégalitaire²⁷ ? « Comment, sans renier ma tradition de rationalité, faire en sorte que mes pratiques et les concepts qui en rendent compte ne fassent pas insulte à ceux qui ont d'autres racines, d'autres référents, d'autres objets »²⁸ écrit JC Mettraux. Une mise en abîme déstabilisante. La thématique du rapport à la famille et sa prise en compte dans les soins m'a semblé porteuse de ces questionnements, comme une sorte de porte d'entrée.

J'ai du abandonner assez vite une approche trop théorique (aussi sur les conseils aussi de mon directeur de mémoire !) et me recentrer sur ce que pouvait m'apporter mon « terrain », en le mettant en récit, selon une méthode plus inductive, plus inspiré d'une vision de type santé communautaire²⁹. Et puis je souhaitais fortement ne pas faire des personnes auxquelles je me réfère des objets de recherches désincarnées. En partant d'abord de leurs paroles, de leurs récits de vie et de leurs pratiques quotidiennes, j'avais le désir d'aller les voir avant tout comme des personnes en lien, agissantes, actrices de leur processus de vie et de santé, dans un groupe « d'appartenances » qui gagne à être connu. Et de le traduire au mieux dans ce mémoire.

2. Entretiens et questionnaires : du terrain à la recherche.

Plus concrètement, mais à partir des questionnements précédents, je me suis recentré sur ma pratique clinique. Avec bien sûr tous les apports dont j'ai pu bénéficier au cours du travail en pluridisciplinarité, associé aux autres acteurs de soins qui interviennent auprès des personnes. Également au cours de modules du DIU qui ont pu m'interpeller.

Toutes mes différentes visites auprès des deux personnes ont été source de multiples apports, à travers leurs récits, l'expression de leurs difficultés, la question de leurs liens à leur famille et proches. La longueur de ce suivi m'a permis, je crois, de construire avec elle une bonne confiance et une connaissance mutuelle, base essentielle et nécessaire de ma recherche.

Je leur ai clairement explicité ma problématique. Dans le but aussi que leur lien avec leur famille soit mieux pris en compte, améliore les soins qui leur sont dispensés, permettent de mieux les comprendre. Je leur ai demandé d'être en quelque sorte des personnes ressources.

Les différentes techniques d'entretiens infirmiers, autour du soins à domicile, principalement celle de la « relation d'aide centrée sur la personne³⁰ » (inspirée de C. Rogers) ont été une base à partir de laquelle j'ai commencé à recueillir les données présentées dans ce travail. J'ai dû ensuite passer à

27 Voir d'un rapport « colonial » Cf. FANON, Frantz. *Peau noire, masques blancs*. (Paris), Le Seuil, 2001 (réédit.) ou MEMMI, Albert. *Portrait du colonisé. Portrait du colonisateur*. (Paris), Gallimard Folio actuel, 1985, 162 p.

28 JC Mettraux, op.cit. p.89.

29 Cf. module5 du DIU, en particulier aux enseignements du 01/02/2018 : *Clinique communautaire et revitalisation des attachements* (G. Pegon) et *La force de témoignage des pratiques de récit en sciences sociales* (F.Ballière)

30 Je me réfère notamment aux articles de la revue *Santé Mentale* consacré à ce sujet. Voir Bibliographie.

une autre phase, celle d'interviews/entretiens plus ciblés sur ma problématique. A partir d'une grille plus construite, plus formelle.

Sur les conseils de Yannis Gansel, je suis allé faire des recherches sur « *l'Entretien de Formulation Culturelle* » (EFC) ou « *Cultural Formulation Interview* » dans le DSM-5. Le Centre de Ressources en Santé Mentale de Montréal, Québec, permet d'obtenir l'essentiel des informations concernant cette méthodologie³¹. Celle-ci est proposée « *aux fins de recherches et d'évaluations cliniques additionnelles. Ils (les modules de questions) sont conçus pour être utilisés dans les milieux cliniques et de la recherche comme outils pouvant améliorer la compréhension clinique et la prise de décisions et non comme seule base pour l'établissement d'un diagnostic clinique.*³² »

L'EFC est plus précisément défini ainsi³³ : « *L'entretien de formulation culturelle (EFC) consiste en un ensemble de seize questions que les cliniciens peuvent utiliser lors d'une évaluation de santé mentale afin d'obtenir de l'information sur l'incidence de la culture sur les principaux aspects de la présentation clinique d'une personne et de ses soins.* »

Dans l'EFC, par culture on entend :

a) *les valeurs, orientations, connaissances et pratiques que les individus retirent de leur appartenance à divers groupes sociaux (p.ex., communautés ethniques, groupes confessionnels, associations professionnelles et d'anciens combattants);*

b) *les aspects des antécédents d'une personne pouvant affecter sa vision des choses, tels que son origine géographique, son histoire de migration, sa langue, sa religion, son orientation sexuelle ou sa race/origine ethnique;*

c) *l'influence de la famille, des amis et des autres membres de la communauté (le réseau social de la personne) sur l'expérience qu'a la personne de sa maladie.*

L'EFC est axé sur l'expérience du patient et les contextes sociaux pertinents au problème clinique. L'EFC adopte une approche de l'évaluation culturelle centrée sur la personne en interrogeant le patient afin de recueillir ses opinions et celles des membres de son réseau social. Cette approche vise à éviter les stéréotypes, car les connaissances culturelles des individus influencent la façon dont ils interprètent l'expérience de la maladie et orientent leur recherche d'aide. Puisque l'EFC concerne les opinions du patient, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ces questions. »

L'EFC s'appuie sur un « questionnaire de base » de 16 questions et « quatre domaines d'évaluation », axés autour du « problème » de la personne : « *Définition culturelle du problème ;*

31 Cf. <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/fr/clinical-tools/cultural-formulation/> Cf également Le guide de formulation culturelle réalisé par les HUG: https://www.hugge.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/Formulation-culturelle.pdf

32 Version « informateurs de l'EFC (quasi identique à la version « patient », cf. note 30), dont je cite le préambule ici.

33 Recommandation pour la mise en œuvre de l'EFC et les 16 questions du formulaire de base (version « patients »).

Perceptions culturelles de la cause, du contexte et du soutien ; Facteurs culturels influençant l'auto-adaptation et les antécédents de recherche d'aide ; Facteurs culturels ayant une incidence sur la recherche d'aide actuelle. ». Douze modules complémentaires permettent d'approfondir chaque domaine de l'EFC, pour une exploration plus détaillée³⁴.

Ces questionnaires m'ont servi de base, d'inspiration et de guide pour les interviews que j'ai menées. L'aspect « partir de *l'expérience du patient* » m'intéressait particulièrement. Je tiens à préciser que je n'ai pas souhaité faire du questionnaire de l'EFC une utilisation ni une description ou une critique exhaustive. Ce n'est clairement pas la finalité de mon travail. J'ai ajusté cet outil à ma problématique en utilisant les items et questions qui me paraissaient les plus pertinents pour ma recherche et en éliminant ceux qui ne me le semblaient pas. Au cours des interviews, je n'ai donc pas suivi stricto sensu le questionnaire. J'ai aussi formulé mes propres questions.

L'EFC m'a donc été utile au départ pour donner un cadre et une cohérence à mes interviews, me servant comme une sorte de « guide line », non figé. J'ai dans un premier temps fait le choix de constituer une liste ou patchwork de questions, tirées du questionnaire de base et de certains modules³⁵, en y ajoutant au cours des interviews des questions complémentaires, plus ouvertes, parfois improvisées, visant à mieux comprendre le parcours des personnes, la nature et la fonction de leurs liens à leur famille.

J'ai défini 3 grands axes pour mes interviews, qui ont été réalisées au cours de deux rencontres d'environ une heure chacune, en dehors de mes heures de travail³⁶ :

1-Biographie, identités personnelles et culturelles, histoire de la migration, migration et famille.

2-Proches familiaux : qui est important ? Qui êtes vous pour eux ? Quelle rôle jouez-vous auprès d'eux ? Quel rôle jouent-ils pour vous ?

3-Votre maladie : histoire, perception, rencontre du monde de la psychiatrie, place et rôle de la famille face à la maladie, facteurs protecteurs et ressources, discriminations vécues ou non.

Pour revenir à l'EFC, d'une manière générale et sans trop rentrer dans les détails, ce qui m'a gêné en premier lieu est parfois l'aspect trop « culturaliste » du questionnaire (« *l'incidence de la culture* », menant à une sorte de « médicalisation » de la culture). Cela m'a fait penser à cette citation de D.Cuche : « *La culture d'origine n'explique rien en elle même. Ce qui peut être pris en compte, c'est*

34 Le site internet du Centre de Ressources Multiculturelles en Santé Mentale référence également d'autres types d'entretiens axé autour de la prise en compte de la culture, antérieures ou enrichissant l'EFC. En anglais.

35 Voir annexe. En plus de certaines questions du questionnaire de base, j'ai utilisé principalement des questions (pas toutes) des modules complémentaires 3 « *réseau social* » et 6 « *identité culturelle* ». Ainsi que, dans une moindre mesure, le module 4 « *facteurs de stress psychosociaux* ».

36 Prise de notes lors de la première rencontre axée sur la biographie ; enregistrement lors de la 2ème rencontre. S'y ajoutent les données recueillies au long de mes entretiens hebdomadaires.

*le rapport que les immigrés entretiennent à cette culture »*³⁷. Ce qui m'a aussi interpellé est le fait que l'EFC n'envisage la personne qu'à un moment T. Je souhaitais introduire dans mon questionnaire plus de perspective et de dynamique historiques, tant dans l'histoire personnelle et du liens aux proches, que dans l'entrée et le rapport à la maladie.

Enfin, l'EFC voit les patients un peu trop « passifs » à mon goût, un peu sous l'angle du « déficit » évoqué par JC Mettraux. L'aspect rôle actif dans leur vie, et notamment rôle moteur dans leurs liens à leur famille et en quoi ce rôle peut être un facteur déterminant dans le processus de soins, n'est pas ou peu évoqué. J'y reviendrai.

Ce qui nous amène en cours de route à interroger aussi « notre culture » et son impact sur la personne et sa maladie - et pas seulement la culture de la personne.

Passons à présent à une présentation des personnes que j'ai rencontré et surtout à ce qu'elles ont à nous dire. J'ai choisi de retranscrire un grand nombre de passages de mes entretiens ; d'où une certaine longueur de ce mémoire !

37 Cf. module 6 du DIU 2017/2018, cité dans la présentation de Y. Gansel : « *la famille à l'épreuve de la migration* »

Chapitre III : Deux femmes et leur famille.

1. Esquisse biographique de deux femmes immigrées en Suisse.

a) Madame A.

Mme A est née en 1971³⁸, en Côte d'Ivoire, à M'Bahiakro, ville d'environ 50.000 habitants, située au centre du pays, à l'est de Bouaké et dont est issue toute sa famille. Madame A. est l'avant dernière d'une fratrie de dix enfants, dont quatre sont encore en vie. Ses parents, décédés à ce jour, étaient cultivateurs (sa mère a aussi tenu un petit commerce). Elle a grandi à M'Bahiakro où elle a pu étudier jusqu'au brevet, grâce à l'aide de ses mère et grand mère, allant notamment à l'école catholique, religion de sa grand mère. Bien que devenue Suisse par la suite et ayant aussi longuement résidé au Mali, Madame A. se dit avant tout Ivoirienne et Baoulé, en référence à la fois à sa langue maternelle et à la population présente dans le centre, le centre-est et la moitié sud de la Côte d'Ivoire. Madame A. parle aussi parfaitement le français et un peu le Bambara³⁹. Les enfants de Madame A. connaissent quelques mots et expressions Baoulé, mais ne le parlent pas.

Après ses études Madame A. est partie travailler à Abidjan, la capitale de la Côte d'Ivoire. Elle a exercé notamment le métier de serveuse dans un restaurant français. C'est là qu'elle rencontre son futur mari. Celui-ci est Suisse et enseigne au Mali. Venu avec une cousine de Madame A., il fait sa connaissance au restaurant où elle travaille. Leur histoire commune a débuté ainsi.

Madame A. a 25 ans quand le couple se marie au Mali où elle a rejoint son époux. Ils vont y rester environ dix années. Mme va régulièrement continuer à se rendre en Côte d'Ivoire pour s'occuper de sa famille. Le mari de Madame A. va l'aider à financer une formation CAP d'esthéticienne. Deux enfants vont naître au Mali (ils ont aujourd'hui respectivement 18 et 15 ans). Madame A. va aussi faire venir sa grande sœur au Mali, quand éclate, en 2002, la guerre civile en Côte d'Ivoire.

