



---

## Migration et santé : l'accès aux soins de la communauté Pasifika en Nouvelle-Zélande

---

Alizée Lajeunesse

L'OBJECTIF de ce texte est de chercher à comprendre comment se manifeste l'accès aux soins de santé en Nouvelle-Zélande pour la communauté insulaire du Pacifique immigrante, dite Pasifika, composée de Polynésiens, Mélanésiens ou Micronésiens d'origine. C'est à Aotearoa, la désignation Māori de la Nouvelle-Zélande, que l'on retrouve la plus grande concentration de migrants insulaires du Pacifique, plus précisément à Auckland, considérée comme étant la « capitale polynésienne du monde » (BEDFORD 1994 ; DUNSFORD *et al.* 2011). Cette communauté constitue d'ailleurs le deuxième plus grand groupe au pays qui soit issu de l'immigration contemporaine (NEW ZEALAND GOVERNMENT 2019). Néanmoins, une fois ces insulaires du Pacifique établis au sein de leur société d'accueil, il se développe de croissantes inégalités entre ces derniers et les Néozélandais Palagi, c'est-à-dire les Occidentaux de peau blanche : les Pasifika seraient en moins bonne santé physique et mentale et utiliseraient moins les services de médecine généraliste que la population majoritaire néozélandaise d'origine européenne (LOTOALA *et al.* 2014 ; LUDEKE *et al.* 2012 ; SOUTHWICK *et al.* 2012). Au sein du domaine médical, les explications de ces inégalités de santé opposent souvent la communauté autochtone Māori et la communauté Pasifika, amalgamées sous une même classification ethnique et comportementale stigmatisante, aux Palagi. Ces inégalités de santé ainsi représentées sont alors communément

considérées comme l'étendard d'un problème propre aux communautés du Pacifique (DUNSFORD *et al.* 2011 ; SOUTHWICK *et al.* 2012). Il est donc pertinent de se pencher davantage sur les facteurs et obstacles influençant la trajectoire de ces migrants insulaires du Pacifique au sein de la société et de son système de santé. Cette trajectoire peut non seulement façonner la présence ou l'absence d'accès aux services de santé d'Aotearoa, mais également la possibilité pour les membres de la communauté de vivre une expérience d'utilisation positive des services.

Par le biais d'une démarche alliant les thèmes de migration et de santé, j'aborderai les notions clés des inégalités sociales et des déterminants sociaux de la santé, des pratiques et dynamiques de soins, ainsi que de l'expérience vécue, en nuancant une approche plus interprétative de la santé, par une approche critique (GRØNSETH 2009). Il sera sujet, dans un premier temps, de poser un état des lieux des populations insulaires du Pacifique, en passant par un aperçu de l'histoire de leur migration en Nouvelle-Zélande, ainsi que l'évolution de la « santé du Pacifique » (*Pacific health*). Nous survolerons par ailleurs les sujets de l'accès aux soins, ainsi que du système de santé néozélandais. Dans un second temps, nous étudierons ce qui a été écrit au sein de la littérature face à l'accès problématique des services de soins pour la communauté Pasifika, ainsi que des facteurs d'influence de la sous-utilisation des services selon l'expérience des pa-

tients. Dans un troisième et dernier temps, nous examinerons les initiatives d'amélioration de l'accès aux services, par le biais de projets communautaires, des dynamiques de soins, et de recommandations intégrant la perspective du corps médical.

## Cadre méthodologique et conceptuel

Cet article de synthèse effectue un état de l'art de la problématique, tout en se positionnant et en prenant place dans le débat analytique de l'accès aux soins en contexte d'immigration. La question du soin a été et continue à être documentée d'une manière riche et différentielle, du *care* au *cure*, du pouvoir aux pratiques, ainsi que dans ses dimensions relationnelles et techniques ou encore morales et éthiques (BRUGÈRE 2017; TRONTO 2008; WINNICOTT 2015; WORMS 2012). En revanche, la question de l'accès aux soins est souvent prise pour acquise, simplifiée ou généralisée, renvoyant vers la responsabilité de « l'Autre » et faisant fi d'un examen du soi, du « Nous ». L'étiquette de la vulnérabilité, apposée et imposée à l'immigrant et à sa santé fait reposer les problèmes de santé sur ses comportements et attitudes, ses conditions de vie ou encore le contexte de son expérience migratoire (COGNET 2004). Mais, comme avancé par Cagnet, les problèmes de santé sont rarement rattachés aux causes structurelles, au système de santé de la société d'accueil, à ses préjugés et stéréotypes. Dans le contexte de diversité, voire d'hyperdiversité, qui existe en Nouvelle-Zélande, certains groupes sont tantôt visibles et écoutés, tantôt invisibilisés et ignorés. Nous verrons où se situe l'état des recherches sur ce sujet en comparant différentes approches et perspectives : la perspective, d'abord, du corps médical, dans une position appliquée de la pratique clinique, et l'approche quantitative de certains auteurs tendant parfois vers le culturalisme. Nous nuancerons ces propos par une perspective anthropologique pouvant permettre de saisir les dynamiques de soins et le rôle que prennent ces médecins dans l'accès aux soins des Pasifika, ainsi que par l'analyse d'ethnographies recueillant la perspective et l'expérience des migrants insulaires du Pacifique. Nous ferons aussi état de rapports de recherches pertinents afin de saisir l'état des lieux, les recommandations, ainsi que l'évaluation des résultats et des programmes d'accès aux soins mis en place par les autorités gouvernementales néozélandaises. Les auteurs choisis, de perspectives Pasifika ou Palagi, s'adressent au corps médical, au gouvernement, au domaine académique ou communautaire. Au travers de ce corpus, nous verrons ce qui peut être retenu en termes d'enjeux et de tentatives de résolution, tout en examinant ce qui peut être remis en question, ainsi que les points d'accord ou de contestation sur lesquels il conviendrait de se pencher davantage dans le cadre d'une ethnographie future.

## LES PASIFIKA EN NOUVELLE-ZÉLANDE

La question de la « santé des migrants » mérite d'être explorée en regard des contextes socio-économiques dans lesquels elle s'inscrit, des politiques publiques, des institutions et de leurs acteurs, ainsi que de leurs effets sur les inégalités et les processus discriminatoires institutionnalisés. Ceux-ci affectent la possibilité des migrants d'accéder aux soins et d'être traités au sein de différentes localités et à différents niveaux (COGNET *et al.* 2012). Pour ce faire, il importe de se pencher au préalable

