

# Prévention du diabète de type II dans la population à risque, marocaine immigrée de deuxième génération, du quartier des Marolles

Analyse des représentations de la relation soignant – immigrant par le biais du concept de la confiance

Maureen Hostetter, diététicienne, licenciée en éducation pour la santé et France Libion, chercheuse, université catholique de Louvain, faculté de médecine, école de santé publique, unité d'éducation pour la santé (RESO)

.....

*Le diabète de type II reste un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Parmi les populations immigrées du quartier des Marolles, les Marocains sont majoritaires et des études ont montré que la maladie est plus fréquente et moins bien contrôlée dans cette population. Cette étude, réalisée dans le cadre d'un mémoire de licence en Education pour la santé (université catholique de Louvain - RESO) tente de mettre en évidence les représentations de la relation dite « interculturelles » de l'immigrant et de son soignant, par le biais du concept de la confiance qui est le lit d'une relation de qualité.*

*Il en ressort que les actions de promotion de la santé, dont la prévention primaire, doivent être pensées en tenant compte des caractéristiques psycho-socio-culturelles de cette population.*

.....

**Mots clefs :** représentation de la santé et de la maladie, culture et santé, relation soignant-soigné, promotion de la santé.

Article paru dans la revue Education du patient.

Certains obstacles à la réussite des actions de promotion de la santé sont liés aux particularités du diabète. Cette maladie a trois dimensions, pathologique de par son évolution chronique et insidieuse, sociale car elle a un retentissement important tant au plan personnel, familial, social que symbolique et religieuse dans la population musulmane pratiquante.

Le quartier des Marolles est un quartier encore socialement défavorisé, situé dans la commune de Bruxelles-Ville, dont une grande partie de la population est issue du quart-monde ou de l'immigration. En 2003, la maison médicale des Marolles, avec différents partenaires (associatifs, médicaux, sociaux) du quartier, proposait de créer un réseau Santé-Diabète<sup>1</sup> qui permettrait de dynamiser et d'augmenter leurs ressources communautaires et professionnelles. Une analyse des besoins<sup>2</sup> des patients diabétiques de type II réalisée par la maison médicale des Marolles avait montré l'importance du besoin de sensibiliser la famille. Lorsqu'un parent est diabétique, 20 % des enfants le deviendront avant l'âge de soixante ans et 40 % au cours de leur vie.

Parmi les populations immigrées du quartier des Marolles, les Marocains sont majoritaires. Des études ont montré leur sensibilité face au diabète qui est plus fréquent et moins bien contrôlé. Les personnes immigrées vivant dans les pays développés constituent également des populations

particulièrement sensibles dans leur relation avec les soignants. Dans le cadre de ce réseau, la population tient la place centrale. Cette recherche exploratoire tente de mettre en évidence les représentations de la relation soignant – immigrant par le biais du concept de la confiance.

Les objectifs généraux de ce travail sont d'ouvrir des pistes et des perspectives en promotion de la santé pour adapter la prévention et l'accompagnement de cette population afin de proposer des actions préventives du diabète de type II, efficaces et pérennes.

L'objectif spécifique de cette recherche est de faire émerger les représentations des soignants et de la population immigrée ciblée dans ce travail, concernant leur relation par le biais du concept de la confiance. Ces représentations déterminent la qualité de la relation et dans le contexte d'une action à visée préventive, déterminent de ce fait le succès de cette intervention.

.....

## La relation soignant – immigrant, la confiance, la communication

Le terme d'immigrants est utilisé pour désigner les « Marocains immigrés de deuxième génération ». Il s'agit de la première descendance de personnes marocaines ayant immigré en Belgique. Dans ce travail, les immigrants

## • Prévention du diabète de type II dans la population à risque, marocaine immigrée de • deuxième génération, du quartier des Marolles • (suite) • • • • • • • •

présentent un antécédent familial de diabète de type II.

