

Etudianet: **Alessandra Ghiani**

Année académique **2013/14**

Prof : **J. Dahinden** et Dre. **A. Neubauer**

Santé sexuelle et migration

Quels enjeux pour des personnes en situation irrégulière?

Alessandra Ghiani, UNINE - Faculté des Lettres et sciences humaines,

Maîtrise en sciences sociales, Migration et citoyenneté

Travail final en Méthodes et recherches qualitatives en sciences sociales

Table des matières

<i>PROBLEMATIQUE</i>	3
<i>Questions de recherche</i>	3
<i>CADRE THEORIQUE</i>	4
<i>Etat de la recherche Suisse et internationale</i>	4
<i>Soins et santé pour les personnes « sans-papiers » en Suisse</i>	4
<i>Positionnement épistémologique</i>	5
<i>METHODOLOGIE</i>	6
<i>Terrain de recherche et échantillonnage</i>	6
<i>RECOLTE DES DONNEES</i>	7
<i>Observation</i>	7
<i>Entretien d'expert</i>	8
<i>Prise de notes</i>	8
<i>ANALYSE DES DONNEES</i>	8
<i>RESULTATS DE RECHERCHE</i>	9
<i>Migration : barrières dans l'accès à la santé publique</i>	9
<i>Besoins d'informations et de connaissances de base</i>	11
<i>Nécessité d'une médiation culturelle pour discuter de sexualité ?</i>	12
<i>CONCLUSIONS</i>	13
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	14
<i>ANNEXES</i>	15
<i>1. Grille de l'entretien d'expert</i>	15

PROBLEMATIQUE

D'après deux études de monitoring de l'état de santé de la population migrante, l'un réalisé en 2004 et l'autre en 2010 par l'office fédéral de la santé publique (OFSP), il y a en Suisse une différence significative de l'état de santé physique et morale de la population autochtone par rapport à celle migrante. La santé des populations migrantes serait en effet moins bonne, entre autre en matière de santé sexuelle. Les populations migrantes seraient en effet plus souvent concernées par des grossesses non souhaités, des avortements, des infections tels que le VIH ou le sida ou des mutilations sexuelles (OFSP, 2008 :16). Il se trouve néanmoins que les populations migrantes originaires de l'Amérique latine ainsi que les personnes sans permis de séjour régulier ne sont pas incluses dans les échantillons des recherches menées par l'OFSP et que très peu d'informations sont ainsi disponibles à leur sujet.

C'est pour cette raison que j'ai choisi de m'intéresser spécifiquement à l'état de santé sexuelle de personnes migrantes d'origine latino-américaine sans permis de séjour régulier fréquentant une association vaudoise prenant en charge les personnes démunies ou défavorisées pour leur offrir des prestations dans le domaine de l'hygiène et de la santé.

Mon propos est celui de mieux comprendre quels sont leurs besoins, leurs demandes, les enjeux auxquels elles se confrontent en matière de sexualité, ainsi que les obstacles qu'elles rencontrent et les ressources sur lesquelles elles s'appuient.

Questions de recherche

Il s'agit ainsi de répondre aux questionnements suivants :

1. Quelles sont les demandes, les soucis, les obstacles rencontrés ou les informations souhaitées, exprimés par les personnes migrantes sans permis de séjour régulier fréquentant l'association ?
2. De quelles manières un statut de séjour irrégulier peut-il jouer un rôle vis-à-vis de l'état de santé sexuelle des personnes migrantes ainsi que vis-à-vis de l'accès aux soins en matière de sexualité ?

CADRE THEORIQUE

Etat de la recherche Suisse et internationale

Le corpus d'études s'intéressant à la thématique de la santé des populations migrantes est très vaste et ne peut pas être discutée entièrement dans ce travail. Cela dit l'étude bibliographique menée par C. Wyssmüller et B. Kaya (2009), passant en revue la recherche Suisse et internationale produite entre 2006 et 2008 à ce sujet permet de distinguer les thématiques centrales, les enjeux ainsi que les résultats plus importants obtenus dans ce domaine de recherche spécifique. Les auteurs mettent en évidence que les thématiques prioritairement investiguées, souvent de manière ciblée pour un groupe de migrants déterminé, concernent la transmission des maladies chroniques, les maladies dites « de prospérité » (dont par exemple d'obésité), le vieillissement des populations migrantes avec les prises en charges qui s'y associent, la santé reproductive et enfin la santé bucco-dentale des enfants (C. Wyssmüller et B. Kaya, 2009 : 33-34).