sur le contexte de la trajectoire des migrants Pasifika. Plus de 22 communautés du Pacifique sont présentes à Aotearoa, constituant 8,1 % de l'ensemble de la population du pays en 2018 (soit environ 382 000 Pasifika). S'y comptent notamment les communautés des îles Samoa, des îles Cook, de Tonga, de Niue, de Fidji et de Tokelau qui y représentent la plus grande proportion (NEW ZEALAND GOVERNMENT 2019; TIATIA-SEATH 2014). Ces différentes nationalités insulaires polynésiennes, micronésiennes ou mélanésiennes se rencontrent sous la plus large appellation de « communauté insulaire du Pacifique », ainsi que sous les dénominatifs *Pacific Islanders* ou Pasifika, en Nouvelle-Zélande. Ces termes sont utilisés afin de désigner cette grande communauté, mais il convient toutefois de reconnaître et de rendre place aux spécificités de chaque groupe aux langues et identités propres sans les homogénéiser. Ainsi, cet article traitera de cas précis de communautés immigrantes provenant des îles Samoa, de Tuvalu ainsi que des îles Kiribati, installées à Auckland. Zone urbaine la plus peuplée du pays, Auckland rassemble environ le tiers de la population de Nouvelle-Zélande et correspond à 32 % de la croissance populationnelle totale du pays selon le *National population estimate* de 2019. En 2007, les deux tiers de la population du Pacifique de Nouvelle-Zélande résidaient en milieu urbain, dans l'ouest d'Auckland (PACK *et al.* 2013). Ceux-ci seraient surreprésentés par un statut socio-économique peu élevé, des logements surpeuplés ou précaires, un taux élevé de maladies chroniques, tout en étant confrontés à de gros changements de mode de vie à leur arrivée au pays, passant de l'insularité plutôt homogène à l'urbanité multiculturelle (SOUTHWICK *et al.* 2012; EMONT & ANANDARAJAH 2017). Les inégalités sociales s'inscrivant en étroite connexion aux inégalités de santé, la communauté Pasifika fait en général face à de moins bonnes conditions de santé, des taux de mortalité considérée évitable fortement plus élevés que chez les Néozélandais européens ou asiatiques, et, tel que fréquemment répété et martelé par les autorités, elle ferait surtout moins usage des services de santé (PACK *et al.* 2013).

## Survol historique : migration, et santé du Pacifique

C'est dans le contexte d'accélération économique des années 1950 et du besoin grandissant de travailleurs manufacturiers que l'immigration pacifique en Nouvelle-Zélande connaît les balbutiements de son essor tel que connu aujourd'hui. De par les liens coloniaux du pays au sein de la région pacifique, et surtout de par le narratif colonial néozélandais toujours présent vis-à-vis des petits États insulaires du Pacifique, la Nouvelle-Zélande est, dès cette époque, particulièrement intéressée à recruter la main-d'œuvre insulaire du Pacifique (DUNSFORD *et al.* 2011). La migration Pasifika continue son ascension dans les décennies suivantes, bien que les conditions de vie, notamment de surpeuplement des logements, soient difficiles pour les immigrants du Pacifique : on y compte environ 8 000 Pasifika en 1956, 63 000 en 1976, pour atteindre 130 000 en 1986 (*ibid.*, 6). Suite à la décolonisation, la migration des travailleurs des îles Cook, Niue et Tokelau est d'autant plus facilitée par leur accès à la citoyenneté néozélandaise en libre-association, alors que pour les migrants provenant d'autres nations du Paci-

fique, le dépassement de la validité de leur visa est communément ignoré par les autorités, grand besoin de main-d'œuvre oblige (*ibid.*). Mais alors que le ralentissement économique des industries frappe dès le milieu des années 70, beaucoup de migrants du Pacifique, alors les cibles de discrimination grandissante au sein de la société, notamment en ce qui a trait à l'accès au logement, se retrouvent sans emploi et en proie aux raids de rapatriement pour résidence non valide (DUNSFORD *et al.* 2011). Cependant, la population Pasifika continue toute de même son accroissement grâce à la mise en place du système d'immigration par quota et du programme de réunification familiale. C'est également à partir des années 80 que les autorités se voient forcées de réaliser la portée des disparités de santé touchant la communauté insulaire du Pacifique qui, jusqu'alors, demeuraient invisibilisées : les leaders de la santé Pasifika revendiquent en effet sur la place publique et auprès des autorités sanitaires le besoin d'adresser la « santé du Pacifique » comme une entité aux enjeux qui lui sont propres (*ibid.*). Ce mouvement des soignants Pasifika et de la communauté revendique ainsi la mise en place de services de santé dédiés aux insulaires du Pacifique au sein du système général, qui soient plus accessibles, appropriés et efficaces pour la santé de leur communauté. L'État opère alors, dans les années 90, une réforme du financement centralisé et de l'approvisionnement des services, menant à l'introduction, en 2001, de la *Primary Health Care Strategy* (PACK *et al.* 2013). C'est à ce moment que débute l'implantation des *Pacific-led Primary Health Organisations* (PHOs), des organisations non gouvernementales locales et dirigées par des membres de la communauté Pasifika, bénéficiant d'une augmentation du financement par l'État (*ibid.*). De pair avec ce programme sont introduits le paiement *Very Low Cost Access* (VLCA) en 2006, ainsi que le financement *Services to Improve Access* (SIA) : le premier a pour objectif de permettre aux PHOs de maintenir des tarifs bas pour leurs usagers à plus faibles revenus conformément à leurs besoins ; le second, de fournir des services accessibles, flexibles et incluant des praticiens Pasifika au sein de la communauté (*ibid.*).

### **En bref : l'accès aux soins et le système de santé néozélandais**

L'accès aux soins de santé dont il sera question représente ce qui empêche ou facilite la capacité des personnes à recevoir des soins et services du système de santé, non seulement par la présence de ressources potentielles, mais aussi de moyens afin de favoriser leur utilisation réelle (Anderson 1995, cité dans BIDWELL 2013). Ainsi, pour que l'individu puisse avoir accès aux services, ces derniers doivent pouvoir répondre aux besoins présents, d'où l'importance de considérer les relations et la communication interculturelles, ainsi que la sécurisation culturelle (COHEN-ÉMÉRIQUE 1993 ; MONTGOMERY & BOURASSA-DANSEREAU 2017 ; DOUTRICH *et al.* 2012). Le contexte des services se doit également d'être efficace, par les dynamiques relationnelles et interactionnelles de soin, les pratiques de soin en elles-mêmes, mais aussi par l'environnement et la culture organisationnelle au sein desquelles prennent place les services. Au niveau de l'offre des services donc, la variation de la disponibilité, de la qualité, du coût et de l'information de manière non équitable entre les groupes de la population sont des facteurs

qui peuvent affecter l'accès aux soins (Coddard & Smith 2001, cité dans BIDWELL 2013). Mais il importe également de considérer l'influence des déterminants sociaux de la santé dans l'accès aux soins pour le patient : il s'agit de ses conditions de vie, son environnement ou le contexte politico-économique et social plus larges entourant le patient, son histoire, son quotidien, bref l'expérience de sa situation singulière. Pour reprendre l'approche de Fassin sur l'incorporation des inégalités sociales de santé, l'ordre social et les disparités économiques et politiques s'inscrivent dans le corps physique ; ils sont naturalisés dans le biologique, et pourraient donc avoir un impact différentiel sur l'accès aux soins de santé (Fassin 2002, cité dans CARRICABURU & COHEN 2002 ; COGNET 2004). Cette accessibilité, ainsi que ses entraves et obstacles sont visibles au sein du système de santé néozélandais. Celui-ci est subventionné par la taxation, et accessible aux citoyens néozélandais, résidents permanents, détenteurs de visa de travail ou aux individus postulant au statut de réfugié (NEW ZEALAND GOVERNMENT 2020). Les services admissibles à la gratuité pour ces catégories de personnes sont les traitements hospitaliers et ambulatoires des hôpitaux publics, les soins en cas d'accident, les soins de maternité et de fertilité, les services de soutien en cas de handicap, ainsi que les prescriptions subventionnées (*ibid.*). Les personnes immigrantes dont le statut ne correspond pas aux critères d'éligibilité n'ont donc pas accès à la gratuité des soins, et celles qui le sont doivent tout de même payer des frais partiels ou co-paiements pour tout autre service que ceux mentionnés (MINISTRY OF HEALTH NZ 2020). Les soins de santé primaires de médecine générale sont ainsi financés à 60 % par le gouvernement et à 40 % par les co-paiements des patients admissibles (BIDWELL 2013). Le système de santé néozélandais est ainsi structuré par l'accessibilité en fonction des statuts légaux, excluant les personnes Pasifika dont le statut légal témoigne d'une trajectoire historique de discrimination.