Par soignants, sont désignés les professionnels de santé impliqués dans la problématique du diabète de type II au sein de cette population par leur pratique professionnelle (diététique, médecine générale, endocrinologie). La relation du soignant avec l'immigrant est une relation qui n'est pas égalitaire. Il s'agit d'une situation interculturelle<sup>3</sup> qui est l'interaction de deux identités, où les systèmes de valeurs ne coïncident pas.

La confiance : avoir confiance<sup>4</sup>, ce n'est pas avoir d'une assurance totale. Faire confiance, c'est reconnaître que le dépositaire de cette confiance possède en lui certaines ressources qui lui permettent d'acquiescer et d'exploiter le pouvoir avec discernement. Tout comme le pouvoir, il est possible d'accepter de prendre ou de refuser la confiance.

La communication : on peut réunir ses différents aspects en disant : « communiquer signifie mettre ou avoir quelque chose en commun », sans préjuger de ce « quelque chose » ni des voies qui servent à la transmission, non plus que des termes (individus, groupes,...) qui s'activent au partage. Le verbe « communiquer » se conjugue aisément à l'intransitif, comme si l'action ou l'état qu'il désigne conservait une forme secrètement réflexive, voire impersonnelle. Dialoguer, c'est « tomber d'accord », c'est faire la double opération de légitimation de l'interlocuteur et de l'objet en question par une série d'allers et retours entre les interprétations. C'est « tomber » sur une entente minimale qui préserve et fortifie une liaison

possible par une « mise en commun » du sens commun du discours qui caractérise le dialogue. Cette « mise en commun » travaille à la fois à nuancer et à égaliser les différents codes au prix de quelques efforts pour arriver à nous comprendre ».

La relation soignant – immigrant est une situation interculturelle caractérisée par de multiples facteurs qui peuvent être source de distorsions dans la communication. Compte-tenu de la méconnaissance globale de l'autre (soignant / immigrant), il existe dans cette interaction des préjugés qu'ont les professionnels de la santé concernant ce type de population. Entre autres, cette population serait caractérisée par « un fatalisme », un manque de compétences pour traiter les informations, un accès limité aux canaux de communication et une méfiance vis-à-vis des institutions.

Un modèle intégratif a été réalisé (voir figure 1). Il reprend les différents facteurs d'interaction rencontrés dans cette problématique :

- Les facteurs liés aux intervenants dont les représentations ;
- Les facteurs liés à la personne dont les représentations ;
- Les facteurs contextuels et institutionnels ;
- Les interventions socio-politiques (accessibilité) ;
- La qualité de vie et le bien-être, finalité d'une démarche de promotion de la santé considérant le mode de vie, déterminé par les comportements de santé influencés par les caractéristiques de la population immigrée dite « défavorisée » et les facteurs liés au diabète de type II.

Il apparaît qu'outre le respect et la

communication au sein de cette relation, un concept essentiel à approcher est la confiance qui est le lit d'« une relation de qualité<sup>5</sup> ». Cette relation de confiance est en elle-même les prémices d'une intervention de prévention et en déterminera sa pertinence et son acceptation.

### • • • • Méthodologie

Cette étude a été menée en utilisant l'approche qualitative qui vise une « recherche d'une diversité et non d'une représentativité ». L'approche qualitative consiste en une recherche intensive qui s'intéresse à des échantillons, ceux-ci sont étudiés en profondeur. Ce qui permet ensuite d'innover et d'augmenter la connaissance dans une problématique donnée.

La méthode de recueil des informations retenue pour cette recherche est l'enquête par entretiens semi-dirigés, en face-à-face avec les interviewés. Ce type d'outil permet l'obtention de données riches et diversifiées. Cependant, le chercheur doit à tout moment être conscient de sa subjectivité et du fait que toute interaction verbale est source d'interaction réciproque ce qui n'est pas sans influencer les propos et les opinions.