Relativement à la thématique qui nous intéresse dans ce travail, il émerge des études réalisés en Suisse que la population étrangère, en particulier en provenance d'Afrique subsaharienne est plus souvent hospitalisée pour des maladies infectieuses, dont le VIH/SID. Pour ce qui concerne la santé reproductive, les enjeux problématiques émergents sont une plus grande exposition au stress pendant les grossesses, une prévalence accrue de grossesses non désirées et d'interruptions de grossesse, ainsi que'un plus faible suivi médical prénatal. En dernier lieu de nombreuses femmes et jeunes filles migrantes séjournant en Suisse ont été concernées dans leur pays d'origine par des mutilations génitales ou en sont actuellement menacées (C. Wyssmüller et B. Kaya, 2009 : 13).

Soins et santé pour les personnes « sans-papiers » en Suisse

La migration irrégulière en Suisse, objet de nombreuses études depuis une dizaine d'années, est un phénomène complexe et un foyer de tensions, entre autre lorsque la volonté étatique de contrôler les flux migratoires fait concurrence au respect et à la protection de droits individuels fondamentaux. Cette même tension se joue en Suisse sur le plan des soins et de la santé pour les personnes sans permis de séjour valable.

D'un coté la Constitution fédérale demande à ce que toute personne établie en Suisse puisse bénéficier de soins nécessaires à la santé, indépendamment de son origine et de son statut de séjour, et que la personnalité des individus soit protégée. Ce cadre législatif établi ainsi que les personnes sans-papiers aient droit aux soins de manière égale et indiscriminée. Le secret médical les protège en outre d'une dénonciation de leur irrégularité aux autorités (D.

Efionayi-Mäder, S. Schönenberger, I. Steiner, 2010 : 67).

Les personnes « sans-papiers » ont par ailleurs, comme toute autre personne domiciliée en Suisse, l'obligation de contracter une assurance-maladie et la possibilité de bénéficier de réductions des primes (D. Efionayi-Mäder, S. Schönenberger, I. Steiner, 2010 : 68).

D'autre part, l'irrégularité de séjour demeure en Suisse une infraction pouvant déterminer le renvoi de la personne concernée, ce qui alimente sa peur d'être exposée et signalée aux autorités. Cette peur, ainsi que la précarité économique, poussent une grande partie de personnes « sans-papiers », le 80%-90% en 2007, à renoncer à une assurance maladie (D. Efionayi-Mäder, S. Schönenberger, I. Steiner, 2010 : 70).

Malgré l'énorme importance qu'une bonne santé représente pour ces personnes, dont le revenu dépend essentiellement de leur aptitude à travailler, il est courant que les visites médicales soient tardives, avec une conséquente aggravation de leur situation, et que la prévention soit sacrifiée au bénéfice d'autres besoins primaires (D. Efionayi-Mäder, S. Schönenberger, I. Steiner, 2010 : 69).

Positionnement épistémologique

L'intention de ce travail final est celui d'investiguer de manière qualitative l'état de santé sexuelle de personnes migrantes de manière irrégulière en Suisse, leurs demandes, leurs difficultés et leurs conduites, dans l'objectif de déceler quelles peuvent être les relations entre celles-ci et le phénomène de migration irrégulière en lui-même. L'objectif de ce travail est celui de se rapprocher le plus possible, d'après une posture symbolico-interactionniste, aux points de vue des personnes interrogées, de comprendre qu'elle est leur lecture de la réalité et leur expérience et de quelle manière celles-ci dirigent leurs actions et leurs conduites. Dans le cadre de ce travail j'adopterai ainsi un point de vue constructiviste, d'après lequel les réalités émergentes de mes données seront appréhendées comme l'une des réalités existantes, issues d'une co-construction mutuelle, située dans le temps et dans l'espace, entre moi même et mes interlocuteurs (Charmaz 2007 :678).