### **LES PROBLÉMATIQUES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SOINS POUR LA COMMUNAUTÉ PASIFIKA**

Cette structure du financement des soins de santé impacte fortement la communauté Pasifika : l'aspect financier est une barrière principale à l'accès aux soins des communautés du Pacifique, des patients indiquant parfois reporter leurs visites chez le médecin ou leur collecte d'ordonnance pour cette raison monétaire (NORRIS *et al.* 2009 ; BIDWELL 2013). Les immigrants sans papiers doivent déboursier jusqu'à huit fois plus que les patients admissibles pour avoir accès aux soins, accroissant encore davantage leur exclusion du système et exacerbant les vulnérabilités déjà présentes (EMONT & ANANDARAJAH 2017). En santé publique, Lotoala *et al.* (2014) posent d'ailleurs le statut socio-économique comme le plus important déterminant de la santé sur lequel agir afin de réduire les inégalités de santé et d'améliorer cette dernière, en ce qui a trait notamment aux personnes âgées d'origine pacifique établies en Nouvelle-Zélande. L'ethnicité pacifique est alors présentée comme un facteur d'exclusion permettant un moins bon accès aux ressources. Par contre, certains auteurs du domaine de la santé de

l'Université d'Auckland pour *The New Zealand Medical Journal* avancent que c'est « le coût et l'ethnicité [qui] jouent un rôle important dans la faible utilisation des services de soins de santé primaires par les populations du Pacifique » (Low *et al.* 2005, 8). Certaines communautés du Pacifique sont présentées comme étant plus susceptibles d'initier les soins prénataux tardivement que d'autres, et une meilleure « éducation » de ces femmes sur la pertinence qu'elles assistent aux soins prénataux est mise de l'avant comme une nécessité par les chercheurs de l'étude *Pacific Islands Families* portant sur la santé des Pasifika (*ibid.*).

Une telle approche au sein du domaine médical néo-zélandais peut conduire à la stigmatisation et l'ethnicisation des membres de la communauté pacifique dans une case étanche, par un manque de nuance. En effet, la responsabilité semble être trop souvent reportée sur le statut des usagers, les « mauvais » comportements associés à la non-utilisation des services, et la culture des personnes, plutôt que d'évoquer les enjeux et les réalités plus complexes liés aux trajectoires des migrants dans la société et son système de santé, ainsi qu'aux obstacles structurels rencontrés. Comme le soutient Fassin, les approches culturelles associant catégories sociales aux mauvais comportements sont des manifestations et non des explications des disparités (Fassin 2002, cité dans CARRICABURU & COHEN 2002, 9). Comme nous le verrons, la considération des complexités et des particularités culturelles constitue un atout à la prestation de soin. Mais elle ne peut donner place à une justification culturelle des croyances et comportements déviants de la norme, associés par le groupe majoritaire à une méconnaissance de la science et à un « problème culturel » du migrant. C'est ce que Fassin (2000) nomme la surinterprétation culturelle. La mise de l'avant d'un regard interactionniste (STRAUSS 1992 ; POUPART 2011) dans le domaine biomédical permettrait plutôt d'observer la place et la voix des acteurs, mais aussi les dynamiques relationnelles qui s'inscrivent au sein de la culture organisationnelle de l'espace de soins, façonnant pratiques, savoirs et trajectoires personnelles, professionnelles, thérapeutiques et identitaires. En intégrant une telle approche dans le domaine biomédical, il serait ainsi possible de tenir compte des perspectives et réalités sociales des informateurs du milieu, ainsi que de leurs influences et du sens que prennent leurs expériences. Dans le même ordre d'idées, d'autres auteurs du milieu de la médecine généraliste ont davantage tenté d'éclairer les obstacles structurels qui entravent l'accès aux soins, mettant de l'avant des caractéristiques de l'expérience d'utilisation des soins relevées par les usagers Pasifika (LUDEKE *et al.* 2012). Il conviendrait ainsi non seulement de considérer la disponibilité des services, mais aussi leur acceptabilité, c'est-à-dire le fait qu'ils soient vécus d'une manière positive par la communauté.

## Voix de patients

La barrière de la langue anglaise et de la communication médicale est abondamment mentionnée par les auteurs du domaine médical et anthropologique comme une inégalité d'accès aux soins (LUDEKE *et al.* 2012 ; MONTGOMERY & TAMOURO 2012 ; SOUTHWICK *et al.* 2012). En plus d'encadrer l'interprétation mutuelle du message transmis, les barrières linguistiques com-

promettent le diagnostic, les décisions cliniques et le consentement éclairé du patient. La maîtrise de la langue locale demeure un facteur d'exclusion pour les patients migrants qui ne correspondent pas à la norme attendue et qui, dans le contexte clinique, peuvent d'ailleurs être privés de certaines informations, lorsqu'ils sont perçus comme incapables de les comprendre (FORTIN *et al.* 2011). Dans l'étude de Ludeke *et al.* (2012), l'enjeu est relevé non seulement pour les patients comprenant moins bien l'anglais, mais aussi en ce qui concerne le jargon médical utilisé dans les consultations. Cet obstacle linguistique peut mener à une moins bonne adhérence aux indications du médecin ou à la médication, par manque de clarté, ainsi que par les sentiments d'anxiété, d'intimidation et de manque de confiance en soi ressentis et rapportés par les patients Pasifika. Ces résultats sont, d'un autre côté, soutenus par les médecins interviewés par un panel de chercheurs d'origines pacifiques du *Pacific Health Research Centre*. Dans un rapport à l'intention du ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande, leurs propos rapportent l'insuffisance de la traduction du langage textuel face à la nécessité de traduire aussi les concepts et perceptions lors de la rencontre clinique (MALUA 2014). Dans ce contexte, faire appel à un interprète peut contribuer à améliorer l'accès aux soins et leur qualité (MONTGOMERY & TAMOURO 2012). Par contre, la relation entre le patient et l'interprète familial peut rendre l'accès à la voix du patient difficile, au travers d'une multiplicité de tabous, de perceptions et d'objectifs personnels qui peuvent différer entre eux. De plus, un nombre important de patients Pasifika ne seraient pas informés a priori de l'existence du service d'interprètes au sein des hôpitaux et peuvent reporter des consultations pour cette raison. D'autres patients auxquels le recours à un interprète est présenté, que celui-ci soit un proche ou un membre de sa communauté, indiquent être retenus par la peur de dérogation de confidentialité perçue dans cette relation triadique et inédite soignant-interprète-patient (MALUA 2014 ; SOUTHWICK *et al.* 2012). Par ailleurs, certains hôpitaux n'ont accès qu'à un service d'interprètes téléphonique pour une plage horaire limitée et non accessible à l'ensemble des consultations ou hospitalisations. De plus, il a été rapporté par les soignants que le Bislama, langue parlée par les Vanuatans et un nombre important de travailleurs saisonniers en Nouvelle-Zélande, n'était toujours pas disponible en milieu clinique en date de 2019 pour cette communauté Pasifika (BLAKER 2019).