Partant du problème de santé abordé, en l'occurrence la relation au sein de la relation soignant – immigrant, les éléments constitutifs de la confiance dans cette relation thérapeutique ainsi que des représentations ont été mis en évidence. Une check-list a été établie en reprenant les informations à recueillir au cours de l'entretien. Cet outil a été pré-testé auprès d'un

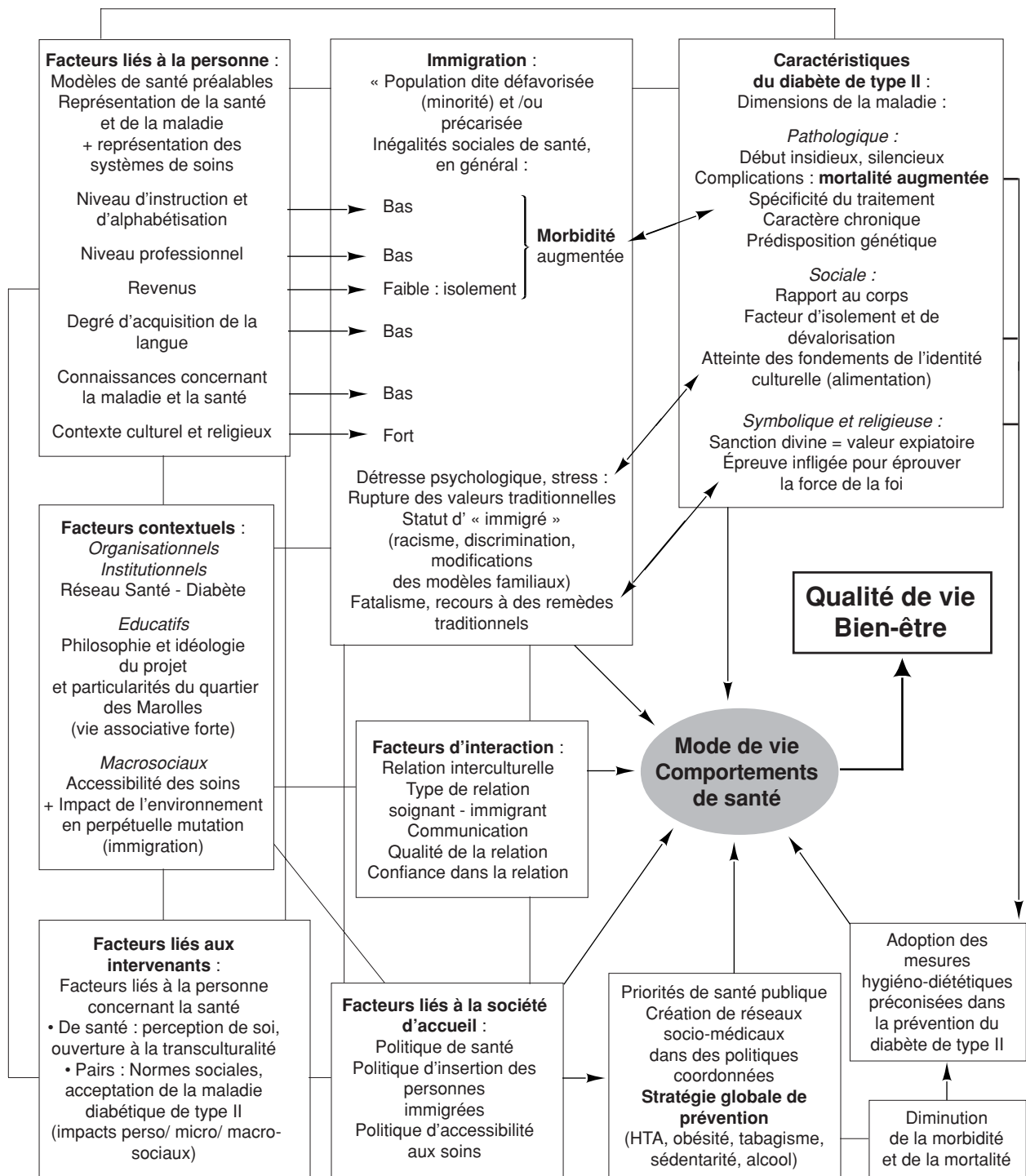


Figure 1. Cadre problématique général (Hostetter M., d'après le modèle intégratif de Deccache A., 1996).