La famille va s'installer en Suisse en 2005. Madame A. le justifie par le besoin de scolariser les enfants dans de meilleures écoles (l'aîné a alors 5 ans). Elle opte alors pour la nationalité suisse après quelques années de présence légale (permis pour étranger). Elle ne peut pas renouveler son passeport ivoirien car les procédures administratives sont, m'a t-elle dit, encore bien plus compliquées que pour obtenir la nationalité suisse. Ce qui, en 2017, l'oblige à demander un visa pour un séjour en Côte d'Ivoire où elle n'est pas retournée depuis son arrivée en Suisse.

L'installation à Lausanne est une dure épreuve pour Madame A. Elle évoque surtout la différence dans les relations au quotidien entre les personnes, la chaleur des contacts qui lui manquent, les sourires, les échanges de paroles.

38 Interview du 12/03/2018 (prise de notes), complété par des informations issues de mes visites hebdomadaires

39 Le Bambara est une des principales langues nationales du Mali.

Elle travaille comme employée de ménage dans différents hôtels de Lausanne au début de son séjour en Suisse. Puis, suite à la maladie psychiatrique, elle a commencé à percevoir une rente AI (Assurance Invalidité⁴⁰). Actuellement, elle travaille un à deux jours par semaine à la cafétéria de l'unité de Réhabilitation (atelier de l'ergothérapie) sur le site de l'Hôpital psychiatrique (CHUV⁴¹).

Le couple a divorcé il y a cinq ans. Le mari est bien présent pour l'éducation des enfants, il verse aussi une pension, sachant que les deux enfants vivent chez leur mère. Madame A. s'entend bien avec lui, mettant en avant que c'est avant tout le père de ses enfants.

b) Madame B.

Madame B. est née en 1953⁴², dans un pays qui s'appelait alors le Congo Belge (jusqu'en 1960), puis qui deviendra la République du Congo (1960-1971), le Zaïre (1971-1997) et enfin la République Démocratique du Congo (RDC) en 1997, capitale Kinshasa. Plus précisément, elle est née au nord du pays, à Buta, province du Bas-Uélé⁴³.

Elle est de langue maternelle Kibua. Elle parle également le Lingala et le Swahili. Elle pratique ses deux dernières langues avec des membres de l'immigration congolaise. Madame B. parle très bien le français et un peu le suisse allemand.⁴⁴

Sa famille est congolaise, Madame B. dit « zaïroise ». Ses parents travaillaient à la Caisse d'Épargne. En tout la fratrie compte 14 enfants, issus des deux mariages de sa mère. A ce jour, 7 sont encore vivants. Madame B. est l'avant dernière.

Son histoire personnelle est marquée par la guerre civile dès sa prime enfance. Madame B. dit avoir vu de « *vilaines choses* ». Elle a le souvenir que maintes fois elle a dû fuir chez des proches. C'est d'ailleurs lors d'un séjour chez sa tante paternelle, dans la région de Buta, alors qu'elle avait entre 11 et 12 ans, que les parents de Madame B. sont assassinés. Ils n'étaient pas impliqués dans la politique congolaise et, selon Madame B., ils ont été dénoncés par un homme du voisinage.

Madame B. a ensuite trouvé refuge chez sa grande sœur à Kisangani. Elle a vécu chez différents membres de sa famille, principalement chez une tante maternelle ou un oncle maternel (Louis). Son frère ainsi que deux autres oncles maternels seront également victimes de la guerre. Son parcours scolaire a été chaotique, à cause du conflit, des déménagements et par manque d'argent.

A 16 ans elle rencontre son futur mari. Il est diplomate suisse, de 11 ans son aîné. Ils vivent ensemble au Zaïre pendant 4 ans, sans se marier. Son compagnon lui finance un complément de

40 Plus ou moins l'équivalent de l'AAH. C'est une « assurance » dont la cotisation est perçue sur les salaires.

41 Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).

42 Interview du 19/02/2018 (prises de notes) et données issues des rencontres hebdomadaires avec Madame B.

43 Buta est le chef-lieu de la province du Bas-Uele à 324 km de Kisangani. Environ 50.000 habitants

44 Je n'ai pu retrouver aucune donnée précise sur le « Kibua ». Il y a plus de 200 langues et dialectes en RDC. La région du Bas-Uélé est particulièrement riche en langues locales. Cf. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Bas-Uele#Langues>. Le Lingala et le Swahili ont le statut de langues officielles en RDC.

formation scolaire, notamment pour qu'elle apprenne mieux le français.

En 1973, Madame B. arrive en Suisse, à Bâle. Selon elle, sa famille congolaise a été plutôt contente de la voir partir. Elle s'assurait ainsi un avenir plus stable. Elle vit ensuite dans différents pays d'Europe, Suède et Pologne entre autres, suivant ainsi le parcours diplomatique de son compagnon. En 1977, le couple se marie à Bâle et Madame B. acquiert la nationalité suisse. Elle n'a pas pu garder sa nationalité congolaise, un choix qui, m'a t-elle dit, l'a beaucoup fait réfléchir. Elle a finalement choisi la sécurité pour son avenir en y renonçant.

En 1985, après être revenu en Suisse quelques années auparavant (1982), le couple se sépare (divorce prononcé en 1987). Madame B. met en cause le rôle de sa belle mère, qui ne l'a jamais acceptée, en raison de ses origines. Elle dit qu'elle a préféré « *avoir la paix* » et partir. Elle va vivre alors à Berne, puis Genève jusqu'en 1992 et enfin Lausanne. Elle y exerce le métier de lingère (notamment pour l'UEFA).

En 1994, Madame B. se remarie avec celui qu'elle nomme le « *voyou* », un compatriote congolais. Cela se passe mal assez rapidement. A tel point que Madame B. va devoir faire un séjour de quelques mois en prison à la fin des années 1990, suite à des menaces et blessures. Et par la même occasion, elle fait connaissance avec la psychiatrie. Le divorce sera prononcé en 2001.

A la question de comment elle se définirait à ce jour, Madame B. répond qu'elle ne se sent pas forcément liée à une identité. Elle a grandi au Zaïre. Elle a beaucoup voyagé avec son ex-mari. Elle est toute à la fois Suisse, Congolaise, Européenne. Elle me dit même, avec l'humour et l'espièglerie qui la caractérise, qu'elle a « *blanchie* » depuis le temps qu'elle est là. Madame B. dit qu'elle ne se définit pas par rapport aux autres humains : « *on ne choisit pas ses origines* ». Elle a toujours eu besoin de « *lever la tête* », de « *voir ailleurs* ». Et cela depuis toute petite. Elle ne s'est jamais fermée dans une identité, un rôle. Elle ne revendique aucune particularité ethnique. « *J'aime la Suisse comme j'aime mon pays d'origine, je vois aucune différence* ». Ce qui la décrit encore le mieux c'est son « *indépendance* », le désir de ne « *pas être commandée* ».

Madame B. fait partie de l'église Kimbanguiste⁴⁵. Elle est très fortement liée à ses croyances religieuses. Elle pratique seule ou régulièrement avec son groupe de prières. Ce qui constitue pour elle une ressource personnelle importante.

A ce jour et suite à ses problèmes psychiatriques, elle ne travaille plus et reçoit une rente AI. Elle vit seule dans son appartement mais elle accueille souvent des connaissances de passage.

45 L'Église kimbanguiste est une Eglise indépendante africaine chrétienne de type prophétique. Fondée en 1921 par Simon Kimbangu, au Congo Belge, elle est actuellement présente en RDC et dans la population congolaise émigrée. cf. https://fr.wikipedia.org/wiki/Église_kimbanguiste

2 – Liens familiaux et évolution du rôle depuis l'émigration.

Au cours de mes passages réguliers chez Madame A. et Madame B., il m'est apparu que ce qui se joue entre les deux femmes et leur famille lointaine est souvent peu visible. Je l'ai entrevu en lien avec l'évolution de leur psychopathologie, la découverte de leur personnalité et de leur monde, dans une dynamique instaurée par les visites hebdomadaires. Puis au cours des interviews, je suis allé creuser la nature de ces liens et leur évolution depuis leur arrivée en Suisse.

a) L'environnement familial.

Je vais évoquer ici les personnes significatives pour les deux femmes, en insistant sur les proches qu'elles ont choisi d'aider en priorité, avec lesquels les échanges et les engagements sont les plus importants, leurs « référents au pays » comme nous le verrons plus loin.

Madame A. est toujours restée très en lien avec sa famille au pays, que ce soit quand elle vivait au Mali ou depuis son installation en Suisse. Elle n'a personne d'autre issue de sa famille en Europe. La famille est un pilier essentiel dans la vie de Madame A. En premier lieu, il y a ses enfants. Puis ses proches au pays, surtout deux personnes : sa sœur, âgée d'un cinquantaine d'années et ses enfants (Madame A évoque souvent son neveu qui a une vingtaine d'année) ; et son frère (45 ans) et ses trois enfants. Elle a aussi une sœur qui vit à Abidjan, avec laquelle elle me dit ne pas avoir beaucoup de contact. Les 6 autres membres de la fratrie sont décédés.

Concernant Madame B., la composition des personnes de sa famille proche est plus complexe (en tout cas pour moi !). Madame B. n'a pas eu d'enfants. Mais elle considère qu'elle a deux filles, des filles de « cœur »⁴⁶, originaires de RDC. Elle a « adopté » la première, fille de sa nièce qui vivait en France, avec son premier mari. Ils ont vécu un temps avec elle. Puis elle a « adopté » la deuxième, qui vivait à Neuchâtel, avec son second mari, le jour de leur mariage (« *En fait c'est elle qui m'a adoptée* »). Elle a avec elles des contacts réguliers. Madame B m'a aussi parlé de cousins et cousines (et leurs enfants) qui habitent la région parisienne ou dans le sud de la France (« *En Europe on n'est pas tous ensemble* »). Leurs liens consistent surtout en des contacts téléphoniques. Au pays, ce sont surtout deux personnes, deux cousins (mais nous verrons que c'est bien plus complexe que cela) avec lesquelles les échanges sont réguliers: Monique et surtout Jean (et leur famille), ainsi qu'une troisième, indirectement, son petit frère décédé et ses enfants.

46 l'expression est de moi, j'en parle ainsi avec l'accord de Madame B.

b) Au Nom de la Sœur, du Papa et de la Maman.

Madame A me dit que depuis son arrivée en Suisse, elle est d'une certaine façon devenue, je la cite, « l'aînée de la famille ». Au cours d'une interview⁴⁷, elle me confiait ceci :

- Quelle genre de relations avez vous avec votre frère et votre sœur ?
- *On se parle souvent au téléphone, cela marche bien en Afrique, toutes les deux semaines.*
- Comment ils vous voient ?
- *Je suis le papa et la maman en même temps, mon frère m'a dit cela. (...) C'est une façon de parler en Baoulé, pour parler de la personne sur laquelle on compte. Financièrement surtout. On se parle aussi quand ils ont un problème et moi aussi, on discute, comme en Afrique. Par exemple, l'autre fois, le bébé de mon frère était malade, mon frère m'a appelé pour me dire qu'il ne peut pas économiser car il est tout le temps malade, et j'ai compris qu'il avait envie d'un soutien, des conseils, affectifs. C'est mon rôle de grande sœur. (...) Elle est moins collée que mon frère car elle est plus âgée. On se parle souvent, je la soutient aussi comme le frère.*

Dans son rôle « d'aînée », Madame A. est une sorte de consultante sur différents sujets, tels que la santé et l'avenir des enfants. Il y a une forme de soutien dans les moments difficiles, les choix à faire, une prise de décision, souvent en lien avec l'aspect financier dont je vais parler plus loin.

Madame A m'a aussi parlé de son voyage d'un mois au Mali et Côte d'Ivoire en novembre 2017. Il lui a permis de ressouder les liens :

- *Oui ... j'ai pu voir ma sœur longtemps, ses enfants ont grandi, mon neveu va avoir 25 ans, sa dernière a 16 ans. Mon frère aussi, ses enfants je ne les connaissais pas, maintenant je les connais, deux filles et un garçon. Et puis les cousins, la cour était plein de monde, des jeunes surtout car les vieux sont décédés. Le seul vieux qui reste c'est mon oncle, le frère de ma mère décédée. Des jeunes surtout ...*

Madame B., dont la famille est en RDC, parle aussi de cette place de « Sœur, Papa, Maman »⁴⁸ :

- *Au Congo, j'ai ma Sœur Monique ...*
- Sœur ?
- *Oui, qui habite à Kinshasa ... J'ai Papa Jean qui habite à Kisangani.*
- Papa Jean ?
- *Oui, moi je l'appelle comme ça, parce que dans notre famille, on s'appelle Maman, Papa, on ne dit pas grand frère ou petite sœur, comme cela, on ne se tutoie pas des prénoms.*
- Papa Jean était le frère de votre maman ?