La stratégie de recherche sur laquelle je m'appuierai et à laquelle je ferai référence, tout en l'adaptant à ce contexte de recherche particulier, est celle de la théorie ancrée. Il s'agit d'une stratégie qui devrait me permettre de guider ma démarche dans un rapport inductif au savoir, attentif aux points de vue et aux expériences des personnes interrogées. Ceci dans le but de dégager un schéma explicatif des processus en œuvre, des interactions entre les conduites et l'état de santé sexuelle des personnes et leur statut migratoire (Creswell, 2007 : 63). Il me semble que l'approche constructiviste de la théorie ancrée proposée par Charmaz (2003) est la plus appropriée à mon travail. Charmaz accorde en effet d'avantage

d'importance aux croyances, aux sentiments et aux points de vue implicites des individus interrogés (Charmaz 2007 : 678), dans le but d'investiguer les hiérarchies de pouvoir en action, les relations ou encore les réseaux cachés des individus (Creswell 2007 :65). D'après son approche, le rôle du chercheur est fortement pris en compte dans l'analyse des données. Celui-ci module en effet la direction de la recherche et des théories émergentes par le biais de ses choix méthodologiques, de ses expériences, de ses croyances, ce qui fait de son travail, une construction « suggestive et incomplète » (Creswell 2007 :66). Le résultat auquel j'aboutirai sera ainsi considéré comme une interprétation de la réalité et non pas une représentation exacte et complète de celle-ci (Charmaz 2007 :678).

METHODOLOGIE

Terrain de recherche et échantillonnage

Pour investiguer la problématique de l'état de santé sexuelle de personnes migrantes séjournant de manière irrégulière en Suisse j'ai choisi comme terrain de recherche une association Lausannoise offrant des prestations hygiénico-sanitaires gratuites ou à de très bas prix à des personnes démunies. Le choix de cette association a été déterminé en premier lieu par le fait qu'une grande majorité de ses bénéficiaire est migrante et très souvent sans un permis de séjour régulier. En deuxième lieu ce qui en faisait un terrain de recherche intéressant était la forte présence de migrants d'Amérique latine, qui comme je l'ai énoncé dans ma problématique, n'ont pas été compris dans les études menées par l'Office Fédéral de la santé publique. Troisièmement ce qui était intéressant pour mon travail, c'était la présence régulière dans les locaux de l'association d'une formatrice en santé sexuelle, travaillant dans le cadre d'une fondation Lausannoise dans un groupe spécifiquement conçu pour la prévention et l'éducation sexuelle auprès des populations migrantes.

Afin de récolter des données variées et de trianguler et multiplier les voies d'accès au terrain j'ai choisi d'interroger, dans chacun des trois exercices prévus dans ce cours, des personnes se situant dans une position et un rôle différent vis-à-vis de ma problématique.

J'ai ainsi :

1. Observé une intervention de la formatrice en santé sexuelle, que j'appellerai ici Bianca, auprès de trois personnes migrantes irrégulièrement provenant d'Amérique Latine, que j'appellerai Paulo, Tito et Maria. Cette observation avait le but de relever et observer quelles étaient leurs demandes, leurs problèmes et leurs conduites en

matière de sexualité, ainsi que de mieux comprendre le contenu et la nature de l'intervention proposée par Bianca.

2. J'ai en suite interrogé la responsable du projet d'intervention, de prévention et d'éducation sexuelle auprès des populations migrantes, que j'appellerai ici Valérie, dans le cadre d'un entretien d'experts. Cet entretien avait comme objectif de comprendre quelle était son point de vue sur l'état de santé sexuelle de la population migrante irrégulièrement. Son point de vue étant intéressant de part la qualité d'experte de Valérie et sa grande expérience sur le terrain auprès des communautés migrantes.
3. J'ai pour finir tenté de saisir le réseau de soutien en matière de santé d'une personne migrante irrégulièrement en Suisse en provenance du Magreb.

Pour ce rapport final, j'ai décidé de fonder mon analyse sur les résultats des deux premiers exercices en excluant le troisième, notamment la saisie d'un réseau de soutien. Cette exclusion est déterminée à la fois par des difficultés méthodologiques rencontrées lors de l'exercice et à la fois par l'éloignement des résultats obtenus de la problématique sur laquelle je travaille.