• **Prévention du diabète de type II dans la population à risque, marocaine immigrée de**  
 • **deuxième génération, du quartier des Marolles**  
 • **(suite)**  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •

soignant et d'un immigrant, ces entretiens entrent dans l'analyse finale. Pour faciliter la lecture et l'analyse des entretiens, un outil de recueil des données a été élaboré sur la base de la check-list en utilisant la méthode catégorielle.

**Tableau 1 :**  
Grille d'analyse par la méthode catégorielle (sept catégories).

1. Confiance du soignant
2. Confiance de l'immigrant
3. Signification de la confiance
4. Limites de la confiance
5. Confiance et applications pratiques
6. Importance de la confiance dans l'accompagnement
7. Islam et santé <i>Après le pré-test. ajout de la catégorie « Islam et santé »</i>

Le choix de toutes les personnes interrogées s'est fait sur base d'une part, de leur disponibilité et d'autre part, de leur volonté de participer à cette étude et des réseaux de connaissances.

Pour les immigrants ce choix s'est basé sur la caractéristique « immigrés marocains de deuxième génération à risque (antécédent familial de diabète de type II).

Pour les soignants, la caractéristique retenue concerne leur implication pratique par rapport au diabète de type II et de sa prévention au sein de la population de l'étude.

Le nombre de femmes et d'hommes rencontrés est dû au hasard de la disponibilité et de la volonté à participer à l'étude.

Le choix des institutions s'est fait de par la population étrangère généralement d'origine maghrébine, marocaine en majorité, qui fréquente ces institutions de soins. La maison médicale des Marolles et le centre médical du Miroir se situent au cœur

les soignants de l'hôpital universitaire. Il est à relever qu'une conscientisation plus générale au sein des soignants impliqués dans ce réseau est indispensable pour que celui-ci soit efficace. Ou alors, que l'implication de chacun soit discutée à nouveau en

**Tableau 2 :** Description de l'échantillon.

<b>Immigrants</b>	<b>Soignants</b>
<b>Total</b>	<b>Total</b>
2 hommes 5 femmes	1 homme (d'origine marocaine) 6 femmes (1 d'origine turque et 5 d'origine belge)
	Répartition des soignants par institution :
	Maison médicale des Marolles ..... 4
	Centre médical du Miroir ..... 1
	Hôpital universitaire Erasme ..... 2
<b>Description des immigrants</b>	<b>Description des soignants</b>
I1 : 42 ans, Homme	S1 : 46 ans, Femme
I2 : 33 ans, Femme	S2 : 35 ans, Femme
I3 : 34 ans, Femme	S3 : 48 ans, Femme
I4 : 25 ans, Femme	S4 : 47 ans, Femme
I5 : 24 ans, Femme	S5 : 22 ans, Femme
I6 : 26 ans, Femme	S6 : 47 ans, Femme
I7 : 36 ans, Homme	S7 : 37 ans, Homme

du quartier des Marolles. L'hôpital universitaire Erasme se situe à Anderlecht, une commune où la concentration de personnes d'origine marocaine est importante. Le service d'endocrinologie accueille une patientèle dont le tiers est d'origine marocaine.

••••  
**Un fossé culturel**

Il semblerait que les soignants impliqués dans le réseau Santé - Diabète aient les mêmes représentations que

s'accordant sur la philosophie du réseau.

Il y a une relation d'autorité encore fort prégnante dans la pratique de la majorité des soignants, la relation se fait quasi uniquement dans le sens du soigné envers le soignant et très rarement dans le sens inverse. Dès lors, il y a peu de place pour une confiance dans le sens du soignant vers l'immigrant. Certains soignants hésitent à amorcer le dialogue pour « tomber d'accord » avec leurs patients et à proposer certains changements d'habitudes de peur de les importuner. Ce