Les consultations précipitées représentent également un aspect problématique de l'accès aux soins, car elles décourageraient les usagers à adhérer au traitement, à la médication, ou à utiliser les services primaires de santé (LUDEKE *et al.* 2012). En effet, il serait important pour les patients de pouvoir discuter avec le soignant, d'établir une relation permanente de confiance et que le *va* (l'espace sacré) soit respecté (SOUTHWICK *et al.* 2012). Dans les cultures Pasifika particulièrement, le *va* peut être compris comme la construction de relations durables. Selon les conclusions de Southwick *et al.* (2012), anthropologues d'origine pacifique, la qualité des soins pour les Pasifika dépendrait largement du respect du *va*. Cette qualité de la relation de soin, possible lors d'un moment d'échange avec écoute active du patient dans laquelle la confiance peut s'instaurer, et dans laquelle la validation de l'autre peut s'opérer constituerait

la base de la co-construction du projet thérapeutique du patient (FORTIN 2013).

Un autre facteur signalé par les groupes de discussion et les entrevues auprès des patients dans plusieurs études (LUDEKE *et al.* 2012; TIATIA-SEATH 2014; SOUTHWICK *et al.* 2012) est le manque de flexibilité de la disponibilité des rendez-vous, des horaires et de la possibilité de se présenter sans rendez-vous. En effet, les insulaires du Pacifique peuvent être habitués à la façon de faire du système sans rendez-vous immédiat, mais il est également possible, en raison de leur situation sociale, qu'ils ne puissent pas se permettre d'être flexibles au niveau de leurs empêchements de travail, de famille ou de transport (LUDEKE *et al.* 2012). Il s'agit d'une situation où les déterminants et inégalités socio-économiques viennent à leur tour renforcer les inégalités de santé. Par conséquent, le fait de ne pas pouvoir se présenter à la consultation brime la disponibilité des soins, alors que d'incessamment consulter un nouveau médecin peut mener à un manque de constance, de suivi, d'engagement, et donc de qualité et d'acceptabilité des soins (*ibid.*).

Autrement, l'espace social de la clinique et l'environnement hospitalier sont parfois paradoxalement vécus comme inhospitaliers pour des patients Pasifika qui ne s'y sentent pas à leur place. Lorsque l'accueil à la clinique et l'expérience au sein de la structure de soin sont empreints de discrimination, l'usager ne peut se sentir le bienvenu à y accéder de nouveau : les premières communications, l'expression faciale, l'attitude du personnel, le langage à connotation positive ou négative, la personnalisation du service, et la bonne prononciation du nom du patient sont d'une grande importance pour les Pasifika interrogés et peuvent faire la différence quant au fait de revenir consulter les services ou non (*ibid.*; TIATIA-SEATH 2014; SOUTHWICK *et al.* 2012). On voit donc apparaître l'importance de l'intégration de l'approche interculturelle et de la communication interculturelle dans le domaine de la santé. L'approche interculturelle « se fonde sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs et de ses besoins » (COHEN-ÉMÉRIQUE 1993, 71). Elle appelle au respect des différentes facettes de l'identité socio-culturelle de l'autre, sans l'essentialiser et en prenant en compte son caractère dynamique. Elle amène également à penser les enjeux interculturels et les stratégies communicationnelles qui traversent les rencontres entre individus de cultures différentes, autant dans leurs dimensions micro que macro, afin de mieux accompagner les personnes migrantes dans le cadre d'un partenariat égalitaire (MONTGOMERY & BOURASSA-DANSEREAU 2017). Dans ce contexte, il importe donc de travailler sur la communication et la compréhension mutuelle, tout en reconnaissant les rapports de domination en jeu, et en évitant la violence symbolique causée par l'imposition d'un code culturel sur un autre (*ibid.*; COHEN-ÉMÉRIQUE 1993). Ainsi, l'approche interculturelle incite à la reconnaissance, ainsi qu'à la résolution de conflits de valeurs impliqués dans les interactions sociales interculturelles, par le biais de la communication, de la négociation, et de la médiation (COHEN-ÉMÉRIQUE 1993). Autrement dit, il s'agit de ce que Cohen-Émerique nomme un processus « d'apprentissage à la tolérance et à la coexistence » entre cultures au sein

d'une même société, afin de trouver un certain accord ou compromis (1993, 87). D'une manière complémentaire, Rodriguez *et al.* (2006) soulignent l'importance de prendre en compte l'usager en tant qu'acteur central de son soin, mais aussi de s'assurer de la place accordée à son point de vue et à sa participation.

Dans le contexte néozélandais, les usagers Pasifika indiquent ainsi se sentir réticents et moins confortables d'utiliser des services fournis par un personnel Palagi pouvant moins bien comprendre leur situation et moins bien effectuer une traduction culturelle adéquate selon eux. Les résultats suggèrent inversement que la présence de personnel du Pacifique agirait d'une manière positive sur l'expérience d'engagement des Pasifika envers les structures de soin (Southwick *et al.* 2012, cité dans TIATIA-SEATH 2014).

La littératie en santé néozélandaise est également un aspect important de l'accès aux soins (SOUTHWICK *et al.* 2012). À Tuvalu par exemple, où le système de santé ne comprend pas de soins de santé primaires tels que conçus en Nouvelle-Zélande, les soins sont dispensés gratuitement aux patients des cliniques d'urgence qui indiquent ne se présenter en consultation que lorsqu'ils sont aux prises avec un sérieux problème de santé (EMONT & ANANDARAJAH 2017). Il peut ainsi être difficile pour ces migrants, ayant vécus différentes façons de percevoir et de faire l'expérience de la santé, d'être informés de prime abord sur les façons de faire du système de première ligne néozélandais, que ce soit en termes de prévention et de gestion des maladies chroniques, ou de la pertinence et de l'efficacité de certaines médications.

Ces propos d'usagers illustrent le fait que la structure, ainsi que la manière d'opérer au sein des services peuvent provoquer une appréhension auprès des immigrants insulaires du Pacifique, instaurant un malaise et dissuadant leur accès à ces services. Ces obstacles structurels de l'expérience d'utilisation ont d'ailleurs été bien étudiés au sein de la littérature. Les inégalités sociales et les déterminants de la santé sont plus complexes, moins facilement discernables au quotidien et moins étudiés. Couplés ensemble cependant, les premiers exacerbés par les deuxièmes, ils permettent de se rapprocher un peu plus de la portée des entraves à l'accès vécues par les immigrants insulaires du Pacifique en Nouvelle-Zélande.

## L'expérience des services de santé mentale pour les Samoans d'Auckland

Au niveau des soins de santé mentale plus spécifiquement, la sous-utilisation des services demeure toujours prépondérante pour la communauté insulaire du Pacifique, qui est d'ailleurs aux prises avec un plus haut taux de problématiques de santé mentale que la moyenne populationnelle néozélandaise, notamment un plus haut taux de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires (TIATIA-SEATH 2014). Des facteurs ayant influencé négativement l'utilisation de ces services de santé mentale ont été relevés auprès des usagers de la communauté Pasifika samoane, dans le cadre de l'étude ethnographique de Tiatia-Seath (2014). Ces usagers soulèvent de prime abord la mauvaise expérience vécue lorsque le clinicien est issu d'un milieu différent du leur, ou lorsque la rencontre se fait dans une di-