RECOLTE DES DONNEES

La récolte des données a été réalisée par le biais de méthodes différentes : une observation et un entretien, conformément aux directives qui nous ont été données dans le cadre de ce cours. Cela dit, j'ai par la suite affiné ces choix méthodologiques, dans le but de les adapter au mieux à mes interlocuteurs, à la situation de terrain et à mes objectifs.

Observation

J'ai réalisé mon observation le jeudi 24 octobre de 16h30 à 18h30, lors d'une intervention de Bianca à l'association cible de mon terrain. Les interventions de Bianca se construisant de manière spontanée et informelle j'ai négociée avec elle d'y participer en m'asseyant à la table où l'intervention allait se dérouler, de me présenter brièvement et par la suite d'observer leur conversation. L'observation que j'ai menée a donc été une observation participante dans le sens où j'ai partagé la table avec les personnes concernés, j'ai échangé des regards avec eux, j'ai répondu aux questions qui m'ont été adressées et j'ai à quelques reprises formulé discrètement mon avis. Ma participation est néanmoins resté moindre car je ne pouvait y participer ni en tant qu'intervenante ni en tant que cible de l'intervention. Cette marginalité de participation avait l'avantage, mon but étant de saisir les points de vue des participants, de laisser émerger de manière spontanée les thématiques de discussion, sans

les diriger par mes propres expériences ou catégories. En dernier lieu cela m'a laissé le temps de prendre des notes précises, non seulement sur le contenu des échanges, mais aussi sur les dynamiques de conversation (qui parle à qui, qui répond à la question, etc.).

Entretien d'expert

Avec Valérie j'ai choisi de mener en entretien d'expert, et donc un type spécifique d'entretien semi-structuré, dans lequel mon interlocuteur, de part son expérience professionnelle, peut être considéré un expert de la prise en charge des personnes migrantes en matière de santé sexuelle¹. L'intérêt de ce type d'entretien est de pouvoir se concentrer sur les compétences d'experts de l'interviewé dans le domaine de la santé sexuelle et de le considérer comme représentant de manière plus générale la catégorie professionnelle à laquelle il appartient. Ce type d'entretien me semblait particulièrement adapté car il permet de reconstruire et relever à la fois des éléments du contexte dans lequel s'inscrit la prise en charge de la santé sexuelle des personnes migrantes en Suisse, et à la fois des informations au sujet des processus dans lesquels sont pris les acteurs (Flick 2009 :165-167).

Mon objectif était en effet en premier lieu de mieux comprendre quels sont les besoins, les difficultés et les enjeux en matière de sexualité par lesquels les personnes migrantes irrégulièrement et en particulier celles en provenance d'Amérique latine sont concernées. Deuxièmement il s'agissait de comprendre comment ce groupe d'intervention auprès des communautés migrantes en matière de sexualité s'est construit. Je m'intéressais à savoir si sa constitution reposait sur des difficultés, des besoins ou objectifs particuliers propres à cette population et lesquels.

Prise de notes

Parallèlement à la récolte de mes données sur le terrain et à la transcription de mon observation et de mon entretien, j'ai constamment pris des notes méthodologiques, analytiques et rédigé un cahier de bord. Cette prise de notes, qui s'inscrit dans une démarche de théorie ancrée présupposant un aller et retour constant entre le terrain et la réflexion du chercheur a été très riche et m'a permis de clarifier et de reconnaître les obstacles méthodologiques rencontrés, les limites des données recoltés ainsi que des pistes d'analyse possibles.

ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données a été réalisée en deux phases. Premièrement j'ai procédé à une

¹ La grille de questions adressées à Valérie est disponible en annexe.

relecture et une analyse globale des données recoltées et de mes notes analytique (Flick, 2009 : 328-329). Cette première phase d'analyse m'a permis d'avoir une vision plus globale de mon matériel de travail et de formuler la décision d'exclure les données relatives à la saisie du réseau.