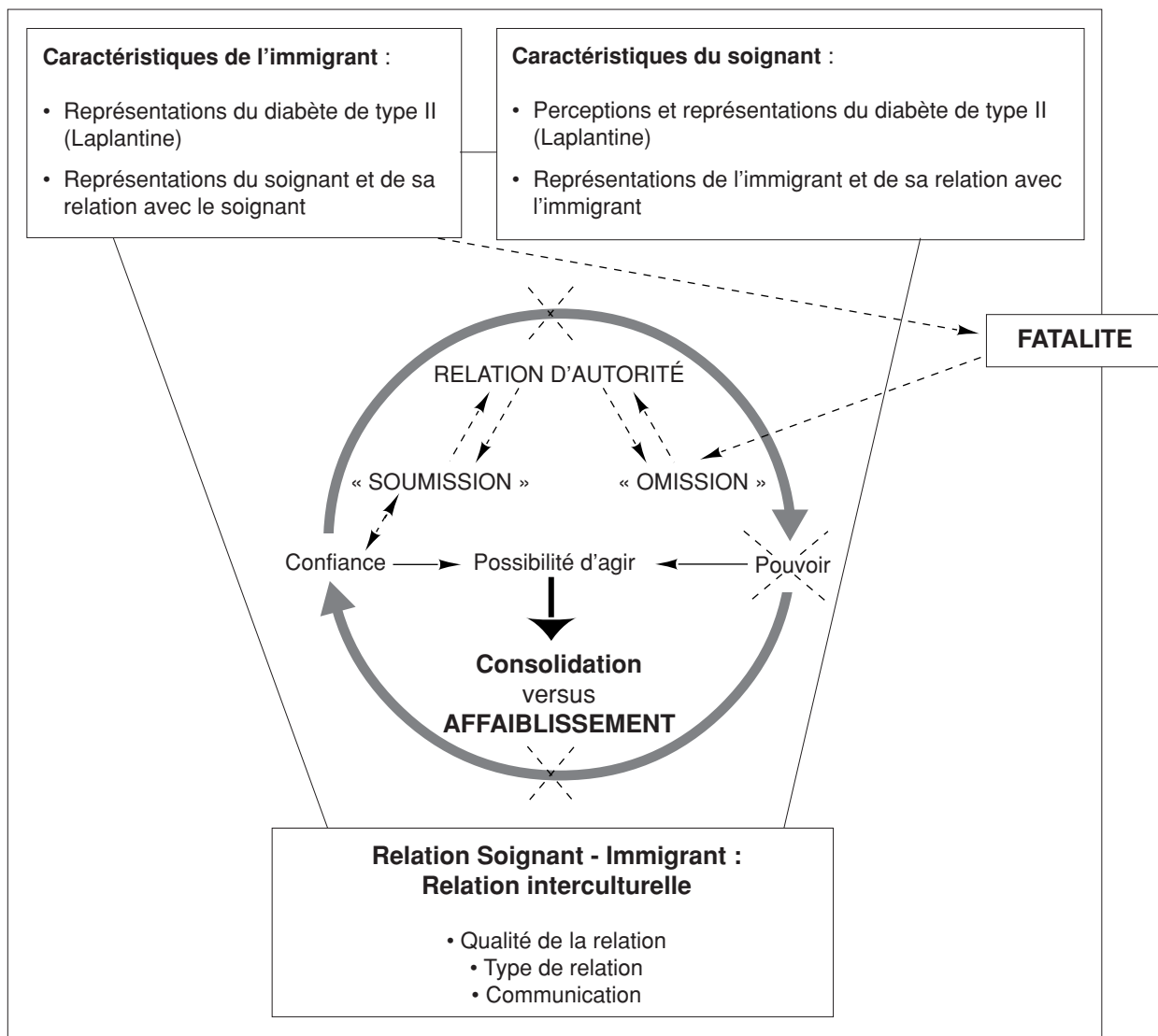
travail semble mettre en évidence que la relation entre un immigrant et un soignant de la même culture pose certaines difficultés.

Certains freins au travail de prévention ont également pu être relevés. Il s'agit

de contradictions entre le discours et l'attitude des immigrants. Il semble que dans leur discours, l'attention et l'intérêt sont plus recherchés et prisés que l'aspect curatif. En réalité, ils restent encore fort dans cette démarche médicale sans en parler à leur

soignant. Ce qui remet en question la relation de confiance qu'ils disent entretenir avec leur soignant. Ceci creuse encore le fossé culturel entre leur logique de « gestion » de santé, qui reste empreinte d'une fatalité et d'une certaine soumission dans la

**Figure 2 :** Dynamique théorique de la confiance et dynamique mise en évidence (lettres majuscules et traits pointillés) menant à un affaiblissement pour l'immigrant dans sa relation avec son soignant.