mension clinique brusque et directe, exempte du *talanoa*. Le *talanoa*, cette norme conversationnelle polynésienne, permettrait de créer un rapport de confiance par la discussion, le partage et en se racontant réciproquement, en apprenant à se connaître respectivement (*ibid.*). Au sein de ces dynamiques interactionnelles soignant-soigné, les acteurs font face à une dualité, ou même une pluralité, d'« univers moraux locaux » qui doivent être pris en compte dans le soin (KLEINMAN 2006). Le manque de compétence culturelle des professionnels révèle une différence de perceptions, de valeurs et d'attentes entre les usagers Pasifika et les soignants Palagi, en ce qui a trait à la relation de soin. Le manque d'inclusion familiale dans les interventions est également mentionné comme étant un facteur répulsif important à l'accès aux soins de santé mentale, que le patient samoan soit né dans les îles ou en Nouvelle-Zélande, étant donné l'importance soulignée chez les participants de l'entourage familial (TIATIA-SEATH 2014). Ainsi, la relation thérapeutique est inégale et n'inclut pas la dynamique familiale que les usagers auraient besoin d'y trouver, affectant la sécurisation culturelle des soins reçus par les migrants Pasifika. Le concept de sécurisation culturelle fut développé en Nouvelle-Zélande dans les années 80 dans le but de répondre aux disparités en matière de santé, mais aussi à la marginalisation et à la discrimination sanitaires vécues par la communauté Maori, et ce, en passant par des soins qui soient « culturellement sécuritaires » pour la population autochtone (DOURICH *et al.* 2012). Dans la pratique, la sécurisation culturelle implique un processus d'acquisition de connaissances et de réflexion sur l'identité culturelle des différents acteurs ou groupes en relation : « [elle] désigne des soins qui sont prodigués dans le respect de l'identité culturelle du patient, qui visent l'équité et qui sont exempts de relations de pouvoir nocives entretenues par le système de santé dominant » (LECLERC *et al.* 2018, 50). Dans le contexte néozélandais, le manque d'intégration de la relation thérapeutique triadique, et de la dynamique soignant-patient-famille dans le processus décisionnel pourrait donc agir comme facteur d'exclusion à l'accès aux soins pour l'usager Pasifika et sa famille, si cette dernière n'est prise en compte que dans une moindre mesure par les soignants du système biomédical. L'expérience d'une usagère montre d'ailleurs la difficulté à s'orienter entre les perceptions médicales occidentales avancées par le médecin, et les perceptions samoanes soutenues par son entourage familial (TIATIA-SEATH 2014, 117). Ce conflit de perceptions pose parfois une dichotomie difficile à gérer pour la personne qui se fait poser différents diagnostics opposés et qui peut se sentir obligée de dissimuler une partie de sa situation médicale, de sa spiritualité, de ses valeurs ou perceptions, pouvant être perçues d'un côté comme de l'autre comme invalides. Au sein d'un environnement pluriel, la rencontre interculturelle de diverses perspectives, et la négociation entre une diversité de valeurs et de normes, entre localité et altérité, peuvent voir émerger un conflit entre soignant-famille-patient (FORTIN 2013 ; COHEN-ÉMÉRIQUE 1993). Un tel pluralisme admet la coexistence de plusieurs épistémologies et demande à ce que les différentes ontologies et étiologies de la maladie, ou même de la relation de soin et de l'itinéraire thérapeutique, soient prises en compte, incluses et articulées. Le principe et la pratique de la communication interculturelle

prend ici une grande importance (MONTGOMERY & BOURASSA-DANSEREAU 2017) : le patient doit pouvoir partager son vécu et sentir que le récit de sa maladie est valorisé, afin de donner un sens qui puisse mener vers une résolution personnelle. Finalement, de jeunes patients samoans indiquent se sentir peu engagés, retrouvant peu de ressources et d'informations les concernant et les incitant à accéder aux soins nécessités (TIATIA-SEATH 2014). Au travers des discriminations vécues par le migrant, des disqualifications ou dévalorisations de ses bases identitaires, lorsque le jeune Samoan n'est pas perçu comme un acteur de sa propre trajectoire sociale, les inégalités vécues peuvent être intériorisées jusque dans sa trajectoire thérapeutique.

## LES INITIATIVES D'AMÉLIORATION : SERVICES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES

### Églises et communautés

Faisant suite au *Primary Health Care Strategy* de 2001, les membres de la communauté Pasifika, autorités, soignants et intervenants se concentrent à développer des services de santé spécifiques afin d'améliorer l'accès aux soins. Des projets de promotion de la santé sont ainsi menés directement dans l'entourage des personnes, par le biais d'églises et d'organismes communautaires, favorisant la participation et l'engagement par et pour les membres de la communauté insulaire du Pacifique. L'église occupe une place de respect et de grande influence au sein, notamment, de la communauté Pasifika tuvaluane, dans les îles des Tuvalu comme en Nouvelle-Zélande (MALUA 2014). Les églises pacifiques d'Auckland ont commencé à s'engager face aux problématiques et besoins sanitaires de leurs communautés, par exemple, en rendant accessibles à leurs membres des séances d'information avec le *West Fono Health Trust* et le Service régional de santé publique d'Auckland, ou en encourageant des pratiques d'amélioration de la santé lors des rassemblements sociaux organisés par l'église (*ibid.*). Également, le projet *Enua Ola* mené par le conseil de santé du district en collaboration avec la communauté tuvaluane et ses églises permet l'accès aux Tuvaluans immigrants à des cours et ateliers de promotion de la santé, de nutrition et d'exercice physique. Certes, d'un point de vue anthropologique critique, ces initiatives d'amélioration réfèrent encore aux comportements et renvoient en quelque sorte la responsabilité sur l'individu migrant, sans miser directement sur les facteurs sous- et sus-jacents de l'accès. Par contre, ce genre d'initiatives du niveau communautaire commencent tout juste à être mises en place au niveau *micro*, au champ d'application qui relève de la localité. Dans le cas où un manque de regard réflexif et de prise d'action adéquate des institutions à d'autres niveaux sociétaux serait décelé par la communauté, les regroupements et associations Pasifika ont le potentiel d'instiguer, d'animer et de soulever positivement la discussion au niveau des instances macro, tout en étant un point de départ pour le développement de futurs engagements plus soutenus. Présentement, les églises et organismes communautaires pourraient tout de même favoriser un certain accès des insulaires du Pacifique immigrants aux services de santé au sein de leur propre milieu, en misant sur leur propre agencité, et en

prenant en compte l'importance de la force et du maintien des liens et des valeurs communautaires pour ceux-ci, afin d'influencer favorablement leur relation aux structures de soins et de santé néozélandais.