47 Deuxième interview du 16/04/18. En caractère normal mes questions ; *en italique les réponses de Madame A.*

48 Interview du 16/04/2018 (la deuxième)

- *Non, non, lui c'est le fils de la petite sœur de ma maman ... Et puis Monique c'est aussi la fille de la sœur de ma maman, la petite sœur de ma maman. Nous on ne jette pas la famille, tout le monde ils sont ensemble.*
- *Vous l'appellez votre sœur ? J'essaye de comprendre, je n'ai pas les mêmes repères !*
- *Oui, je ne peux pas l'appeler autrement, autrement elle va me bouder (rires) ... Je pourrais dire aussi ma cousine, et puis Jean je peux dire aussi mon cousin, mais nous dans notre famille on a notre façon de s'appeler (...) Nous, papa, maman, grand père, grand mère, tous ces gens là, ils comptent, grand frère, grande sœur, ils comptent, les tantes elles comptent, on met personne à côté... peut être aujourd'hui, ça se fait de mettre de côté, les tantes à côté, les oncles à côté, mais dans ma famille, ce n'est pas comme cela, tout le monde ils sont humains ... On est comme des sardines, on va ensemble, on tourne ensemble, on va comme cela ensemble, on monte ensemble. (...) Eux c'est un peu mes oreilles et puis moi je suis leurs oreilles aussi.*
- *Eux sont vos oreilles du pays... et vous, vous êtes qui pour eux eux ?*
- *Pour eux ? Je suis une grande sœur, je suis maman, je suis tout ... Je suis tout ! (...) C'est naturel, parce que je remplace un peu maman (...) Oui, je remplace maman, je remplace grand mère, je remplace tante. (...) Tous mes grandes sœurs, mes grands frères, ils sont tous vieux, vraiment vieux.(...) Moi je suis jeune, parce que moi j'étais l'avant dernière de la famille de papa et maman.*

Madame B. raconte qu'après le décès de son petit frère début 2015 (le dernier dans la fratrie), elle a en quelque sorte pris sa place, avec l'aide de Monique et Jean, chez qui les enfants du petit frère sont allés habiter. Elle ajoute que si « *grand mère, grand père, papa, maman, ils étaient encore là, je pense que je ne ferais pas ça...* ». Elle aiderait mais cela ne serait pas pareil.

J'ai renvoyé à Madame B qu'elle était un peu comme une cheffe de famille (« *Ben oui, je suis cheffe* »), car elle pose une forme de cadre aux enfants de son petit frère concernant son rôle à elle auprès d'eux. Ils doivent d'abord bien étudier, obéir et rester chez Papa Jean.

Et si elle retournait maintenant en RDC :

- *Moi maintenant si je veux aller là bas, tout le monde va venir vers moi pour déposer plainte.*

Et là elle m'explique longuement qu'elle va aussi devoir gérer les conflits intra familiaux, tant des adultes que des enfants. Entre autres les questions d'adultères :

- *Moi je dis je connais le caractère des hommes, quand ils ont trouvé une autre femme dehors, ils sont tellement amoureux dans leur tête, leur petite tête, ils pensent que celle qui est à la maison, c'est à cause d'elle que leur copine ne peut pas arriver à la maison. Moi je dis je vais arranger cela, je vais parler avec vos maris, calmez vous et rentrez à la maison.*

Et elle me relate alors qu'il faut trouver un arrangement qui protège d'abord la sécurité de l'épouse et

des enfants, par l'engagement du mari à continuer à leur permettre d'avoir un toit et à subvenir à leurs besoins.

- *Moi quand il s'agit de la famille je suis toujours révolutionnaire, quand cela ne marche pas je me mets au milieu (...). Faut être forte ! (...) Tu joues le giratoire⁴⁹, faut être forte !*

- Et le fait d'être en Suisse maintenant, ça rend les choses plus difficiles ?

- *J'aime la Suisse comme j'aime mon pays d'origine, je vois aucune différence.*

- Je répète la question :

- *Non pas du tout, c'est comme si j'étais avec eux.*

Papa, Maman, Sœur, cela évoque forcément une famille. Elle est d'une certaine façon « recomposée », selon des « normes » qui ont un sens pour les deux femmes.

Si je fais référence à l'anthropologie, il n'y a pas vraiment de définition universelle de la famille, institution pourtant présente, sous diverses formes, dans tous les groupes humains⁵⁰. Lors du module 6 du DIU, nous avons abordé le fait que la famille n'est pas une entité en soi mais bien un produit de la culture. Ce qui est pertinent c'est de voir comment les gens la pratiquent⁵¹. Si je vais voir du côté de la définition de la parenté, je trouve ceci : « *La parenté représente avant tout une réalité culturelle, répondant à des déterminations propres. On comprend alors que les relations de parenté puissent être abordées selon des angles divers : affectif, normatif, symbolique, stratégique etc.* ⁵²».

En tout cas, dans le cas présent, on retrouve « *la présence de liens d'affinités unissant entre eux des groupes ou catégories de parents* ⁵³».

Nous retrouvons aussi une dimension matrilineaire, il me semble, déjà dans le parcours des deux femmes quand elles étaient plus jeunes (grand mère de Madame A : oncle, tantes maternelles pour Madame B). Toutes deux me parlent de l'importance des enfants, de l'envie de leur garantir protection et avenir. J'ai aussi retrouvé la notion (plutôt la *catégorie*) de « *pseudo parenté* » qui désigne « *des relations sociales qui s'expriment en termes de parenté (...) sans pour autant résulter de liens de parenté effectivement reconnus (par la consanguinité ou le mariage)* ⁵⁴. Dans notre cas, le langage et ses règles de signification/assignation recréent en quelque sorte la relation de parenté perdue « *Papa, Maman* ». Avec pour corollaire les « *rôles nourriciers* », ou les « *droits et devoirs conjoints sur les enfants dans la parentèle* (Goody, 1969) »⁵⁵. Il me manque de la place pour creuser cette question fort complexe. Nous pourrions pour le moins considérer que Madame A. et Madame

49 En Suisse romande, un rond point se dit un giratoire.

50 BONTE, Pierre, IZARD, Michel (sous la direction de). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. 4^e édition, (Paris), PUF, 2010, p. 273-275 (article sur famille) et p. 548-558 (article sur la parenté).

51 Module 6 du DIU: Dominique BELKIS, « *Anthropologie des liens de parenté et famille migrante* »

52 BONTE, Pierre, IZARD, Michel. *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, op.cit.,p. 549.

53 Ibid., p. 549.

54 Ibid., p. 550.

55 Ibid., p. 551.

B. jouent un rôle de ciment d'une maisonnée qui a vu ses bases modifiées et assurent une place (*père, mère, sœur, frère*) laissée vide, comme une restauration d'un équilibre, avec une double dimension de solidarité, économique et affective.

Pour Madame A., la migration représente un facteur important dans son changement de rôle ou place. Moins pour Madame B., pour laquelle la continuité familiale qu'elle assure, relève plus de sa place à un moment donnée de sa vie et dans l'histoire de sa famille.

Elles assurent à leur façon une continuité au delà des mers, une continuité de l'échange, base de la parenté humaine, dans un transport avec elles de leurs attaches, de leurs liens⁵⁶. En lien avec certains engagements concrets que je vais aborder. En premier lieu, un soutien financier.

c) Du rôle nourricier au rôle financier.

Selon une information de la RTS⁵⁷ : « *L'équivalent de 430 milliards de francs (suisses) ont été envoyés en 2016 aux familles de migrants dans les pays en développement, selon une estimation faite par l'agence onusienne Fonds international de développement agricole (FIDA). (...) Plus de 200 millions de travailleurs migrants, dont la moitié sont des femmes, participent à cette économie grise et soutiennent ainsi 800 millions de membres de leur famille. En d'autres termes, une personne dans un pays en soutient quatre dans un autre pays.* » Concrètement un des rôles majeurs des deux femmes est une aide pécuniaire. Avec trois priorités : l'alimentation, la santé l'éducation.

Comme déjà évoqué ci-dessus par Madame A., ses proches aux pays comptent sur son aide financière : sa sœur ponctuellement, notamment pour venir en aide à son fils qui a du mal à trouver un emploi stable. Et surtout son frère plus jeune, à qui elle envoie régulièrement des mandats pour les achats de riz et d'igname ou pour que des soins soient prodigués à sa fille⁵⁸. Il a aussi un projet de maison et souhaiterait une contribution de Madame A. Les envois d'argent auprès de sa sœur et de son frère sont sa priorité, après les besoins de ses propres enfants. Elle organise son budget en fonction de cet impératif (alors qu'elle a un revenu minimum en Suisse et que cela peut la mettre dans une situation financière parfois délicate). Son d'indemnité de la cafétéria de l'ergothérapie y contribue. Sa famille « *compte* » sur elle, financièrement :

- *C'est comme cela (...) Quand au pays quelqu'un gagne bien, c'est pareil, il doit s'occuper des autres* ». (...)
- Comment ils vous perçoivent, vous, la « Suisse » ?

56 Idées notées lors du module 6, D. BELKIS, op.cit.

57 <https://www.rts.ch/info/economie/8706139-les-migrants-ont-envoye-430-milliards-de-francs-a-leur-famille-restee-au-pays.html>

58 En juillet 2018, elle a payé les frais de scanner pour sa nièce atteinte d'une affection respiratoire (400 CHF).

- *J'ai réussi par rapport à eux, je suis en Europe donc j'ai beaucoup de l'argent (rires). Le fait d'être en Europe, ça veut dire avoir de l'argent, Vous voyez ce que cela signifie, ça pèse. Tu leur expliques, ils ne comprennent pas. Pour eux l'Europe, c'est ... Avant il y en a beaucoup qui ont réussi, ils ont construit des maisons, qui ramenaient de l'argent régulièrement... avant.*

Et semble t-il, c'était déjà comme cela quand elle était au Mali, avec son mari :

- *Oui, il sait que c'est comme cela, il a bien compris, oui (rires) !*

Lors de son voyage en Côte d'Ivoire elle me confie avoir été sollicitée parmi les nombreux jeunes rencontrés:

- *Il y en a qui vont encore à l'école, d'autres qui cherchent du travail, il n'y en a pas. D'ailleurs, il y en a un qui m'embête tout le temps, il m'envoie des messages pour que je leur donne de l'argent (rires). Je refuse. J'ai mon frère, ma sœur, ils me coûtent cher, j'ai pas d'argent à lui donner.*

Pour Madame B., l'envoi d'argent en RDC est aussi très régulier. Ce n'est pas lié, à son statut de « Suisse » et elle n'a pas de pression de la part de sa famille à ce sujet insiste t-elle :

- En Suisse, ils se disent peut être que vous gagnez beaucoup d'argent ?

- *Non, non. (...) Seulement j'envoie l'argent vers Papa Jean, pour les enfants du petit frère qui est mort, il a laissé 6 enfants, alors ces enfants, c'est Papa Jean, j'envoie quelque chose à lui, comme ça il s'occupe des enfants, ils ont le goûter pour l'école, des abonnements pour le bus (...) Il n'ont jamais réclamé quelque chose... pourquoi elle envoie seulement aux enfants et puis nous, elle n'envoie rien ... Ils n'ont jamais rien demandé ... cela ne crée pas de jalousie ou bien des trucs comme cela, ils comprennent tout à fait (...)*

- Et ils en pensent quoi que vous soyez en Suisse ?

- *Ça ne les dérange pas ! Tante si tu penses que tu y est bien, restes-y ! Tu viens quand ? Je viens quand j'aurai l'argent du ticket. Et si je viens, je viens pas les mains vides, avoir quelque chose dans ma poche, parce que ce n'est pas facile de gagner sa vie ici, maintenant moi je ne travaille plus, je suis aidé par l'assurance (...) Chez nous, on a pas d'assurance. (...) Ils savent que les banques suisses, ce ne sont pas les miens ... Oui ... Je suis aussi limité, si j'envoie 40 dollars, cela sera 40 dollars, et pas un franc de plus (sic).*

- Personne ne se plaint ?

- *Parce que ça je dis d'avance, je vais vous envoyer 40 dollars, mais c'est pour aller avec la fin du mois.*

Et Madame B. précise bien que cet argent est d'abord pour les études des enfants, pour ne pas qu'ils se retrouvent à la rue. Elle n'a pas eu la chance d'étudier à cause de la guerre. C'est important pour elle que les enfants puissent avoir cette opportunité. Pour que la famille reste ensemble aussi, dans

une collaboration entre Papa Jean et elle, qui assure un revenu financier supplémentaire. Et pas de contestation !

- Je vous envoie quelque chose par mois, mais je veux pas que vous commenciez à faire la comédie et puis je veux pas que vous commenciez à vous battre pour l'argent, tantine à envoyé, moi je veux ça, moi je veux comme ça. S'il s'agit des habits, moi j'envoie l'argent à Jean, il va vous acheter des habits et des chaussures. Là on s'entend ! Si vous faites autre chose, moi je coupe le pont .

Elle m'a relaté lors d'une autre entrevue que ce n'est pas si simple, notamment du côté de la femme de Papa Jean. Et les jeunes font parfois des choix qui irritent beaucoup Madame B. Notamment quand ils ne veulent pas continuer leurs études, tout en recevant encore l'argent de Maman B. Elle précise aussi qu'elle ne sait pas comment c'est chez les autres congolais, en tout cas, sa famille et elle font comme cela.