Deuxièmement j'ai procédé à un codage théorique des données, en interrogeant le texte, comme le suggère Charmaz (2003 : 684) par la question « what is happening in the data ? ». Une série de premiers codes (« open coding ») ont ainsi été générés, tels que « tabous au sujet de la sexualité culturellement détarminé », « religion demande de parler de sexualité différemment », « préservatif est associé aux prostituées » ou encore « santé est importante car nécessaire pour travailler ». Ces premiers codes avaient comme objectif de capturer l'essentiel de ce qui se joue dans un passage d'entretien et de le condenser tout en ne perdant pas de vue sa complexité (Charmaz, 2003 : 684). Dans un deuxième moment ces codes ont été regroupés en familles de codes, désignés par un code plus abstrait et analytique, tel que « méconnaissance en matière de sexualité et de transmission des maladies amène à des représentations erronées de la contraception ».

Ce travail de codage a permis de faire émerger trois thématiques principales :

1. Les obstacles structurels qui se posent pour les personnes migrantes « sans-papiers » dans l'accès aux soins.
2. la déficience de connaissances de base et ses conséquences possibles.
3. la médiation culturelle dans les discours abordant la sexualité.

RESULTATS DE RECHERCHE

Migration : barrières dans l'accès à la santé publique

Dans le cadre de ce travail je m'intéressais entre autre à comprendre quels pouvaient être les barrières et les obstacles rencontrés par des personnes migrantes en Suisse sans permis de séjour dans leur accès aux soins. A ce propos, les données ont fait émerger en particulier trois facteurs pouvant constituer des obstacles à ce niveau:

- La maîtrise de la langue locale, notamment le français
- La précarité économique
- La peur du renvoi

La langue peut constituer, d'après Valérie, non seulement une barrière dans l'accès aux structures de soin en terme de communication avec les professionnels de la santé mais aussi dans l'accès à un certain nombre de connaissances. A la non maîtrise du français se rajouterai en outre, pour un certain nombre de personnes, le problème de

l'analphabétisation, leur empêchant de lire et accéder à des informations ressource ainsi que d'écrire.

La précarité économique, peut d'autre part entrer en jeu dans l'accès aux soins à plusieurs niveaux :

En premier lieu, comme l'explique Valérie, une grande précarité économique par fois associée à une situation de précarité de séjour, constitue un climat de stress pour l'individu concerné qui doit faire face à des problèmes urgents et à des besoins immédiats de survie : « il faut qu'ils aient à manger, qu'ils puissent avoir un toit ». Ceci contribuerait d'après son expérience à façonner les priorités de l'individu, pour lequel la santé et la prévention ne représenteraient pas une préoccupation primaire : « ce qui concerne la sexualité, la prévention que ce soit des infections sexuellement transmissibles, des grossesses ou autre, c'est pas leur premier souci »

Deuxièmement la précarité économique, que ce soit dans un cadre d'irrégularité de séjour ou pas, constitue un obstacle vis-à-vis des frais de santé, pouvant être inaccessibles pour certains. D'après Valérie, les mesures de prévention en matière de santé sexuelle, seraient ainsi souvent sacrifiées en absence d'un maître ou de symptômes importants : « (...) Pour certaines choses ça coute cher et même pour des personnes qui ne sont pas dans des situations d'irrégularité, qui ont des permis et puis même des personnes suisses, quand on voit un bilan par rapport aux infections sexuellement transmissibles qui coute 500.- et puis qu'on a une franchise à 2000.-, je sais pas combien ben..., si il y a pas de symptômes, de grosses problématiques, ils vont y renoncer. »

Lors de mon observation Maria avait exprimé la même difficulté en expliquant qu'elle et ses enfants ne pouvaient pas toujours faire les visites médicales nécessaires faute de moyens financiers. Ceci tout en ayant récemment stipulé une assurance maladie car la franchise est trop haute.

L'irrégularité de séjour, en troisième lieu, joue d'après ma lecture des données un double rôle.

D'un côté elle participe à la précarisation, entre autre économique, des individus. Maria par exemple disait ne pas avoir trouvé un emploi suffisamment rémunéré pour elle et sa famille et disait devoir se contenter de travailler une dizaine d'heures par semaine sans contrat.