### Le cas des PHOs : *West Fono Health Trust*

Dans ce même ordre d'idées de tentatives d'amélioration de l'accès aux soins, penchons-nous sur un des premiers projets de PHOs à avoir été mis en place sous le nouveau programme de financement spécifique aux populations: la clinique médicale *West Fono Health Trust* mentionnée ci-haut. Depuis 1990, celle-ci offre des services de santé spécifiquement dédiés par et pour les Pasifika, accueillant les insulaires du Pacifique de l'ouest d'Auckland, y compris les immigrés sans papiers et les familles dans le besoin (MALUA 2014). De prime abord, quelques interrogations surgissent: un tel service de PHOs favorise-t-il une certaine ségrégation des soins, et des personnes selon l'ethnicité? Et une telle séparation entre les soins «généraux» à la population majoritaire ou aux Pasifika ne pouvant avoir accès aux PHOs, et les soins «culturellement ou ethniquement spécifiques» aux minorités issues de l'immigration récente a-t-elle le potentiel performatif de creuser davantage le fossé de l'altérité? Ou au contraire, favorise-t-elle une prise en charge plus adaptée, pertinente, efficace et non stigmatisante par laquelle les patients se sentiraient à leur aise, compris et acceptés, et à travers laquelle leur identité pourrait s'exprimer plus librement? Pour répondre à ces questions, examinons d'abord le projet de recherche *The Tūvalu Community in Auckland: A focus on health and migration*. L'auteure Sagaa Malua (2014) est elle-même issue de la communauté Pasifika tuvaluane néozélandaise et a mené cette étude de terrain anthropologique par le biais d'entrevues et d'observation participante auprès de patients tuvaluans et de membres du personnel de la clinique West Fono. Au sein de la clinique, l'accent est mis sur la non-homogénéisation des nationalités, celles-ci étant individuellement représentées par le personnel soignant. Malua y décrit un modèle non conventionnel de soins primaires: la clinique de médecine générale offre des services à faibles coûts, les tarifs y étant moins de la moitié de ceux de la majorité des cliniques. Les infirmières communautaires et le personnel soignant parlent les langues du Pacifique partagées par les patients, ce qui permet un accès de santé atténuant la barrière culturelle ou linguistique. Les soignants indiquent mettre de l'avant une approche basée sur le dialogue non infériorisant, ce qui peut diminuer l'impression de rapport de pouvoir intimidant. Se dessine donc l'approche interculturelle d'échange et d'écoute compréhensive, d'acceptation et de confiance telle que décrite par Cohen-Émerique (1993). Ce modèle de soin comprend également des programmes de sensibilisation, ainsi que des services sociaux, de santé mentale et de promotion de la santé au travers desquels les travailleurs communautaires effectuent des visites scolaires, de groupes communautaires, ou à domicile. Selon les observations de Malua (2014) auprès de soignants et de patients, la famille est incluse dans le processus et dans les soins, et les besoins du patient sont considérés d'une manière holiste: le prestataire effectue les liaisons vers les instances pouvant répondre aux besoins corollaires des patients, que ce soit du

soutien matériel, alimentaire, économique, de logement ou même de transport s'ils n'y ont pas accès. Cette manière de faire proposerait ainsi un accès plus global aux services de santé. Le personnel Pasifika soutient qu'il s'agirait d'une meilleure approche que celle des services généraux ciblant uniquement les besoins individuels du patient: «[cette approche] permet aux familles de se familiariser au système néozélandais et les encourage à aller chercher un accès aux soins pour répondre à leurs besoins de santé (...) en valorisant la confiance en soi et l'autonomie du patient» (MALUA 2014, 38). Par contre, la popularité de la clinique pousse parfois les patients à parcourir de très longues distances pour avoir accès à ce service, qui ne possède pas les ressources suffisantes pour rejoindre et desservir l'entièreté de la grande communauté du Pacifique, et ce, même pour la région de l'ouest d'Auckland.

À travers la démarche de cette clinique, des facteurs visant à promouvoir l'utilisation efficace et l'acceptabilité des services de soin ont été mis en place, adressant les problématiques d'accès mentionnées précédemment en incluant la communauté. Cette initiative d'amélioration de l'accès aux soins semble ainsi faire office de pont entre les membres de la communauté Pasifika et les structures de santé. Cela pourrait également favoriser l'appropriation des décisions de santé et l'autonomisation de la communauté face à des soins qu'elle jugerait elle-même appropriés et efficaces à accéder et à utiliser. Par contre, il convient d'apporter une nuance au concept de compétence culturelle. Il pourrait être possible que cela positionne l'altérité au premier plan en séparant et essentialisant la culture au détriment de l'individu. En comparaison avec le contexte d'hyperdiversité clinique de Hannah (2011), à Boston aux États-Unis, on remarque les effets que pourrait avoir le développement de critères utilisés en milieu clinique par les soignants afin de distinguer les patients selon des catégories raciales, ethniques, culturelles, et même sociales, tels le statut d'immigration, la classe sociale, la nationalité ou la langue parlée. Un système basé sur la séparation dite ethnique a le potentiel de reproduire des présomptions culturelles, de classer et figer l'identité des acteurs selon des stéréotypes et des catégories assignées et plus ou moins fermées. Certains membres du personnel hospitalier pourraient être plus facilement capables de s'identifier et de sympathiser avec le patient qui partage le même *background* ethnique qu'eux (HANNAH 2011). Mais la possibilité d'opérer un traitement différentiel, que celui-ci soit positif ou négatif, est également réelle, en fonction des relations entre valeurs, perceptions, normes, croyances ou représentations au sein des dynamiques interactionnelles de l'espace de soin, qu'il s'agisse de la structure générale de soins, ou de la structure de soins culturellement spécifiques. En comparaison, une telle infrastructure de PHO similaire à celle de la clinique West Fono a été abordée dans le contexte de la communauté chinoise de San Francisco aux États-Unis. Celle-ci représenterait un «microcosme ethnique», un sous-système de santé pouvant surmonter les obstacles associés à la langue et à la culture, une solution structurelle et une nouvelle porte d'accès aux soins permettant d'améliorer les disparités dans le soin de santé selon les auteurs (YANG & KAGAWA-SINGER 2007). Ainsi, on pourrait qualifier le processus entourant l'espace clinique d'un aller-retour délicat entre la considération de

l'individu d'une manière égalitaire, et le fait de prendre en compte la diversité culturelle d'approches ou de perspectives. En outre, il convient de prendre en compte la singularité et le contexte propres au patient. Dans le contexte néozélandais, les cliniques spécialisées et le concept de compétence culturelle pourraient ainsi également être un moyen pour l'individu insulaire du Pacifique d'avoir une plus grande maîtrise et reconnaissance de ses ressources symboliques et sociales au sein d'un système qui se voudrait autrement hégémonique. À l'instar de Fortin, le patient qui manipule les codes d'usage, dont la place est reconnue et valorisée, et qui peut construire des alliances au sein de l'espace social de la clinique, peut plus facilement faire entendre sa voix dans le parcours thérapeutique, en tant que partenaire de soin et comme acteur à part entière (FORTIN *et al.* 2011; FORTIN 2013).

## **Dynamiques de soin : le rôle des professionnels de la santé**

### ***Le Pacific Immersion Programme***

Les dynamiques de soin, le rôle et l'expérience des professionnels de la santé dans l'accès aux soins pour les insulaires du Pacifique en Nouvelle-Zélande constituent une facette supplémentaire importante à prendre en compte. L'exemple du *Pacific Immersion Programme* de la *University of Otago Dunedin School of Medicine*, introduit en 2010 et évalué dans *The New Zealand Medical Journal* par des auteurs du corps médical, permet de se pencher sur ces dimensions (MAULIU *et al.* 2013). L'enseignement de la santé du Pacifique a été ajouté au curriculum théorique en classe, mais aussi plus particulièrement au curriculum basé sur l'expérience pratique. À travers ce programme, de futurs praticiens vivent une immersion dans les familles de la communauté pacifique locale comme méthode d'enseignement des facteurs importants à considérer dans leur future pratique de la santé du Pacifique. Mais l'objectif visé et rapporté est aussi de faire en sorte que la communauté elle-même se sente engagée et en confiance, ainsi que de soutenir un rapprochement dans la relation avec les acteurs de santé. Ce type d'initiative favorise ainsi l'*empowerment* (le développement du pouvoir d'agir) de la communauté (NINACS 2008; LE BOSSÉ 2003) ainsi que la participation et le partenariat communautaires. Lors d'entretiens de groupe, les membres de la communauté ont d'ailleurs souligné que les efforts d'engagement des étudiants avaient permis de solidifier la cohésion au sein de la communauté, en plus de permettre un apprentissage mutuel (MAULIU *et al.* 2013). Des familles ont donc accueilli des étudiants pour de courts séjours au cours de l'année. Les objectifs listés étaient de faire l'expérience, d'observer, de pratiquer, et de partager la vie familiale, les influences de l'environnement social sur la santé, la communication interculturelle, les enseignements de la communauté sur leur propre santé et la collaboration clinique, ainsi que les éléments importants à intégrer dans la pratique clinique pour les étudiants (*ibid.*). Pour les familles hôtes de la communauté, l'objectif était de transmettre leur vision de l'accès aux soins médicaux, de l'usage de pratiques non biomédicales, ainsi que de partager leurs conditions de vie, valeurs, comportements et parcours. Selon les retours d'expérience entre futurs médecins