Les deux femmes m'ont aussi parlé des demandes de leur proches pour les accueillir en Suisse. Et, comme nous allons le voir, elles jouent plutôt un rôle de frein. Elles évoquent la difficulté pour trouver un travail et la dangerosité du voyage notamment. Madame A :

- Maintenant, l'Europe c'est plus comme avant, ils ne s'en sont pas rendus compte, ils ne sont pas informés, c'est terrible avec les migrants. J'ai regardé la RTS l'autre jour, comment ils arrivent à traverser la mer. Mon frère m'a dit je veux venir avec toi en Europe. J'ai dit non, tu n'as pas de diplôme, tu n'auras pas de travail ici, il n'y a plus de travail ici. Bon il a compris, il ne m'embête plus avec ça (...) Mon neveu veut venir, il n'arrête pas de demander, je lui dit d'attendre, je vais voir ce que je peux faire, c'est difficile.

- Votre neveu comment il imagine l'Europe ?

- Pour lui c'est réussir sa vie, une source de revenus. Ma sœur est d'accord pour le laisser partir.

- Cela vous met dans une situation difficile, vous ne pouvez pas répondre ?

- Mon frère a compris, il n'en parle plus. Je leur dit de faire attention depuis le film que j'ai vu, de ne pas tenter des choses comme cela, on les laisse dans le désert, les policiers les traquent, ils sont abandonnés dans le désert ...

Madame A, explique même qu'elle est allée en novembre 2017 au Mali et en Côte d'Ivoire, non seulement pour voir sa famille, mais aussi en « éclairceuse » pour sa propre famille en Suisse. Et parce que son ex mari voulait y retourner :

- C'est moi qui le décourage un peu parce qu'il veut aller au Mali (où il a vécu) et moi je lui ai dit de ne pas mettre ses pieds là bas, surtout qu'il veut y aller avec mon fils aîné. Lui il pense qu'il va aller au chaud, il est tout content, mais ... (...) ils devaient y aller en novembre à ma place,

mais moi j'ai dit je vais y aller pour voir comment cela se passe. Et quand je suis revenu je lui ai dit non..

Concernant Madame B, et son rôle de substitut parental:

- Vous avez pris ce rôle (celui de son frère décédé) ?
- *Oui, c'est pour ça que je les ai poussés à faire des études, chacun voudrait venir ici. Je leur dis, écoutez faites vos études là bas. Ici il y a des hauts et des bas, faut pas croire que c'est facile en Europe. Je leur ai dit : faites vos études, que vous ayez vos diplômes, que vous gagnez votre vie, parce que moi je ne serai pas toujours là. Si vous venez ici, moi je veux bien que vous veniez, mais après si moi je ne suis plus là, vous allez faire quoi ? Vous allez faire le trottoir ... moi je leur parle comme cela, d'abord les études avant de voyager.*
- Ils vous ont demandé ?
- *Moi j'ai dit non, je ne suis pas d'accord, vous restez avec votre papa (Jean), vous êtes avec les enfants de Papa Jean, vous restez tous ensemble avec Papa Jean, pour moi il n'y a pas de problème.*

Soutenir la famille au pays, en tout cas pour ces deux femmes, c'est aussi lui permettre de rester vivre au pays en quelque sorte, malgré les grandes difficultés du quotidien et d'éviter une migration pour le moins aléatoire, sans garantie de belle vie.

Si l'aspect concret, financier est loin d'être négligeable, l'échange comporte une valeur bien plus complexe. Dans un article consacré aux tontines, Jeanne SEMIN explique⁵⁹ :

« Des chercheurs tels que Marcel Mauss, Marshall Sahlins ou encore Pierre Bourdieu, ont démontré que tout échange économique comporte un coefficient de sociabilité, et que l'appréhender en termes exclusivement matériels reviendrait à méconnaître la raison d'être de l'échange. Dans notre civilisation caractérisée communément par le règne de l'argent, les remises des migrants africains sont régies par ces valeurs sociales et affectives de l'échange.

(...) Viviana Zelizer définit ces transactions intimes comme autant de « circuits qui incorporent chacun une certaine structure institutionnelle, des manières de s'entendre et des pratiques communes, des relations interpersonnelles qui les distinguent des autres circuits » (2001 : 143). »

Pour les deux femmes, leur implication a d'une certaine façon une valeur plus « morale » ou symbolique, qu'elle résume peut être en disant : *« Je ne peux pas faire autrement ».*

⁵⁹ SEMIN, Jeanne. « L'argent, la famille, les amies : ethnographie contemporaine des tontines africaines en contexte migratoire », *Civilisations*, n°56, 2007. Mis en ligne le 01/12/2010. <https://journals.openedition.org/civilisations/636>

d) « Je ne peux pas faire autrement » : une obligation ?

Me voilà arrivé à un moment où je repose le titre de mon mémoire ! Qui se révèle finalement, au delà de ce qui m'a « intrigué » au départ, comme le prétexte à une recherche sur le système familial de ces deux femmes et comment il s'imbrique entre leur vie ici et la vie là bas.

Le terme d'obligation est le terme que j'utilise par défaut, par commodité. Je ne sais pas s'il est forcément le plus approprié. « *Je ne peux pas faire autrement* » est en tout cas la phrase qui revient souvent quand j'aborde la question de l'aide qu'elles apportent à leur famille « au pays ».

Madame A m'explique qu'elle ne peut *faire autrement*, c'est incontournable. Il n'y a même pas à le justifier. « *C'est comme cela (...) quand au pays quelqu'un gagne bien, c'est pareil, il doit s'occuper des autres* »⁶⁰. même si elle avoue parfois trouver cette obligation « *pesante* », avec la difficulté de devoir justifier que tout n'est pas possible. Parce qu'il faut assurer des envois réguliers d'argent, avec un budget serré⁶¹, deux enfants adolescents à la maison ; Parce qu'aussi les demandes d'aides ponctuelles peuvent être conséquentes, notamment pour la santé (examens, opérations, soins longs et répétés, ce dont m'a aussi parlé Madame B.); Parce qu'il y a des demandes d'accueil en Suisse auxquelles elle ne peut répondre. Nous avons vu le cas du neveu de Madame A., qui est dans l'impossibilité de fournir les garanties financières imposées pour l'accueil d'un proche (visa, argent sur un compte, assurances etc.).

- Vous continuez à faire ce que vous pouvez ? Vous dites que vous ne pouvez pas faire autrement ?

- *Voilà, je ne peux pas faire autrement.... Je ne peux pas leur refuser les moyens. Le jour où je ne peux plus, je ne peux plus ... Je ne sais pas comment ils vont se débrouiller. Mon frère je lui ai dit d'économiser, sur ce qu'il reçoit, de faire attention. Ma sœur a son salon de coiffure qui ne marche pas très bien car les gens n'ont pas les moyens... Ils font avec les moyens du bord.*

- Si vous ne pouviez plus aider votre famille, comment vous seriez ...

- *Je ne serai pas bien...*

Régulièrement, Madame A. s'interroge souvent sur la possibilité de gagner plus d'argent et donc de contribuer plus aux besoins de sa famille au pays. Mais elle s'inquiète de la perte de son AI si elle devait, par exemple, reprendre un travail salarié dans « l'économie »⁶². Il lui faut une sécurité financière. Finalement. L'option de retrouver un emploi « normal » se révélant compliquée et anxiogène, elle a opté dernièrement pour une augmentation de son temps dans les ateliers d'ergothérapie.

60 Déjà cité ci-dessus, in c) Du rôle nourricier au rôle financier.

61 L'aide de mon collègue Assistant Social est précieuse dans ce domaine.

62 On utilise ce terme à Lausanne, pour parler des emplois de type banque, commerce, industrie, en gros le secteur libéral, à l'opposé du social, médical ou pour le cas de Mme A les emplois protégés.

Pour Madame B., la notion « d'obligation » est aussi d'une certaine façon impropre. Elle rappelle que sa priorité, ce sont les enfants de son frère décédé, même si parfois elle envoie de l'argent pour d'autres membres de sa famille, principalement pour des dépenses imprévues⁶³:

- C'est vous qui avez décidé de les aider, vous n'étiez pas obligée ?
- *Oui, j'ai décidé parce que leur papa n'est plus là... Quand il était encore là, il ne m'a jamais rien demandé, rien du tout, rien...*
- Vous avez en quelque sorte pris le relais du papa ?
- *Oui.*
- Vous n'avez rien envoyé avant qu'il ne décède ?
- *Avant qu'il décède, j'avais envoyé quelque chose, mais il n'était pas content. Il a dit moi je préfère te voir plutôt que tu envoies de l'argent ! Oui, j'ai dit alors tu peux me le rendre alors ? Ha, mais ma femme m'a déjà tout pris, alors j'ai dit c'est bien pour ma belle sœur !*
- C'est quelque chose de naturel...une obligation morale ?
- *Ce n'est pas une obligation, parce que si c'est une obligation, je peux m'arrêter, je peux dire que ce mois je n'envoie rien, pendant cinq mois je n'envoie rien du tout...mais moi je ne suis pas comme cela et dans notre famille on n'est pas comme ça.*
- Quand je dis obligation, je parle d'une sorte d'obligation morale...
- *Pour moi le moral ça va, cela ne me dérange pas du tout !*

Le langage est parfois traître ! Les Lacaniens apprécieront !

Quand à l'avenir si elle ne pouvait plus exercer ce rôle, Madame B. reste assez vague :

- Et après vous, qui sera la sœur, la maman ?
- *Ceux qui restent, peut être nos enfants.(...)*
- Et si on ne le fait pas, qu'est ce qui se passe ?
- *Si on ne le fait pas, ils se débrouillent entre eux.*

A noter que quoi qu'en dise Madame B, la question de l'argent est toujours présente. Elle l'a même amenée à des dépenses lourdes, notamment l'envoi d'une partie de sa pension de retraite future, ce qui l'a mis en situation financière délicate⁶⁴. Ce qui a obligé l'assistante sociale à demander une curatelle. Démarche qui a été bien accompagnée, dont j'ai craint les conséquences au début. Mais Madame B. a pu accepter cette contrainte, du moment où on lui laissait une marge de décisions sur ses envois au pays.

Un mot sur la communication des deux femmes avec la famille au pays. Elle se fait principalement

63 Elle m'a raconté qu'un médecin de Kinshasa l'avait appelé pour recevoir 50 USD, préalable à une intervention.

64 Madame A. a fait la même chose pour son voyage au Mali, amenant des cadeaux et une aide financière plus conséquente pour l'occasion.

par téléphone. Les auteurs d'un article consacré à ce sujet notent ⁶⁵ :

« *Le développement des nouvelles technologies et notamment de la téléphonie mobile a modifié le lien que les migrants entretiennent avec leur famille restée au pays. Chacun, ici ou là-bas, se réjouit d'être en contact rapide et direct avec les parents et de pouvoir régler plus rapidement certains problèmes et conflits. Mais la communication moderne accroît aussi les responsabilités et les possibilités de pressions familiales.* » Les auteurs de l'article observent une modification de la distance sociale et de l'implication directe de la famille, avec une relation de proximité accrue et un resserrement des liens familiaux. Cela mène à un élargissement des champs d'interventions et à des délais de réponses raccourcis. Le téléphone devient un outil de régulation des conflits et du fonctionnement de la famille, parfois l'expression d'un certain pouvoir. La gestion et les négociations autour des demandes s'en trouvent modifiés. Cette communication peut donc présenter des inconvénients et désavantages, une forme de contraintes accrue (demandes d'argent, d'accueil, plaintes etc.).

Peux t-on parler de « dette » collective au sujet de l'importance accordée aux envois ? J. SEMIN écrit à ce sujet : « *Catherine Quiminal (1991) et Christophe Daum (1998) ou encore Patrick Gonin (2006) ont bien montré, concernant la vallée du fleuve Sénégal, principal foyer d'émigration africaine vers la France, que les circuits financiers issus de l'immigration étaient étroitement imbriqués dans une structure de la dette collective. L'envoi d'argent à un enfant, une sœur ou une mère par les migrants peut intervenir à la fois comme une justification et comme un dédommagement de leur fuite vers le monde occidental. La parenté, l'alliance et le groupe ethnique sont autant de relations psychoaffectives qui déterminent les transferts.* »⁶⁶. De son côté, JC Mettraux évoque la notion de « *mandat migratoire* »⁶⁷. Il y a toujours une attente des proches, cela participe de l'estime sociale reconnue à l'immigré, au maintien de ses relations avec ceux restés au pays. L'échec signifie la perte.