D'autre part l'irrégularité de séjour constituant une infraction à la loi suisse sur les étrangers, ceux-ci se trouvent constamment exposés au risque d'être identifié et expulsé du territoire par les autorités. D'après l'expérience de Valérie, « (...) il y a toujours cette peur de voilà, d'être renvoyé, et c'est vrai qu'on préfère pas aller chez le médecin, ou seulement au dernier moment, parce que voilà, devoir donner son nom, devoir donner sa situation, c'est une

menace. »

Cela dit me semble utile de préciser que toutes les problématiques qui ont été discutées dans ce chapitre ne concernent pas toutes les personnes migrantes en Suisse, celles-ci étant un groupe très hétérogène. Il s'agit d'obstacles pouvant toucher d'avantage des personnes ou familles migrantes en Suisse dans un contexte de précarité de séjour ou de précarité économique. D'autre part certaines de ces mêmes problématiques peuvent toucher des personnes non migrantes se trouvant dans une même situation de précarité.

Besoins d'informations et de connaissances de base

Le deuxième aspect important émergeant de mon terrain est celui rattaché aux connaissances en matière de sexualité des personnes destinataires des prestations de Maria et du service géré par Valérie.

Valérie identifie chez les bénéficiaire de son service un manque de connaissances anatomiques et physiologiques de base au sujet de la sexualité ainsi que sur les maladies sexuellement transmissibles. D'après son point de vue ces lacunes ont un impact sur leurs conduites, notamment pour ce qui concerne les grossesses non désirées, les interruptions de grossesses et la transmission de maladies. Un des objectifs de leur intervention est ainsi d'amener des informations et des connaissances, ce qui ressort aussi de l'observation que j'ai réalisé lors de l'intervention de Bianca. Celle-ci c'est en effet concentrée sur des notions médicales et d'hygiène de base, pouvant fournir des instruments supplémentaires aux participants, qui eux n'ont pas formulé grand nombre de questions mais qui ont essentiellement écouté et réagi lorsque Maria leur posait des questions. Leurs réponses aux sollicitations de l'intervenante, en particulier lorsqu'elle leur a soumis une série de questions sur leurs connaissances en matière de sexualité, ont effectivement fait émerger des lacunes de connaissances.

Tito dit par exemple savoir que le SIDA vient d'Afrique et qu'il concerne donc essentiellement les personnes africaines. Il dit aussi penser que les maladies se transmettent par les moustiques et, comme Paulo, qu'il est possible de les contracter à la piscine. Paulo manifeste en outre une faible familiarité avec les moyens de contraception. Ce dernier dit en effet ne jamais avoir vu un préservatif et ne pas savoir le manipuler et l'utiliser.

Cela dit, tout en reconnaissant chez les interlocuteurs de Bianca des lacunes ou de fausses croyances au sujet des infections sexuellement transmissibles, je me suis rendue compte que moi aussi, en tant qu'observatrice, je n'étais pas toujours certaine de la bonne réponse. En outre, lorsque Maria a montré aux trois un préservatif féminin, qu'ils n'avaient jamais vu, j'ai réalisé que j'en n'avais jamais vu non plus. Une infirmière à coté de notre table, travaillant

dans la structure a en outre exclamé : « c'est quoi ça !? Un préservatif d'éléphant ? ». Visiblement l'infirmière n'en avait jamais vu elle aussi et trouvait ça bien amusant. Ceci pour en venir à dire, que d'après mon observation, les personnes migrantes cible de l'intervention de Bianca n'étaient pas les seules à ne pas savoir toutes les réponses ou à ne pas connaître tous les moyens de contraception dans les détails. Moi même, et l'infirmière aussi, non migrantes et malgré nos formations, avons des doutes et des lacunes à ce propos.

Il me semble qu'il est donc pertinent de mettre en doute le lien direct entre certaines lacunes techniques en la matière, ou la faible éducation scolaire des personnes cibles et des conduites à risque en matière de sexualité. J'estime que la réalité cache plus de complexité, qui avec ce terrain restreint est néanmoins difficile à sonder plus en profondeur.