et familles Pasifika, un tel programme permettrait d'initier des discussions sur la santé d'une manière moins formelle, de tenter de diminuer l'asymétrie du rapport clinique entre norme et altérité, ainsi que de favoriser un partage plus égalitaire entre les espaces culturels (*ibid.*). Comme soutenu par Ricoeur, c'est dans la relation à l'autre et la mutualité des échanges que se construit la reconnaissance, possible lorsque la méconnaissance est admise et, pour Levinas, lorsque l'altérité est acceptée (RICOEUR 2005; LEVINAS 1996; FORTIN 2013). On peut ainsi dire que cette reconnaissance permet d'engager le processus et la trajectoire de connaissance. Comme l'indique Fortin : « Meintel invite à penser la reconnaissance par-delà les paradigmes identitaires, ethniques, culturels » (2013, 191). Ainsi, l'exemple du *Pacific Immersion Programme* pourrait permettre d'ouvrir une nouvelle voie sur l'importance de la légitimation du patient dans l'échange, tout en favorisant une diversité de points de vue dans l'apprentissage de l'altérité et dans la rencontre de dynamiques interactionnelles situées. Possiblement, pour le soignant, et par le biais de l'immersion, une telle tentative d'amélioration pourrait permettre la personnalisation du problème traité en des termes médicaux, corporels, biologiques, tout en diminuant son association impersonnelle à un soi-disant « problème culturel » venant de la personne migrante. En outre, cela permet de se pencher sur un des déterminants de la santé : les stéréotypes et préjugés des institutions et des professionnels de santé de la société d'accueil qui influencent négativement l'accès aux soins et leur qualité entre les groupes (COGNET 2004). C'est notamment par ceux-ci, lorsque non adressés, et par les rapports politiques et de pouvoir historiquement construits entre les groupes que se développent les inégalités sociales de santé, reflet des vulnérabilités dont les migrants sont étiquetés.

### **Recommandations des soignants**

En outre, plusieurs recommandations sont posées par et pour le corps médical, notamment au sein du journal *Kai Tiaki Nursing New Zealand* (SCHUTZ *et al.* 2019). Leur objectif est de sensibiliser les praticiens au développement d'une pratique qui se veuille selon eux mieux adaptée à la réalité des immigrants et à la qualité de soins attendue, et donc plus acceptée, utilisée et accessible. Ces auteurs du milieu infirmier traitent notamment des migrants Pasifika d'origine i-Kiribati, dont l'affluence pourrait continuer d'augmenter en Nouvelle-Zélande, notamment en contexte de changements climatiques. Les auteurs présentent la possibilité que les patients puissent naviguer entre une dualité de paradigmes et de modèles de pratiques et de soins, en combinant les systèmes médicaux culturels. Autrement dit, Schutz *et al.* (2019) mettent en lumière l'importance de communiquer sur les pratiques en santé de manière à ce que les patients puissent l'entendre, et afin d'adresser les enjeux liés aux besoins informationnels quotidiens du migrant (CAIDI *et al.* 2010).

À ce sujet, Caidi *et al.* (2010) soulèvent l'importance pour une société d'accueil d'adopter des pratiques informationnelles qui puissent prendre en compte les migrants et participer à relever les obstacles liés à leur accès aux services et à leur exclusion sociale. Se pencher sur l'expérience vécue et les comportements informationnels des migrants peut aider à favoriser

une meilleure navigation, participation et inclusion dans leur environnement (*ibid.*). C'est d'ailleurs ce que révèlent des membres de la communauté samoane par le biais d'une étude qualitative de santé : leur recherche (ou non) d'un traitement au sein des services biomédicaux serait influencée par l'utilisation d'alternatives ou leur combinaison à l'usage de soins et de soignants samoans traditionnels, ou *fófo*, pour faire sens, diagnostiquer et traiter des maladies dites de nature samoane (NORRIS *et al.* 2009). Les auteurs du milieu infirmier recommandent donc aux praticiens de prendre en compte les pratiques locales de traitement utilisées par le patient et leur impact sur ses symptômes ressentis, son bien-être général et son lien culturel identitaire, le tout avec respect de la pertinence et de la valeur des savoirs locaux lorsque ceux-ci sont abordés par le patient (SCHUTZ *et al.* 2019, 26). Ils recommandent également d'informer le patient i-Kiribati sur les raisons et les manières de diagnostiquer et d'opérer au sein du système de santé néozélandais qui peuvent lui être non-familiales, tout en s'assurant régulièrement du niveau de compréhension du patient et, s'il y a lieu, de son accompagnateur familial (*ibid.*). Finalement, le corps médical recommande de considérer le patient Pasifika dans son entièreté, sa santé et sa culture d'une manière unifiée. Ils indiquent également la nécessité de prendre en compte les perspectives de celui-ci, ce qui l'influence à rechercher et accéder aux services de santé, tout en favorisant la communication et le dialogue d'une manière inclusive. Selon les auteurs, ces pratiques aideraient à établir « une confiance envers le clinicien et le système de santé, et encourageraient un meilleur accès du patient i-Kiribati aux services de santé » (SCHUTZ *et al.* 2019, 27). Par contre, il est important de garder en tête qu'il peut exister des fossés entre les recommandations théoriques ou académiques présentées en 2019 par Schutz et ses collègues, et la pratique, ou ce qu'il est possible de mettre en pratique, dans le contexte clinique réel et actuel. Des obstacles structureaux, des limitations de temps, des divergences normatives pourraient par exemple, selon une diversité de contextes hospitaliers, rendre difficile l'application réelle des recommandations. Également, il convient de nuancer l'accent porté par ces auteurs sur les pratiques kiribatienues et samoanes traditionnelles. Il leur est louable d'informer le corps médical sur la culture kiribatienne et samoane, ainsi que sur le respect des coutumes et croyances pour une migration en toute dignité, tel que mentionné. Mais il ne s'agit pas nécessairement d'un cadre comportemental modèle et universellement applicable. Il convient de rester prudents face à la généralisation des croyances traditionnelles ou aux préjugés culturalistes que cela pourrait instaurer au sein de la pratique. Plus que culturels, les valeurs, les savoirs, les conceptions sont aussi contextuels, historiques et mouvants. D'ailleurs, comme exposé par Fortin, non seulement la culture n'est-elle pas attribuable qu'aux soignés, mais le modèle de conception biomédical n'est lui-même pas univoque (FORTIN 2008; FORTIN *et al.* 2011). Les soignants sont influencés par un ensemble de valeurs, de moralités et de représentations à reconnaître au même titre que celles de l'Autre. Pour ce qui est de la vérification régulière du niveau de compréhension du patient, bien que celle-ci soit évidemment cruciale, on peut s'interroger sur le potentiel sentiment de