Je ne suis pas allé chercher plus loin sur cette question du « *je ne peux pas faire autrement* ». Elle m'emmenait vers les lointains territoires de l'anthropologie ou de la psychanalyse ! J'ai souhaité en rester en l'état à ce stade de ma recherche et recentrer ma réflexion autour des interactions entre le rôle familial, le vécu de la maladie et l'accompagnement dans le soin.

Et d'abord en s'appuyant sur la façon dont ces femmes ont rencontré la maladie, ou comme dirait l'EFC leur « problème », du moins tel que défini dans nos contrées.

65 SARGENT, Carolyn. YATERA, Samba. LARCHANCE-KIM, Stéphanie. « Migrations et nouvelles technologies. Liens et contraintes sociales parmi les migrants du bassin du fleuve Sénégal à Paris ». *Hommes & migrations*, N° 1256 - Juillet-août 2005, p 131. En ligne : https://www.persee.fr/doc/AsPDF/homig_1142-852x_2005_num_1256_1_4379.pdf

66 SEMIN, Jeanne. *Civilisations*, op.cit.

67 METTRAUX Jane Claude, op.cit., p. 61.

Chapitre IV - Maladie, famille, processus de soins: dynamiques et interactions.

1 - Histoire subjective de la maladie.

Arrivé à ce stade de mon travail, nous avons vu que le maintien des liens familiaux avec la famille restée au pays est un impératif pour les deux femmes. Mais que se passe t-il avec l'irruption et la présence de la maladie ? Je vais commencer par un détours par l'histoire de la maladie qui, à elle seule, aurait mérité une étude.

a) Madame A

Madame A. fait remonter le début des soins psychiatriques à deux années après son arrivée en Suisse (vers 2007/2008). Elle reste assez réticente à aborder ses troubles. Par pudeur en premier lieu je dirais ; ou pour ne pas qu'ils remontent trop en surface ?

F. DROGOUL écrit à ce sujet, dans un article consacré à une expérience de dispensaire psychiatrique en Côte d'Ivoire : *« En Côte d'Ivoire, comme ailleurs, il y a des malades mentaux, des personnes qui, brutalement ou plus insidieusement, décrochent et sont comme enfermées dans un rapport aux autres et au monde radicalement bouleversé. La souffrance psychique profonde que produit l'effraction psychotique, au-delà de ses expressions singulières, semble partout la même. Sous ses différentes formes, elle donne un même reflet aux regards, et les visages, qu'ils soient noirs ou blancs, sont marqués par la même douleur. Mais quand chez nous les larmes coulent, en Afrique, c'est plutôt une frayeur, intense et agitée, qui s'exprime. »*⁶⁸

A propos de la clinique de l'exil, F. Benslama l'a défini fondamentalement *« comme une clinique de l'expérience du hors-lieu »*⁶⁹. Qui peut être pourrait s'appliquer à Madame A. Elle a ressenti d'abord une grande solitude, une perte de ses repères sociaux et culturels, une communication avec autrui complètement différente et déroutante.

- Selon vous quelles sont les raisons de ce problème, pourquoi c'est arrivé ?

- *Moi je ne savais pas que j'allais être malade, avoir ce genre de problème, mais c'est la situation ici, je suis arrivée, je me suis sentie seule, voilà ...*

- Et comment s'est manifesté votre problème ?

- *La dépression. Et puis avec mon divorce et tout, cela m'a un peu secouée. Cela m'est venu dessus comme ça. (...) Je ne savais plus ce que je faisais... Je me souviens, d'un côté, je peux faire, vingt minutes je vois ce que je suis en train de faire, et puis après, du coup, je ne sais plus ce que je suis*

68 DROGOUL, Frédérique. Côte d'Ivoire : des guérisseurs à la médecin de l'homme blanc ». Publié en 2008, L'OBS avec Rue 89. En ligne : <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-turbulences/20080629.RUE6343/cote-d-ivoire-des-guerisseurs-a-la-medecine-de-l-homme-blanc.html>

69 BENSLAMA, Fethi. *Les transfuges*. Article mis en ligne : <http://www.parole-sans-frontiere.org/spip.php?article240>

en train de faire.

- Comme si vous étiez ailleurs ?

- *Ailleurs, oui ... j'entendais des voix ... J'aime pas trop parler de ça (...) C'était comme si j'avais, il y avait un autre esprit en moi ... une autre personne en moi qui ... J'étais comment on dit, dans une boule de cristal et cette boule, j'étais à l'intérieur, et voilà.*

- C'est lié à des bouleversements, un changement de pays, d'ambiance, de rapports aux gens ?

- *Surtout d'ambiance, ce n'est pas le changement de pays qui m'a ... On a vécu 10 ans au Mali. Oui j'avais des difficultés à comprendre les gens. Les suisses sont assez froids, assez glacés comme on le dit chez nous. Ils sont assez froids et puis, ça, cela ne m'a pas convenu. (...) Tu connais quelqu'un, tu lui dis bonjour, le lendemain la personne te dépasse ... sans même te parler !*

Madame A. ne pense pas que son divorce ait été un facteur déterminant et dit « *ne pas lui en vouloir pour ça* ». L'ex mari est d'ailleurs toujours présent, pour les enfants, et il passe aussi régulièrement à la maison. Il est « *le père de mes enfants* ». Comment faire autrement !

En Côte d'Ivoire, au Mali, selon ses dires, elle n'a jamais ressenti de troubles psychologiques :

- En Afrique comment sont perçus ces problèmes, les personnes, comme ici, avec des troubles psychologiques ?

- *Oui il y en a beaucoup... Ça dépend, on dit telle personne a été maudite ou telle personne a des génies en elle ... des esprits mauvais, des esprits malins. Par exemple, comme moi les voix que j'entends, si c'est en Afrique on dit que c'est les génies, oui, des esprits. Soit ce sont des esprits mauvais, soit ce sont des esprits bienveillants. Et des fois ces gens sont consultés, comme des médiums, ça dépend de leur façon d'être.*

Madame A. précise qu'elle n'a cependant jamais eu recours à un tradi-thérapeute. Elle est d'abord aller consulter en ambulatoire, puis elle a été hospitalisée trois fois entre 2009 et 2015, quelque mois à chaque fois. Elle retrouvait le même psychiatre à la sortie, ce qui a sûrement constitué un élément de stabilité importante.

Je l'ai connu en juin 2015, après un suivi infirmier de transition⁷⁰. Depuis elle n'a plus été hospitalisée. Madame A. reconnaît que la meilleure observance de sa médication y contribue : « *cela fait que je n'ai pas la crise* ». Car elle rechutait chaque fois qu'elle arrêtait son traitement : « *je voulais vivre sans médicaments* ». Elle ajoute aussi :

- *Oui maintenant je travaille sur moi même, j'essaie de ne pas trop me laisser abattre par ces choses ... Comme je disais, quand je croise quelqu'un que tu connais, qui te dépasse et qui fait ... bon, j'essaie de travailler sur moi.*

70 Par une infirmière Case Manager de Transition (CMT), du CHUV.

b) Madame B.

« Les rêves, ces territoires où on est amené sans être consulté ».

Luis Sepulveda, *Journal d'un tueur sentimental* (1998)

Je rappelle que je l'ai rencontré en 2015 à la demande de son médecin généraliste après une rupture thérapeutique et un repli chez elle, que Madame a clairement relié à la mort de son petit frère. Mais pour Madame B., tout a commencé en 2001. Son histoire médicale ressemble à une suite de « mauvaises rencontres ».

- Que vous est-il arrivé ?

- *Un problème avec mon mari, le deuxième, il y a eu une bagarre, je l'ai blessé (...)*

Puis elle m'explique qu'elle était très en colère de part le comportement de son ex mari, qu'il y a eu plainte et que son ex mari aurait parlé du fait que Madame B. dit « voir des choses que les autres ne voient pas ».

- Et après vous avez vu un médecin ?

- *J'ai vu un médecin, je lui ai parlé de mes rêves prémonitoires, les choses que j'ai vu dans mes rêves, je les ai vues en vrai ... « Ha ! Vous avez la schizophrénie ! »*

- Diagnostiquée schizophrène ?

- *Directement !*

Plus loin, lors de l'interview consacré à ce sujet, elle m'a confié :

- *Moi j'ai fait une grande erreur, j'ai dit au juge que je fais des rêves prémonitoires. les choses que vois dans mes rêves et je les vois réellement... et bling schizophrénie ! (...) Je vois des choses que les gens ne voient pas, par exemple quelqu'un derrière vous, là où vous êtes assis vous ne le voyez pas, moi je le vois, je dis écoutez n'ayez pas peur de quelqu'un qui est derrière vous, il ne fait rien de mal.*

- En ce moment il y a quelqu'un ?

- *Non, non, il n'y a personne...* (grand éclat de rire)

Elle a été hospitalisée deux fois, en 2001 et 2002. Mais plus depuis lors. Elle a toujours le même généraliste avec lequel elle se sent en confiance. Par contre son accompagnement psychiatrique au CHUV change tous les 6 mois (turnus des médecins). Concernant son traitement, elle dit qu'elle ne « voit pas grand chose » en termes d'aide et de différence quant à sa perception des choses. Elle peut le prendre de manière assez aléatoire parfois, mais elle le prend quand cela va moins bien, qu'elle se sent plus persécutée notamment. Ce qui faisait dire à un médecin psychiatre : « *Elle est symptomatique mais stable* ».

Madame B. voit évidemment les choses autrement :

- *Moi je dis ce sont des gens qui ne me fait pas du mal, comme ce (incompréhensible) qui vient, qui me tape la tête, ce n'est pas la même chose, c'est des revenants, comme s'il vient me demander un service, des fois je regarde qu'est ce qu'il fait ... s'il fait comme ça (geste) (...), alors je fais une prière pour ... alors ces choses là, moi ça m'a créé des problèmes, on m'a dit que j'ai la schizophrénie parce que je vois des choses que les autres personnes ne les voient pas.(...)*

- On parle parfois de génies, d'esprits, bons ou mauvais, vous utilisez ces termes ?

- *Moi je n'ai jamais parlé de bons génies, parce que les bons génies ne font pas du mal. Ils ne vous conseillent pas d'aller voler, de blesser, tuer une personne ... les bons génies ils ne font pas ça, les mauvais oui.*

Madame B. Explique que ces « rêves » font partie de sa vie depuis son enfance. Elle avait même « rêvé » la mort de ses parents.

- *Moi j'ai commencé de voir des choses, 'étais déjà toute petite, ce n'est pas nouveau chez moi.*

- Personne ne vous avait rien dit jusqu'en 2001 ?

- *Personne ne m'a rien dit jusque là que suis « schizophrénie » ! (...)*

- Et au Congo, vous parlez de cela ?

- *Non, je ne montre pas, s'il y a quelque chose qui ne va pas, si je vois quelque chose qui n'est pas bien, je disais à la personne, avec certaine bougie, va à l'église, va trouver un curé qui va faire une prière pour toi, je ne disais pas écoute et ci et ça.*

- Du coup au Congo, est-ce que d'autres personnes ont ... ce « don » comme vous ?

- *Il y a ceux qui sont comme ça au Congo, il sont, comment dire... ils sont voyants.*

- On va les voir pour cela ?

- *Oui, ils vous disent la vérité, ils vont vous dire ... si vous n'habitez plus là, vous habitez en Suisse, vous avez déménagé, ils vous disent la vérité. (...) Là bas ils aident les gens.*

- Et ici vous êtes une « malade » ?

- *Et encore une « malade » !*

Son médecin généraliste lui avait suggéré de consulter éventuellement un tradi-thérapeute :

- *Madame la maladie que vous avez ce n'est pas à moi de vous soigner, il faut trouver un médecin traditionnel, il m'a dit ça une ou deux fois.*

- Et vous êtes allée voir un médecin traditionnel ?

- *Non, moi j'ai fait mes prières, ça me suffit.*

Pour Madame B., la prière est en effet une ressource qu'elle utilise au quotidien. Elle précise aussi :

- *Je ne peux pas seulement prier pour moi, il faut aussi que je prie pour les autres malades, qui sont dans les brousses, dans les villages, dans des hôpitaux, en prison, pour tous ces gens là il faut prier ... Je ne peux pas seulement prier pour moi.*

- Quand vous allez voir les psychiatres, la psychologue...
- *J'y vais par la politesse, j'écoute ce qu'elle me dit, elle m'écoute aussi et voilà.*
- Et le fait d'accueillir le CMS, les infirmiers du CMS, comment vous le voyez ? Cela vous aide ?
- *Cela m'aide parce que ce sont des personnes qui parlent bien, elles ne crient pas, la voix ce n'est pas très haut, parce que sinon je le dirai si la voix est trop haute, comme Mme X, quelle enquiquineuse ... Elle ne m'écoutait pas !*

2. L'aide de la famille face à la maladie.

L'EFC consacre des nombreuses questions à ce sujet⁷¹, toujours en évoquant le patient en posture « aidé » et la famille comme de possibles proches aidants, « *atténuateur de stress* », évaluant leur compréhension du « *problème* », leur réaction et leur implication dans les soins. Mais finalement c'est à ce sujet que j'ai eu le moins de réponses. Comme si les deux femmes n'attendaient pas un rôle particulier de leur famille. J'ai choisi de ne pas creuser plus la question.