**PREVENTION DU DIABETE DE TYPE II**

• **Prévention du diabète de type II dans la population à risque, marocaine immigrée de**  
 • **deuxième génération, du quartier des Marolles**  
 • **(suite)**  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •

relation, et notre vision occidentale de promotion de la santé centrée sur la participation.

Parmi les freins au travail de prévention, il en ressort une sorte de malaise dans la profession médicale<sup>6</sup>. Une partie des soignants se rendent compte qu'ils pratiquent davantage un travail de *cure* c'est-à-dire « le traitement, la guérison ». Alors que le Réseau privilégié le *care*, c'est-à-dire le « soin, intérêt, attention ». Or, le rôle du soignant est différent dans les deux cas : *care* fait de lui un travailleur social, tandis que *cure* le rapproche du technicien.

Cette étude a également permis de relever certains préjugés. L'existence de contradictions entre le discours et l'attitude des immigrants a également pu être mise en évidence, ce constat rejoint celui de Bennegadi R.<sup>7</sup> qui relevait qu'une partie des difficultés entre soigné et soignant tient à un décalage de la culture. Il existe également une détresse psychologique due entre autres aux tiraillements qu'éprouvent les immigrants face à leurs habitudes socioculturelles et les propositions préventives que les soignants leur soumettent. Ce soutien psychologique doit également être pris en compte si l'on veut approcher la santé dans toute sa globalité.

La relation entre un immigrant et un soignant de la même culture semble poser certaines difficultés. Il n'existait pas de piste à ce sujet dans la littérature. Au départ, l'idée d'une relation facilitée décrite par certains soignants belges, parmi ceux rencontrés, était partagée. Or, il semblerait qu'il n'en est rien car les immigrants estiment que ces soignants ont plus de préjugés

sur la population marocaine immigrée que certains soignants belges. Il semble, dans cette étude, que les soignants d'origine marocaine sont plus directs avec leurs patients en remettant en question des croyances et en proposant davantage de modifications dans leur mode de vie. Ils font également référence à la religion dans leur travail préventif car d'après eux c'est indissociable du mode de vie dans la culture marocaine. Ce qui n'est pas l'avis de la majorité des soignants belges qui évite d'aborder la question.

La difficulté de l'alimentation et de sa symbolique montre à quel point la prévention du diabète de type II doit être pensée en tenant compte des caractéristiques psycho-socio-culturelles de cette population car l'alimentation porte ces différentes dimensions en elle. Il semble que ce travail a permis, en partie, de mettre en lumière

cette pluralité des représentations et de ce fait, il pourrait servir aux professionnels, côtoyant la population immigrante, comme outil dans leur pratique quotidienne. Les représentations du diabète de type II influencent fortement la relation entre le soignant et l'immigrant et il est indispensable que les soignants prennent en compte cette relation dite « interculturelle ». Compte tenu du malaise ressenti, il paraît également nécessaire que les soignants parlent entre eux des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien avec cette population et que Reach G.<sup>8</sup> appelle une « relation thérapeutique ambivalente ».

••••  
**Utopie ou réalité ?**

La prévention du diabète de type II dans la population marocaine immi-



grée de deuxième génération, utopie ou réalité ? Nous misons sur une réalité qui, même si elle n'est pas immédiate, mérite que nous y consacrons du temps et de l'énergie ! Nous espérons que ce travail constituera une pierre de cet édifice de « mise en commun » des représentations pour qu'il ait une existence pérenne et que la « confiance à deux » puisse être, elle aussi, une réalité !

Au terme de cette recherche, diverses pistes et perspectives importantes en utilisant les stratégies d'intervention en promotion de la santé ont été proposées.