Une piste qu'il serait intéressant d'approfondir d'avantage et qui pourrait peut être éclairer en parti la question, est la manière dont certaines représentations négatives, par exemple au sujet du préservatif, se construisent chez les interlocuteurs de Bianca. Paulo soulève en effet une remarque intéressante lorsqu'il dit qu'il ne fait pas usage du préservatif et préférer avoir des rapports non protégés car le préservatif est à utiliser uniquement avec les prostituées. Il explique que si il proposait à une fille de mettre le préservatif celle-ci pourrait se vexer car cela insinuerait qu'il la considère « comme une prostituée ». Lorsque Maria lui propose d'en manipuler un il manifeste un certain dégoût et refuse de le toucher.

Pour mieux comprendre comment cette relation au préservatif s'est construite, il aurait été néanmoins nécessaire de faire un entretien plus approfondi avec Paulo, ce qui n'a pas été possible.

Nécessité d'une médiation culturelle pour discuter de sexualité ?

Un troisième élément très fortement présent dans le discours de Valérie est la nécessité, pour pouvoir dialoguer de sexualité avec des personnes migrantes en Suisse et leur donner ainsi des informations et des outils utiles à leur santé sexuelle, d'adapter les discours ainsi que l'attitude et le choix des mots à leur culture d'origine. Elle dit en effet que « parler de sexualité, selon les cultures, c'est pas évident », c'est pourquoi leur approche est celle de faire de la prévention par les pairs, avec « des personnes migrantes elles mêmes qui vont aller faire de la prévention auprès d'autres personnes migrantes ».

Elle signale que selon les religions et les cultures des interlocuteurs, ceux-ci peuvent être attachés à des pratiques différentes en matière de sexualité, attribuer une valeur différente par exemple aux règles et à la contraception et avoir ainsi des besoins spécifiques et différents. Valérie explique que c'est pour ces raisons que son unité intervient dans les différentes communautés présentes sur le territoire de manière spécifique et chaque fois

adaptée.

Cette approche d'intervention est à comprendre dans une vision en compartiments de la culture en tant que réalité, que Valérie me transmet avec l'expression suivante : « (...) culture veut dire que j'ai une valeur différente de l'autre et l'autre a des valeurs différentes que moi. (...) Rien qu'en Suisse, on change de canton, c'est une autre culture. On passe la frontière, la barrière du Rosti, comme on dit, voilà, du côté alémanique il y a peut être une autre manière, d'autres comportements, d'autres valeurs, (...) ». C'est ainsi que pour Valérie une personne migrante est dans un entre deux et doit faire un pont entre deux cultures, une de là bas et l'autre d'ici, et que les médiateurs culturels sont des personnes qui « ont adopté un bout des pratiques d'ici, (...) mais qui connaissent très bien la culture d'origine ».

La prise en charge de son untié doit donc être comprise et replacée dans cette vision des choses.

Dans le cadre de mon observation je n'ai à aucun moment, si l'on exclue la maîtrise de l'espagnol, observé une adaptation particulière des mots ou du discours. J'ai plutôt eu l'impression que le même discours pouvait être adressé à toute autre personne autochtone.

Là encore, le sujet mériterait et nécessiterait d'un plus grand approfondissement et d'un terrain plus vaste, pour véritablement sonder comment se construisent les échanges entre les médiateurs et les membres de telle ou telle autre communauté.

Ce qui peut à ce stade être mis en avant est plutôt une perplexité quant à une vision de la réalité sociale comme étant composée d'unités (les communautés par exemples), partageant homogénéement une même culture, différente de celle des autres, mais proche de celle des médiateurs, migrants eux mêmes ou issus d'une deuxième ou troisième générations de migrants.

CONCLUSIONS

Arrivée au bout de ce petit travail de recherche, il me semble que celui-ci n'apporte pas grand nombre d'éléments nouveaux par rapport à ceux qui ont pu être mis en évidence dans les rapports de l'OFSP ou dans la publication de Efonay-Mäder et al. (2010), mais qu'il pourrait être considéré comme un travail exploratoire, faisant émerger des pistes intéressantes à développer. Comme dans les publications que je viens d'énoncer en effet, la précarité économique ainsi que la peur du renvoi, émergent comme des éléments d'obstacle à l'accès aux soins pour les personnes sans permis de séjour. D'autre part, ce qui me semble plus intéressant et qui mériterait peut être un approfondissement, est la manière dont les personnes construisent leurs représentations des moyens de contraception, et l'usage qu'ils en font, et de quelle manière dans ce processus des éléments culturels ou les

pratiques religieuses entrent en jeu. De la même manière il serait intéressant d'investiguer quel est le rôle de la maîtrise de notions physiologiques de base concernant la reproduction et les maladies sexuellement transmissibles, dans la vie quotidienne des personnes et leur conduites en matière de sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

Bryant, A. & Charmaz, K. (2007). Grounded Theory Research : Methods and Practices. In A. Bryant & K. Charmaz (éd), *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (1-28). SAGE.