Madame B. semble avoir fait le choix de ne pas informer sa famille au sujet de sa « maladie » :

- Les gens de votre famille sont-ils au courant que vous êtes allée à l'hôpital ?
- *Non, non, je n'ai pas voulu leur faire peur ... parce que moi je vois tout de suite, allez, écoute, viens, voilà on va voir ça ici, on va vous envoyer chez un médecin traditionnel.*
- Votre nièce (qui habite Lausanne) est au courant pour votre suivi psychiatrique ?
- *Oui, oui ils sont au courant ... mais ... sans plus.*
- Vous ne souhaitez pas le partager
- *Moi je ne partage avec personne ... papa, maman, savaient que je voyais.*
- Ils disaient quoi ?
- *Ils ne disaient rien, ils savaient... Et puis si je dis que j'ai vu comme ci, que j'ai vu comme ça : ils me disent où ? Je dis ici... Où ? Tu étais assise ? Oui... Tu dormais ? Oui... Alors j'explique et bon ok d'accord, ils ne m'ont jamais disputé.*

Madame A. explique que sa famille a su qu'elle a été malade (sans plus), principalement sa sœur :

- *Ma sœur est bien au courant, elle est très bien informée, elle m'a beaucoup soutenue, quand je suis allée là bas en novembre (2017), au Mali et en Côte d'Ivoire.*⁷²
- C'est quelque chose dont vous avez pu parler avec votre famille ?

71 Quatre questions dans le questionnaire de base + un module supplémentaire de l'EFC. 3. Réseau social.
<http://www.multiculturalmentalhealth.ca/fr/clinical-tools/cultural-formulation/>

72 Voyage qui s'est d'ailleurs bien passé, en compagnie de sa sœur, malgré les longs parcours et les multiples checks point qu'elle a du affronter. A noter que Madame a alors utilisé une vieille carte d'identité ivoirienne plutôt que son passeport suisse...

- *Oui, avec ma sœur, oui, parce que avec mon frère, c'est ma seule famille...*
- Vous ne leur avez rien caché ?
- *Oui à ma sœur je n'ai rien caché*
- Et comment elle le perçoit elle ?
- *Elle sait que j'ai vécu des moments difficiles.*
- Vous lui avez dit quoi ... ce que vous venez de me dire ?
- *Oui....on en a parlé quand je suis allée et puis elle sait que suis allée dans un hôpital psychiatrique*
- voilà ... Elle a rendu un peu X (ex mari) responsable en quelque sorte ...(...) Oui, c'est moi qui lui en ait parlé...psychiatrique et tout ... bon elle en entend parler ... elle regarde la télé. Mais elle a l'air bien informée...*
- Vous lui avez expliqué, elle s'est renseignée ?
- *Oui... elle a aussi des clientes européennes... elle est bien informé.*
- Il n'y a pas de jugement, de peur ?
- *Non elle ne me juge pas...*
- Cela a changé comment vous voit votre famille ?
- *Non cela n' a rien changé.*
- Votre frère ? Il est au courant ?
- *Il sait que j'ai été malade, mais je n'ai pas expliqué, non il n'est pas au courant, je préfère.*
- La personne au courant, c'est la grande sœur ?
- *(...) Oui, elle m'a bien soutenue. Même à mon frère, elle ne lui a rien dit.*
- *(...) De téléphoner à vos proches, vous vous sentez mieux après ?*
- *Oui je me sens bien après, quand je discute avec eux.*
- Du coup ce rôle de « grande sœur », est-ce quelque chose qui vous aide ?
- *Oui, cela m'aide aussi, je me dis que beaucoup de gens comptent sur moi, il faut que je sois en mesure pour pouvoir... Il faut que je sois en bonne santé pour pouvoir (les aider).*
- Des proches comme votre sœur vous donnent des conseils, vous aide ?
- *Oui ma sœur me dit de faire attention . De faire attention à moi, de prendre soin de moi, de ne pas ... trop ... me surcharger avec les problèmes. (rire gêné).*

3. Maladie et famille : inversion du modèle ?

La famille est toujours présente en arrière plan lors de mes visites. Les paroles autour des liens aux familles tiennent une grande place. Deux concepts sont souvent utilisés dans l'accompagnement des

malades. Au sujet de l'entourage, et de l'aide qu'il apporte, on parle de « proche aidant ». Au sujet de la maladie, d'une fragilité latente, d'une possible décompensation ou d'un passage à l'acte, on évoque les « facteurs protecteurs ».

a) Proche aidant ? De qui et de quoi parle t-on ?

Les proches aidants sont des personnes de l'entourage familial le plus souvent. Elles partagent la vie de la personne malade ou du moins interviennent de manière significative.

Le Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (CIAAF), l'Association des paralysés de France (APF), la Confédération des associations familiales de l'Union européenne (COFACE), l'Union nationale des associations familiales (UNAF) lors de la Conférence de la famille de 2006 ont défini un aidant comme « *la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, ...* », définition reprise dans la Charte européenne de l'aidant familial de 2007.⁷³

Depuis peu, un programme spécifique « proche aidant » a été mis en œuvre par mon employeur au niveau cantonal : « *La famille et l'entourage sont considérés comme des partenaires privilégiés du projet de vie à domicile. Le CMS s'engage à encourager, favoriser et faciliter leur participation pour leur permettre d'exercer leur solidarité envers leur proche atteint dans sa santé. Avec l'accord du client, le CMS associe, autant que possible et sans contrainte, la famille et l'entourage à la définition du projet de vie à domicile. Dans la mesure de leurs compétences et ressources, les collaborateurs apportent leur soutien aux proches aidants qui accompagnent au quotidien le client. Ils peuvent les informer ou les orienter vers des prestations de soutien pertinentes (par exemple, services de relève à domicile, groupe d'entraide, centre d'accueil temporaire, etc.).* »⁷⁴

Problème dans ma situation ! Les familles sont loin (hormis les enfants de Madame A. et son ex-mari qui tiennent toute leur place) et ne tiennent pas un rôle très académique !

Certes Madame A. nous parle du rôle soutenant de sa sœur depuis le Mali, un soutien affectif pourrais t-on dire. Madame B. n'évoque pas le fait que sa famille au pays soit aidante pour elle (ou pas de la façon dont on l'attend).

La question pourrait-elle se poser autrement ? D'abord, force est de constater que le proche aidant

73 <http://www.spfv.fr/actualites/aidants-quelles-definitions>

74 http://www.avasad.ch/jcms/m_6824/fr/soutien-aux-proches-aidants

n'est pas celui qu'on attend ! Concrètement, l'aide financière vient de Suisse, de la personne « malade », et notamment pour le soutien des enfants de la famille restée au pays. Comme le note le *Figaro* à propos des 435 milliards de dollars envoyé chaque année par les immigrés: « *Selon la Banque mondiale, ces sommes sont trois fois plus importantes que le total de l'aide publique au développement dans le monde.* »⁷⁵

Au delà de cette apport pécuniaire, la place et le soutien affectif, symbolique dirais-je même, est d'une grande signification. Le rôle de *grande sœur* ou *tante* voir de *papa*, *maman* est souvent évoqué. La famille est loin mais proche par les mots ! La proximité symbolique transcende la distance (ce que permet aussi le téléphone comme nous l'avons vu). Les deux femmes participent de la continuité de la famille, concrètement par l'envoi d'argent mais aussi symboliquement en tenant une place laissée vacante et/ou liée à leur statut de migrante. Ce sont des proches aidantes !

Le fait même que la famille réside dans un autre pays concourt au fait qu'elle n'est pas sollicitée par le réseau médico-social. Même pas vraiment envisagée comme proche aidante ! Pas directement en tout cas. Elle n'entre dans aucune procédure (tant mieux, peut être!). Et pourtant, ne peut t-on pas considérer que la famille aidée... est aidante du fait même de son existence, de l'aide qui lui est apportée et de la place qui en découle pour les personnes « malades » ? Ces dernières se sont (ré)appropriées un rôle. « *Je ne peux pas faire autrement* » ? Même si ce rôle peut paraître contraignant, parfois pesant ou compliqué, les deux femmes n'en sont pas dépossédées. Il reste cependant peu visible, peut être mal compris (« mais pourquoi se met-elle en danger financièrement ») et il demande à ces deux femmes des stratégies d'adaptation pas toujours évidents, mais qui les rendent actrices de leur vie.

b) Famille, attachements et facteurs de protection.

Madame A. insiste que pour elle l'aide à sa famille, malgré les contraintes, est un facteur de mieux être : « *je ne serai pas bien* » nous dit-elle si elle ne pouvait plus le faire.

Madame B. s'est comme écroulée à la mort de son petit frère. Le fait d'avoir assuré la continuité de celui-ci en quelque sorte a sûrement constitué un facteur non négligeable de son rétablissement.

Javier Bartolome est psychiatre dans un Centre Ambulatoire de Psychiatrie à Genève. Il reçoit de nombreux migrants. Interviewé pour la revue du GRAAP, *Diagonales*⁷⁶, il constate la difficulté à

75 <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/10/08/20002-20141008ARTFIG00016-les-emigres-envoient-435-milliards-de-dollars-par-an-a-leurs-pays-d-origine.php>

76 Propos recueillis par MACCHI, Marie Françoise. « Le poids de l'incertitude. *Diagonales*, dossier migrations, n°112, juillet-août 2016, p. 7-8. Le Groupe d'Accueil et d'Action Psychiatrique (GRAAP), présent en Suisse Romande, « *accueille, dans un esprit d'entraide et de solidarité, toute personne concernée par la maladie psychique, ainsi que ses proches. A travers son action, il cherche à faciliter l'intégration de chacun dans la société. Il considère chaque personne comme un être unique et équivalent, dont les talents sont utiles et nécessaires à la collectivité.* »

intervenir auprès des patients isolés et cherche donc toujours à savoir si un patient a de la famille, une personne ressource, car « *le réseau primaire (...) joue un rôle important pour contenir la pathologie (...) un patient seul, ça n'existe pas* ». Nicolas Chambon⁷⁷ nous dit : « *personne n'est réellement isolé, il y a des attachements plus ou moins légitimes* ». L'intervention psychologique traditionnellement singularise. Auprès des migrants dits « isolés », il en appelle à « *reconnaître (la personne en difficulté) dans sa singularité, avec ses attachements* », y compris ceux considérés comme « *illégitimes* ».

Olivier Douville nous rappelle que « *les êtres individuels n'ont d'existence que dans la relation qui les unit les uns aux autres et les uns et les autres avec la référence : l'ancêtre, l'originnaire, le cosmos* »⁷⁸.

Face à l'exil et la souffrance qu'il génère, Atmane Aggoun écrit : « *Cette notion d'exil se réfère à un lieu, à un espace précis et jamais à une famille ou à des personnes. Il semble qu'on ne puisse pas s'exiler volontairement de sa famille, de son clan, de son ethnie. La famille, contrairement à l'espace, continue d'être présente dans l'individu qui la représente, par un simple effet de métonymie. Elle ne cesse pour ainsi dire jamais, se maintenant même ailleurs et parfois très loin de ses bases. La famille comme mythe plus que comme concept serait transpatiale* »⁷⁹.

La famille, même loin est bien présente, tel un passager clandestin, elle s'invite au domicile des deux femmes. Nous pouvons avancer l'hypothèse que pour ces deux femmes, soutenir leur famille peut être soutenant pour elle, en quelque sorte. Le rôle d'aidante peut constituer une ressource. Il a quelque chose de thérapeutique, crée une sorte de dispositif qui a une influence thérapeutique. Ce rôle aide à maintenir le sentiment d'*appartenance*, même avec l'éloignement géographique.

Il peut constituer un facteur de mieux être, au sens où il est (re)structurant, donne du sens à leur vie, rattache les deux femmes à une identité collective, à leurs « objets » au sens où l'entend l'ethnopsychiatrie. Elles maintiennent ou recréent des liens, des échanges, au sens propre comme au sens symbolique. « *Comment articuler le monde d'avant l'exil avec le monde d'après l'exil ? Comment relier sa propre histoire de vie avec celles des membres de la famille ou de la communauté demeurés au pays ?* » nous dit JC Mettraux⁸⁰. Leurs attachements les « rattachent » à la réalité, constituent peut être même une enveloppe protectrice de leur personnalité. Elles savent qui elles sont, qu'elles sont (re)liées et le rôle qu'elles doivent tenir. Encore faut-il le et leur reconnaître.