### **L'action communautaire**

Promouvoir davantage la participation des pairs au sein du Réseau santé-diabète par la création de « réseaux profanes »<sup>9</sup> qui ont l'avantage d'être culturellement crédibles aux yeux des immigrants.

### **Le développement des aptitudes individuelles et sociales et l'amélioration du milieu de vie**

Il serait nécessaire d'avoir une réflexion concernant le contexte et l'intégration de la diététique au sein du quartier des Marolles et d'y inclure la participation au projet des différentes épiceries du quartier.

Il semble indispensable de s'interroger sur le problème de la communication d'informations et de la prise en compte des représentations des immigrants. Pour améliorer la santé, il faut passer par une amélioration de la communication entre le soignant et l'immigrant qui ne se limiterait pas à des échanges sur la maladie et ses risques. La responsabilité de l'immigrant ne peut s'exercer que s'il dispose d'une liberté de décision et des informations néces-

saires pour l'amener à poser des choix éclairés qui peuvent influencer la Santé. Il est indispensable de replacer les savoirs à s'approprier par l'immigrant dans ses représentations, différentes de celles des soignants, et de réfléchir à leur applicabilité dans son contexte de vie. Ce constat fait également référence aux notions de *cure* et de *care* en considérant la santé dans sa globalité aussi complexe soit-elle.

### **La réorientation des services de santé**

Pour de nombreuses immigrantes, le problème de surpoids, voire d'obésité, apparaît au cours des grossesses. La représentation de poids synonyme de bonne santé est encore omniprésente, même dans la deuxième génération. L'esthétique laisse la place au statut de mère et de tout ce que ça implique. Pourquoi ne pas réaliser des animations sur le diabète au sein d'autres organisations pour sensibiliser les jeunes mamans et certaines femmes enceintes qui s'y rendent ?

### **L'élaboration d'une politique publique saine**

Les difficultés principales dans la relation restent l'alimentation et sa symbolique. Les résultats du consensus belge sur l'opportunité et les modalités d'un dépistage du diabète montrent que la prévention du diabète de type II ne peut se concevoir que dans le cadre d'une politique globale de prévention comprenant les mesures hygiéno-diététiques des maladies cardio-vasculaires et du diabète.

Cette stratégie globale de prévention rencontrera sans doute autant de difficultés d'ordre culturel, social, ... mais elle paraît importante à relever et à proposer à la maison médicale des Marolles et à ses partenaires pour leur

suggérer une réorientation par la prise en considération de ces éléments dans leurs pratiques professionnelles.

(1) Hanot B., *Réseau Santé-Diabète sur les Marolles et +*, Maison médicale des Marolles, Bruxelles, 2003.

(2) *Analyse des besoins des patients diabétiques de type II*, d'après la grille d'entretien de Laperche J., Pole Santé de Douai, 2002-2003 ; Maison médicale des Marolles, Rapport interne, 2004.

(3) Sous la direction de Camilleri C., Cohen-Emerique M., *Chocs de cultures : concept et enjeux pratiques de l'interculturel*, L'Harmattan, coll. « Espaces interculturels », 1989: 90-107.

(4) *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Canto-Sperber M., Presses Universitaires de France, 1996: 283-288.

(5) Tinant N., « Education pour la Santé et différences socio-culturelles », *Education Santé Prévention*, éducation pour la santé et milieux défavorisés, 1998 ; 124: 26.

(6) Deccache A., Sandrin-Berthon B., « La promotion de la santé : d'abord un enjeu de la communication sociale ? », *Education Santé*, 2002 ; 174: 8-10.

(7) Bennegadi R., *Représentations et vécu de la maladie chronique, communication de séminaire*, Université d'été, Corrèze du 4 au 7 juillet 1996.

(8) Reach R., « Un aspect de l'ambivalence de la relation thérapeutique », *Santé Education*, numéro spécial, 2003 ; janvier: 2-4.

(9) Doumont D., Renard F., *Quelle est la place des réseaux profanes dans les programmes d'éducation pour la santé auprès de populations défavorisées ?*, Série de dossiers documentaires, UCL, Faculté de médecine, RESO - Unité d'éducation pour la santé, 2000.