Efionayi-Mäder, D., Schönenberger, S., Steiner, I. (2010). Visage des sans-papiers en Suisse. Evolution 2000-2010, Commission fédérale pour les questions de Migration CFM. Berne.

Efionayi-Mäder, D., Wyssmüller, C. (2011). Undocumented Migrants : their needs and stratégies for accessing health care in Switzerland Country Report on People & Practices. Swiss Forum for Population and Migration Studies (SFM). Neuchâtel.

Charmaz, K. (2003). Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis. In J. Gubrium, and A. Holstein (eds), *Handbook of Interview Research. Context and Methods* (675-694). Thousand Oaks : SAGE.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research design – Choosing Among five Approches*. USA : SAGE.

Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. London : SAGE Publication.

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2008). Migration et Santé - Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013). Berne.

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2007). Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ? – Les principaux résultats du « Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse ». Berne.

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2012). Santé des migrantes et des migrants en Suisse – Principaux résultats du deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse 2010. Berne.

Wyssmüller, C. et Bülent, K. (2009). Migration et santé – Vue d'ensemble d'un choix d'ouvrages spécialisés, publiés de 2006 à 2008. Office fédéral de la santé publique OFSP. Berne.

ANNEXES

1. Grille de l'entretien d'expert

1. Introduction sur le métier

- Pouvez-vous me parler de votre profession ?
- Comment s'est construit le groupe migration et intimité ?
- Sur la base de quelles considérations, demandes, besoins, soucis ou informations ?
- Dans quelles circonstances rencontrez-vous des personnes migrantes ?
- Parlez-moi des personnes migrantes auxquelles vous vous êtes confronté dans votre pratique professionnelle.
- Quels sont leurs besoins? Leurs difficultés? leurs demandes? leurs conduites?
- Quels sont votre mission et votre rôle professionnel vis-à-vis de ces personnes ? Vis-à-vis de l'équipe migration et intimité ?

2. Dispositif d'intervention

- Vous avez constitué deux groupes d'intervention précis, relativement à deux communautés précises, quelles sont les raisons qui vous ont amené à ce dispositif? Pourquoi ces communautés? Pourquoi une intervention ciblée à un groupe spécifique?
- En quoi est-ce que ces communautés se caractérisent par des besoins, difficultés, etc. qui leur sont propres?
- Quelle est votre expérience professionnelle avec la communauté latino américaine?
- En quoi est-ce que l'intervention qui y est faite se différencie de celle construite pour la communauté africaine par exemple? ou de celle faite dans les écoles? Sur la base de quoi cette intervention se construit-elle ?

3. Situation des personnes migrantes

- Quels sont les obstacles auxquels se confrontent les personnes migrantes que vous rencontrez? En particulier quels sont d'après vous les obstacles pour une amélioration de leur santé sexuelle?
- Quels sont d'après vous les enjeux principaux auxquelles elles se confrontent en matière de sexualité?
- Quels sont les processus et les dynamiques sous-jacentes leurs conduites, leurs croyances, leurs choix en matière de sexualité?
- Quelles sont les ressources sur lesquelles elles s'appuient?
- Pouvez-vous me faire l'exemple d'une situation qui vous semble particulièrement représentative ou qui vous a frappée ?

4. Permis de séjour

- quel est le statut de séjour des migrants que vous avez rencontré?
- Qu'est-ce que le statut légal représente-il pour les personnes que vous avez pris en charge?
- que représente-t-il pour votre travail et votre mission? en quoi participe-t-il à l'état de santé des personnes migrantes? à leurs conduites? à votre intervention? etc.

5. Autre

- Il y a-t-il d'autres éléments, enjeux, questions qui vous paraissent importants et dont nous n'avons pas discuté ? Lesquels ?