77 CHAMBON, Nicolas. « Personne n'est isolé », *Mémoires – Quand la violence isole* 12/206, n°68, p. 8-10.

78 DOUVILLE, Olivier. Les figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique. (Paris), Dunod, 2014, p. 14. Cité par Sylvie Berbaum, <https://nle.hypotheses.org/2300>

79 AGGOUN, Atmane. « Espace familial, exil et retours d'exil ». *Hommes et Migrations*, n°1236, mars-avril 2002. En ligne : https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_2002_num_1236_1_3800

80 METTRAUX, Jean Claude, op cit, p. 227.

Conclusion

Je rencontre depuis plus de trois ans Madame A. et Madame B., dans le cadre de visites infirmières à domicile. Deux femmes que leur parcours de vie a amené en Suisse depuis leurs terres africaines. Devenues suissesses, elles gardent néanmoins de forts liens avec leurs familles au pays. Leurs statuts et leurs fonctions ont évolué du fait de leur arrivée en Suisse, des aléas de la vie, des recompositions familiales dans lesquelles elles prennent toute leur place. Elles assument un rôle nourricier, un rôle de soutien, qui vient adoucir ou prévenir les difficultés des proches au pays⁸¹. Les échanges sont constants et ont une signification qui va bien au delà de la simple aide financière. Et ce malgré la maladie. J'ai fait l'hypothèse que ce soutien, cette aide qu'elles apportent ont une valeur thérapeutique. Leurs valeurs familiales, leurs attachements ou appartenances constituent des repères. Mais ils ne restent pas figés, ils sont en évolution, en mouvement, reconstruits, réinventés. Elles ne peuvent faire *autrement* que les vivre. Leur perte serait comme un déracinement définitif. Je parlerai même, au sujet de ses repères, de « rattachements » face au vide de l'exil, de l'éloignement, de la perte, de l'indicible psychotique. Ces femmes sont sujets mais sujets sociaux, revitalisés par leurs liens maintenus et reconnus.

Cette approche s'oppose bien évidemment au modèle des déficits dont parle Jean Claude Mettraux. C'est une ressource et un facteur de protection face à la maladie. Les proches aidés sont aidants, de par le rôle actif et reconnu qu'ils donnent à leur sœur, tante, cousine. Même si pour elles, le poids de l'aide peut être lourd, parfois peut être ambigu.

Interroger la place particulière de la famille dans l'accompagnement de ces deux femmes ne m'a pas amené à envisager le soin à ces personnes comme à part, parce qu'elles ont immigrées ou parce que leurs valeurs sont autres ou différentes. D'une manière plus générale, je ne crois pas qu'il faille penser les problématiques de santé des personnes issues des migrations en terme « essentialistes », au sens où l'origine, les valeurs, les traits culturels seraient des marqueurs discriminants, en lien avec des pathologies propres aux migrants. Avant tout, je suis amené à rencontrer, à découvrir, à apprendre de personnes qui voient le monde autrement, Et à créer avec elles. Elles me posent des « énigmes fécondes »⁸², comme dirait Olivier Douville.

Je pars de l'hypothèse que s'il y a besoin d'une approche spécifique, liée aux origines ou aux modes

81 Telle la grand mère de JC Mettraux, jamais vraiment intégrée à Lausanne, qui jouait en quelque sorte ce rôle en « *santé communautaire participative* » en allant visiter les familles dans la difficulté de son village d'origine, distant de 100 km de sa ville d'émigration. METTRAUX, Jean Claude. *La migration comme métaphore*, op. Cit., p. 31.

82 DOUVILLE, Olivier. Les figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique, op. Cit., p. 22. Cité par Sylvie Berbaum, <https://nle.hypotheses.org/2300>

d'appartenances des personnes auprès desquelles j'interviens, celle-ci consiste d'abord en une curiosité, une écoute, une réflexion, une ouverture et une remise en questions de mes savoirs êtres et savoirs faire. Mais après tout n'est-ce pas valable pour toutes les personnes, d'où qu'elles viennent, au sens où l'entend Jean Claude Mettraux : nous sommes tous des migrants ; mais nous ne sommes pas tous accueillis de la même façon. C'est la non reconnaissance de l'autre et de son monde qui posent problème.

Ce travail, réalisé en grande partie comme un récit, m'a permis avant tout de réfléchir à ma pratique. D'abord en m'aidant à prendre le temps de sortir des contraintes quotidiennes et autres protocoles ou modes opératoires, qui tendent à niveler le soin infirmier selon des critères de plus en plus gestionnaires et uniformisant. In fine, une pratique qui s'éloigné d'une conception des personnes envisagées comme uniques, singulières, mais aussi liées à un environnement humain qui partage le sens qu'elles donnent au monde et à leur vie. Dans le soin psychique, cela me paraît pourtant essentiel. Il faut parfois savoir prendre les chemins de traverse pour y parvenir ... ou faire un DU !

Arrivé à ce stade de mon mémoire, j'aurai beaucoup de points à améliorer. En premier lieu mes entretiens ou interviews : combien de fois me suis-je rendu compte, après réécoute, d'oublis, d'incompréhensions, avec le sentiment d'avoir mal entendu, d'être passé à côté de quelque chose, d'avoir trop parlé ... De plus, j'ai négligé quelques pistes : la transmission inter-générationnelle; la question de la langue; comment cette thématique se travaille ou non dans le réseau de soin ou dans l'équipe CMS (dont une grande partie, les auxiliaires notamment, est issue de l'immigration.) : Un abord à partir des pratiques en santé communautaire aurait aussi certainement permis d'enrichir ma problématique.

En outre, il demeure des questions autour du choix de l'approche clinique. Et plus précisément autour des enjeux d'une clinique transculturelle⁸³ du migrant et de sa famille : comment inscrire cette clinique dans le processus de soin ? Et notamment, quand on est un soignant, infirmier, en soins à domicile. Quel rôle ? Quelle fonction ? Quelle est la nature du lien qui se tisse au long des visites ? Nicolas Chambon, au sujet des attachements, note que « *le mode de relations thérapeutique en est un parmi d'autres* »⁸⁴. La visite à domicile (VAD) a quelque chose de particulier. Dominique Friard, dans un article⁸⁵ de la revue *Santé Mentale*, rappelle qu'elle a un cadre (lieu, temps, règles et seuils, personnes, objectifs, ambiance) mais en plus souple, en moins

83 Questions abordées notamment au cours du module 6 du DIU. Yannis Gansel évoquaient « *les différents enjeux d'une lecture pluridisciplinaire, psychopathologique et socio anthropologique, de la famille migrante* ».

84 CHAMBON, Nicolas. « Personne n'est isolé », op. cit., p. 5.

85 FRIARD, Dominique. « L'esprit des visites à domicile ». *Santé Mentale*, Dossier « Pourquoi la visite à domicile ? », n°170, septembre 2012, p. 32. Il s'inspire de RACAMIER, Paul-Claude. *L'esprit des soins. Le cadre*. (Paris), Les éditions du collège, 2001.

repérable qu'à l'hôpital. Surtout il s'agit d'une «*conception qui réside dans la tête des soignants plus que dans des protocoles qu'ils appliquent.*» (enfin, si on prend la peine de dépasser la simple mission de surveillance et distribution du traitement). Toujours selon D. Friard, Jacques Hochmann, dans sa pratique d'une psychiatrie communautaire qui vise la désaliénation, «*reconnaît trois fonctions essentielles à la VAD : la première de reconstruction du patient, la deuxième d'appui pour ses proches et la troisième de médiation entre le patient et ses objets (...) le patient psychotique, note Hochmann, accroche des morceaux de son identité à tout ce qui l'entoure* » (...) *Si une autonomisation du patient est possible c'est en l'aidant à se confronter, dans son milieu même, à ce qui l'a mis de lui dans les autres, à ce que les autres ont mis en lui, et à ce qui se personnifie ici ou là, de ces projections dans la réalité de chacun* »⁸⁶.

Au delà même de la prise en compte du rôle familial, dans une optique plus large de la personne, sujet et empreinte de sa culture, de ses attachements, il y a matière à se questionner sur une des fonctions possibles du soignant à domicile. D. Friard écrit que la VAD fait du soignant un «*médiateur entre le patient et ses objets* »⁸⁷. En revenant à une clinique transculturelle et d'accueil, pourrions nous parler également de médiateur entre deux mondes ? De passerelle⁸⁸ ? Voir de passeur ? Ou parfois, quand le protocole se fait douanier, de contrebandier ? D. Friard ajoute, se référant à Lacan : «*l'art infirmier (ou soignant d'une manière générale) consiste à passer ailleurs* ». *C'est « l'art de contourner »*⁸⁹. «*Il nous faut investir la parole de chaque patient, nous donner les moyens de la recueillir, de la transmettre et nous mettre au travail psychique, ici et maintenant, dans le champ d'intervention qui est le notre* »⁹⁰. En fin de compte, c'est peut être à ce travail que me (ré)invitent mes patients, *migrants, étrangers, immigrés*, et tout particulièrement Madame A. et Madame B., via leur histoire familiale.

86 FRIARD, Dominique. « L'esprit des visites à domicile ». *Santé Mentale*, op. cit., p. 30.

HOCHMANN, Jacques. *La consolation*. (Paris), Odile Jacob, 1994, p. 57-64.

87 Ibid., p. 30.

88 En référence à METRAUX Jean, Claude, op. cit.

89 FRIARD, Dominique. « « l'entretien infirmier « empêché » ». *Santé Mentale*, Dossier « Quelle place pour l'entretien infirmier, n°218, mai 2017, p. 22.

90 Ibid, p. 27.

Bibliographie

Des livres qui m'ont accompagné durant le DIU :

- BONTE, Pierre, IZARD, Michel (sous la direction de). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. 4^e édition, (Paris), PUF, 2010, 842 p.
- DOUVILLE, Olivier. *Les figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique*. (Paris), Dunod, 2014.
- FANON, Frantz. *Peau noire, masques blancs*. (Paris), Le Seuil, 2015 (réédit.), 240 p.
- FAVIER, Olivier. *Chroniques d'exil et d'hospitalité*. (Lyon), Le Passager Clandestin, 2016, 300 p.
- GATTI, Fabrizio. *Bilal sur la route des clandestins*. (Paris), Liana Levi, 2008 (trad.), 478 p.
- GENESTE, Yves, PELISSIER, Jérôme. *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. (Paris), Armand Colin, 2014, 319 p.
- LACROIX, Thomas. *Migrations, l'impasse européenne*. (Paris), Armand Colin, 2016, 192 p.
- LE BRAS, Hervé. *L'âge des migrations*. (Paris), Autrement, 2017, 160 p.
- MEMMI, Albert. *Portrait du colonisé. Portrait du colonisateur*. (Paris), Gallimard Folio actuel, 1985, 162 p.
- METTRAUX, Jean Claude. *La migration comme métaphore*. (Paris), La dispute, 2013, 276 p.
- NATHAN, Tobie. *Nous ne sommes pas seuls au monde*, (Paris), Le Seuil, 2015, 320 p.
- SAID, Edward. *L'Orientalisme. L'Orient créé par l'Occident*. (Paris), Le Seuil, 2003, (rééd), 392 p.

Revue, articles, dossiers :

- AGGOUN, Atmane. « Espace familial, exil et retours d'exil ». *Hommes et Migrations*, n°1236, mars-avril 2002. En ligne : https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_2002_num_1236_1_3800
- BENSLAMA, Fethi. « Les transfuges ». Article en ligne : <http://www.parole-sans-frontiere.org/spip.php?article240>
- CHAMBON, Nicolas. « Personne n'est isolé », *Mémoires – Quand la violence isole* 12/206, n°68, p. 8-10.
- DROGOUL, Frédérique. « Côte d'Ivoire : des guérisseurs à la médecine de l'homme blanc ». Publié en 2008, *L'OBS avec Rue 89*.
En ligne : <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89turbulences/20080629.RUE6343/cote-d-ivoire-des-guerisseurs-a-la-medecine-delhommeblanc.html>
- SEMIN, Jeanne. « L'argent, la famille, les amies : ethnographie contemporaine des tontines africaines en contexte migratoire », *Civilisations*, n°56, 2007, mis en ligne le 01/12/2010. En ligne : <https://journals.openedition.org/civilisations/636>

- SARGENT, Carolyn. YATERA, Samba. LARCHANCE-KIM, Stéphanie. « Migrations et nouvelles technologies. Liens et contraintes sociales parmi les migrants du bassin du fleuve Sénégal à Paris ». *Hommes & migrations*, N° 1256 - Juillet-août 2005, p. 131-140.

En ligne : https://www.persee.fr/doc/AsPDF/homig_1142-852x_2005_num_1256_1_4379.pdf

- SWERTVAEGHER, Jean Louis. « La transsexualité ou la défaite des théories de la sexualité. » *Rhizome*, n°60, juin 2016.

- *Diagonales*, bulletin du GRAAP. « Dossier Migration », n°112, juillet-août 2016, p. 4-9.

- *Santé Mentale*. Dossiers :

« Ethnopsychiatrie », n°145, février 2010, p. 21-74.

« Pourquoi la visite à domicile », n°170, septembre 2012, p. 20-77.

« La relation d'aide », n°195, février 2015, p. 22-73.

« Quelle place pour l'entretien infirmier ? », n°218, mai 2017, p. 22-70.

Quelques sites de l'internet :

- Sur l'EFC :

<http://www.multiculturalmentalhealth.ca/fr/clinical-tools/cultural-formulation/>

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/090527_formulation_culturelle.pdf

- Sites de mon institution :

http://www.avasad.ch/jcms/m_7371/fr/accueil

http://www.fondationsoinslausanne.ch/jcms/svm_10336/fr/accueil

- Population et familles vaudoises, migrations.

http://www.scris.vd.ch/Data_Dir/ElementsDir/7831/6/F/Population_communes_origine_2017.pdf

http://www.scris.vd.ch/Data_Dir/ElementsDir/8235/2/F/Portraits-des-familles.pdf

http://www.rc-consulta.ch/pdf/Familles_et_migrations_pub_migration.pdf

- Séjour, regroupement, nationalité, santé :

<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home.html> (Secrétariat d'Etat aux Migrations)

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategienpolitik/nationalegesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/programm-migration-und-gesundheit-2002-2017.html> (OFSP)

<https://www.miges.admin.ch> (programme national Migration et santé).

<https://www.ch.ch/fr/entree-sejour-suisse/>

<https://www.vd.ch/themes/population/population-etrangere/entree-et-sejour/>

<https://www.guidesocial.ch/recherche/fiche/nationalite-suisse-109>

Annexes 1 : données sur mon institution.

CMS de Montelly (données fournies par la responsable de Centre, au 09.07.2018).

Nombre de clients annuels : 481 /an et 478 clients mensuels moyens.

Âges des personnes :

- De 1919-1929 = 60 clients
- 1930 – 1949 = 231 clients
- 1950 -1969 = 135 clients
- 1970 – 1989 = 50 clients
- 1990 – 2011 = 3 clients

Situations complexes (*difficultés du maintien à domicile, organisation des soins, multiples intervenants*) = 187

Nombre de situations en santé mentale : 52 clients

Nationalités : pas recensées, mais large multiculturalité

Nombre d'employés (et ETP) :

- 15 Infirmières = 11.3 EPT (mais taux absentéisme – 2 INF à 80 % sont soit en absence totale soit en partielle depuis 1an)
- 6 Infirmières-assistantes et ASSC = 4.75 EPT
- 28 Auxiliaires de soins et ménage = 17.35 EPT et 1.3 EPT en contrat horaire
- 1 Livreurs-repas = 0.5 EPT et 1 EPT en statut horaire
- 3 Ergothérapeutes : 1.45 EPT, et 1.8 dès 08.2018
- 2 Assistants-sociaux = 1.5 EPT
- 2 réceptionniste = 1 EPT
- 2 secrétaires facturation = 1.15 EPT
- 3 planificatrices = 2.1 EPT,
- 2 Responsable d'équipe pluridisciplinaire = 1.6 EPT et 1 responsable de centre = 1 EPT

Chiffres des prestations.

AS : 132 heures de prestations /mois

Ergo : 41 heures de prestations /mois

INF et ASSC/IA : 449 heures de prestations/mois

Auxiliaires de soins et ménages = 291 heures de prestations/mois

65 Clients sont bénéficiaires pour les repas

Ces heures de prestations sont des heures auprès des clients. Ne sont pas comptés diverses heures de contacts réseau/entourage et gestion OPAS (*évaluation/devis des soins à venir*), la formation et l'encadrement des collaborateurs et les temps de déplacements.

Fondation Soins Lausanne (rapport 2017) :

808 collaborateurs (494 ETP) dont 164 infirmières et 356 auxiliaires de santé – ménage – assistantes en soins et santé communautaire et apprentis (au 31/12/2017).

6049 clients annuels (3227 client mensuel moyen)

365.247 heures de prestations, dont 163.330 soins de base et 98 303 heures de soins infirmiers.

AVASAD (rapport 2017) :

4905 collaborateurs (3092 ETP.).

324780 clients, soit 4.2% de la population Vaudoise (1 personne sur 2 a plus de 80 ans).

2.156.533 heures de prestations

Annexe 3 : questionnaire

Je me suis largement servi et inspiré de l'EFC (Entretien de Formulation Culturelle) du DSM-5, tel que présenté par *Le Centre de Ressources en Santé Mentale* de Montréal. Par contre l'organisation du questionnaire est personnelle. Les codes couleurs ci-dessous permettent de retrouver ce que j'ai emprunté aux différents questionnaires (de base et modules complémentaires).

Cf. <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/fr/clinical-tools/cultural-formulation/>

Codes couleurs :

Questionnaire de base de l'EFC / DSM-5

Module 6 « Identité culturelle

Module 3 « Réseau social »

Module 4 « Facteurs de stress psychosociaux

Mes questions ou intitulés.

A - biographie

1. Où êtes-vous né?
2. Où sont nés vos parents et grands-parents?
3. Comment décririez-vous l'origine nationale, ethnique et/ou raciale de votre famille?
4. En termes de vos antécédents, comment vous décrivez-vous habituellement aux personnes de l'extérieur de votre communauté? Parfois les gens se décrivent de façon quelque peu différente aux membres de leur propre communauté. Comment vous décrivez-vous à ceux-ci?
5. Qu'est-ce qui dans vos antécédents personnels vous caractérise le mieux? Parfois cela varie en fonction de l'aspect de votre vie dont il est question.
Qu'en est-il à la maison? Dans le milieu du travail? Ou avec vos amis ?
8. Quelles langues parlez-vous couramment?
9. Quelles langues avez-vous apprises à la maison?
10. Quelles sont les langues parlées à la maison? Laquelle/lesquelles de celle(s)-ci parlez-vous?
11. Quelles langues utilisez-vous au travail ou à l'école?
12. Quelle langue préférez-vous utiliser lorsque vous recevez des soins de santé?
14. Quand êtes-vous arrivé dans ce pays?
15. Qu'est-ce qui vous a décidé à quitter votre pays d'origine?
16. Votre vie a-t-elle changé depuis votre arrivée ici?
17. Qu'est-ce qui vous manque à propos du lieu ou de la communauté dont vous êtes issu?

18. Quelles sont vos préoccupations quant à votre propre avenir et celui de votre famille ici?
19. Quelle est votre situation actuelle dans ce pays (p. ex., demandeur de statut de réfugié, citoyen, visa d'étudiant, permis de travail)?
23. *Vous identifiez-vous à une tradition religieuse, morale ou spirituelle particulière?*
24. Quel rôle exerce(ent) la/le(s) [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S)] dans votre vie quotidienne?
25. Est-ce que les membres de votre famille partagent vos traditions spirituelles, religieuses ou morales? Pouvez-vous m'en dire davantage à ce sujet?

8. Quels sont les aspects les plus importants de vos antécédents ou de votre identité?

B - liens aux proches rôle

1. Qui sont les personnes les plus importantes dans votre vie actuellement?

Quelle est la composition de votre famille ?

Qui êtes vous pour eux ? Qui sont-ils pour vous ?

Quelle place tenez-vous pour eux ? Quelle place tiennent-ils pour vous ?

Quelle rôle jouez-vous auprès d'eux ? Quel rôle jouent-ils pour vous ?

Comment les aidez-vous ? Comment vous aident-ils ?

Comment vous voient-ils en Suisse ? Que savent-ils ? Qu'est ce qu'ils en pensent ou imaginent ?

Qu'est ce que cela change ou pas ?

Vous demandent-ils quelque chose en particulier ? Vous sentez-vous obligé ?

C - maladie / famille

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

1. Comment décririez-vous votre problème?

3. Qu'est-ce qui vous préoccupe/inquiète le plus à propos de votre problème?

PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA CAUSE, DU CONTEXTE ET DU SOUTIEN

4. Selon vous, pourquoi cela vous arrive-t-il? À votre avis, quelles sont les causes de votre [Problème]?

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

2. Parfois les gens décrivent différemment leur problème à leur famille, leurs amis ou aux autres membres de leur communauté. Comment leur décririez vous votre problème?

RÔLE DE L'IDENTITÉ CULTURELLE

Certains aspects des antécédents ou de l'identité d'une personne peuvent parfois améliorer ou aggraver leur [PROBLÈME].

9. Y a-t-il des aspects de vos antécédents ou de votre identité qui ont une incidence sur votre [PROBLÈME]?

Migration

20. De quelle manière la migration a-t-elle influencé votre santé ou celle de votre famille?

21. Y a-t-il quelque chose au sujet de votre expérience migratoire ou de votre statut actuel dans ce pays qui a fait une différence concernant votre [PROBLÈME]?

22. Y a-t-il quelque chose au sujet de votre expérience migratoire ou de votre statut actuel qui pourrait avoir une incidence sur votre capacité d'obtenir l'aide appropriée pour votre [PROBLÈME]?

Composition du réseau social de l'individu

2. Y a-t-il quelqu'un en particulier à qui vous faites confiance et à qui vous pouvez parler de votre [PROBLÈME] ? Qui? Y a-t-il quelqu'un d'autre?

Compréhension du problème par le réseau social

3. Qui parmi les membres de votre famille, vos amis ou d'autres personnes importantes dans votre vie sont au courant de votre [PROBLÈME] ?

4. Quelles idées votre famille et vos amis se font-ils de la nature de votre [PROBLÈME] ? Comment comprennent-ils votre [PROBLÈME] ?

5. Qu'est-ce que les membres de votre famille, amis ou autres personnes dans votre communauté pensent être la cause de votre [Problème]?

5. Y a-t-il des gens qui ne sont pas au courant de votre [PROBLÈME] ? Pourquoi ne sont-ils pas au courant de votre [PROBLÈME]?

Réaction du réseau social au problème

6. Quels conseils les membres de votre famille et vos amis vous ont-ils donnés concernant votre [PROBLÈME]?

7. Est-ce que votre famille, vos amis et d'autres personnes dans votre vie vous traitent différemment en raison de votre [PROBLÈME]? En quoi vous traitent-ils différemment ? Pourquoi vous traitent-ils différemment?

8. Pouvez-vous m'en dire davantage sur les raisons pour lesquelles vous avez choisi de ne pas informer votre famille ou vos amis de votre [PROBLÈME]? Selon vous, comment réagiraient-ils s'ils étaient informés de votre [PROBLÈME]?

STRESSEURS ET SOUTIEN

7. Y a-t-il des formes de stress qui aggravent votre [PROBLÈME], telles que des soucis financiers ou des problèmes familiaux?

11. Qu'est-ce que les membres de votre famille, amis et autres personnes dans votre vie ont-ils fait

pour aggraver ou rendre plus difficile la gestion de votre [PROBLÈME]?

1. Y a-t-il des choses qui ont aggravé votre [PROBLÈME], par exemple, des difficultés avec la famille, le travail, vos finances personnelles ou autre chose? Veuillez m'en dire davantage à ce sujet.

6. Y a-t-il des formes de soutien qui améliorent votre [PROBLÈME], telles que le soutien de votre famille, d'amis ou d'autres personnes ?

Réseau social en tant qu'atténuateur de stress

9. Qu'est-ce que les membres de votre famille, amis et autres personnes dans votre vie ont-ils fait pour améliorer ou faciliter la gestion de votre [PROBLÈME]? (*SI INCERTAIN* : En quoi cela a-t-il amélioré votre [PROBLÈME] ?)

10. Quels types d'aide ou de soutien vous attendiez-vous de la part de la famille ou des amis ?

Implication du réseau social dans le traitement

12. Y a-t-il des membres de votre famille ou des amis qui vous ont aidé à obtenir un traitement pour votre [PROBLÈME]?

13. Que penseraient votre famille et vos amis de votre venue ici pour recevoir un traitement?

14. Souhaiteriez-vous que votre famille, vos amis ou d'autres personnes prennent part à votre traitement ? Dans l'affirmative, qui souhaiteriez-vous voir s'impliquer et de quelle manière?

15. En quoi l'implication de membres de votre famille ou d'amis ferait une différence dans votre traitement?

RECHERCHE D'AIDE ANTÉRIEURE / OBSTACLES

12. Dans le passé, à quels types de traitements, aide, conseils ou techniques de guérison avez-vous eu recours pour votre [PROBLÈME] ? Quelles formes d'aide ou types de traitement étaient les plus utiles? Étaient inutiles?

13. Y a-t-il quelque chose qui vous a empêché d'obtenir l'aide dont vous aviez besoin ? Par exemple, l'argent, le travail ou les obligations familiales, la stigmatisation ou la discrimination, ou l'absence de services comprenant votre langue ou vos antécédents ?

PRÉFÉRENCES

14. Selon vous, quelles formes d'aide vous seraient les plus utiles actuellement pour votre [PROBLÈME]?

15. Votre famille, amis ou d'autres personnes ont-ils suggéré que d'autres formes d'aide vous seraient utiles maintenant?