dévalorisation et d'infantilisation que cela pourrait amener au patient, compte tenu de la façon de l'appliquer et en fonction de la manière par laquelle la vérification est faite. Les recommandations de ces professionnels de la santé permettent toutefois d'offrir des outils intéressants afin de mieux cibler et de tenter d'agir sur certains éléments problématiques à l'accès aux soins de la communauté mentionnés précédemment. Ces recommandations illustrent l'intérêt par et pour le corps médical de faire preuve d'inclusion, permettant au praticien de mieux comprendre le patient et de mieux naviguer entre deux systèmes ou visions lorsque nécessaire. Ainsi comme nous l'avons vu et comme soulevé par Fortin (2013), dans un tel contexte de diversité au sein de la relation thérapeutique, le patient peut être perçu comme résultat de sa culture, celle-ci expliquant tout comportement ou attitude dérogeant à la norme établie par le groupe majoritaire. Cette culture peut également être effacée et sa prise en compte peut être jugée inutile dans le soin au corps biologique, séparé du corps social et culturel. Mais la relation thérapeutique peut aussi placer l'individu au centre du soin, dans sa globalité et sa diversité contextualisée et incluse dans l'intervention d'une manière collaborative. Les recommandations des soignants tentent donc de situer l'importance de la relation soignant-soigné du *care*, au sein du *care*. C'est-à-dire que les aspects interactionnels du soin (ou du *care*) et le contact humain permettant la compréhension de la situation singulière du patient, tout en établissant un lien de confiance, revêtent autant d'importance que les aspects techniques, le savoir expert et la biomédicalisation du *care*, dans leur impact sur un soin qui se veuille accessible et de qualité pour le patient. La perspective de Schutz et de ses collègues du corps médical reflète ainsi l'idée de ne pas s'appuyer uniquement sur une approche reflétant la culture ou les caractéristiques du groupe majoritaire pouvant exacerber des inégalités de santé et favoriser la non-utilisation des services. Mais il importe tout de même d'être proactifs face à la vision statique de la culture, ainsi que les préjugés et stéréotypes qui pourraient en être instigués, tout en gardant en tête que la prise en compte du contexte global et des conditions de vie sociale demeure une partie importante de l'équation.

## CONCLUSION

En somme, les barrières à l'accès aux soins des Pasifika en Nouvelle-Zélande mentionnées représentent en grande partie des problématiques dans l'adaptation dite culturelle des services. Il s'agit de caractéristiques relevant à première vue du champ micro, incorporées dans la relation patient-soignant ou reposant sur des facteurs économiques personnels, qui sont principalement mentionnées par les auteurs, mais aussi par les membres de la communauté lorsqu'eux-mêmes sont interrogés. Par contre, il ne faut pas exclure la conception de ces adaptations ou de ces compétences culturelles comme relevant aussi, et peut-être même davantage, de facteurs systémiques et contextuels macro influençant les inégalités d'accès aux soins de santé pour cette population. Ces adaptations ne sont pas nécessairement à aborder comme un bris d'égalité, ou comme la mise à l'écart de cette population, mais plutôt comme une façon de favoriser le pluralisme, et l'autodétermination de ce que représente l'efficacité dans l'accès aux soins. Cela montre

tout de même l'intersectionnalité des facteurs et mécanismes en jeu dans les inégalités d'accès aux services, aux soins et à la santé entre différents niveaux d'action : depuis la pratique, à l'environnement, jusqu'au contexte. Plusieurs initiatives d'amélioration se font voir, celles-ci engageant la communauté, les autorités gouvernementales, les patients et les soignants d'une manière partenariale, mais les problématiques d'accès prouvent que plusieurs inégalités demeurent et que certaines approches possiblement plus culturalistes sont toujours préconisées. Certes, la recherche dans ce cadre et ce courant spécifiques en est encore à ses débuts, surtout pour un sujet se mouvant au fil des politiques et des changements sociaux suivis d'une telle façon.

## La COVID-19 et ses inégalités

Finalement, dans le présent contexte de COVID-19, il est nécessaire de se pencher sur ce que pourraient représenter les effets du fardeau pandémique sur un groupe qui présentait déjà moins d'accès aux soins et aux services de santé avant la déclaration de l'état d'urgence néozélandais, le confinement et ses conséquences sociétales. Dans le cas d'une nouvelle et rapide transmission communautaire qui exercerait un stress sur le système de santé, la difficulté d'accès de certains groupes et le processus décisionnel du triage aurait le potentiel d'exacerber encore davantage des enjeux éthiques de conflit entre normes, valeurs, représentations, discrimination, ou culture. La pandémie de COVID-19, en effet, révèle les inégalités, en crée de nouvelles et exacerbe les vulnérabilités déjà en place au sein de nos sociétés (NAPIER 2020; WORMS 2020). Des premières études médicales ont récemment émergé sur les taux inégaux de fatalité de la COVID-19 en lien avec l'ethnicité, avec les comorbidités associées, et portant globalement sur « les effets de l'ethnicité sur la COVID-19 » en Nouvelle-Zélande (STEYN *et al.* 2020). L'« ethnicité Pasifika » y est encore une fois présentée comme un groupe à haut risque, auquel le pays doit répondre aux besoins spécifiques, et qui doit être protégé. Au mois d'août 2020, il a été révélé dans les médias néozélandais que la résurgence du virus et la nouvelle éclosion de cas étaient survenues à Auckland auprès d'une première famille Pasifika pour se propager majoritairement au sein de la communauté Pasifika dans les semaines suivantes. Devant l'émotion créée, le Dr Collin Tukuitonga, médecin sénior de la *Pasifika Medical Association*, appelait publiquement à ce que sa communauté soit mieux informée et comprenne son risque élevé face à la COVID-19 pour une meilleure autonomisation de ses membres (TUKUITONGA 2020). D'autres voix Pasifika ont aussi émergé, notamment des membres de la communauté pour qui cette identification des cas a été vécue comme une stigmatisation et une culpabilisation de la communauté, un traitement différentiel axé sur l'ethnicité et porteur d'un narratif colonial, ayant comme résultat de renforcer les préjugés à leur égard (MEREDITH 2020). Car au travers de la pandémie, la communauté migrante des îles du Pacifique et les individus qui la composent se voient encore identifiés comme groupe à risque, à part, différent, vulnérable, « en danger ». Internaliser cette mise en emphase de l'altérité, cette catégorisation, cette séparation toujours plus coupante entre le « Eux » et le « Nous » continue à assigner une identité à la marge et à maintenir le

néo-colonialisme de la dominance, ainsi que l'hégémonie du groupe majoritaire. Celle-ci s'exprime envers ceux qui sont perçus comme nécessitant une protection, parfois sans capacité d'agentivité, et comme porteurs d'un risque pour la sécurité de tous. Dans ce contexte, et avec la réduction et la relégation des soins non-covidien au sein des structures de santé, il convient d'autant plus d'être conscients de la réalité des conséquences de la pandémie sur le long terme pour les personnes vivant des inégalités quotidiennes, ainsi que de soutenir la collaboration au sein des organes de décision et auprès des groupes Pasifika afin que leur voix fasse partie des plans d'intervention et de réhabilitation face à la pandémie.

## Interrogation future : et la santé des réfugiés climatiques ?

D'autre part, dans le cadre d'une recherche ethnographique future, il sera également intéressant de se pencher davantage sur la question inhérente et grandissante de la santé et de l'accès aux soins des réfugiés climatiques provenant des petits États insulaires du Pacifique, en Nouvelle-Zélande. Une grande proportion des auteurs clés cités dans cet article y font brièvement allusion, sans toutefois trop s'avancer dans la spéculation des conséquences concrètes pour l'accès aux soins de ces communautés du Pacifique. Les petits États insulaires du Pacifique revendiquent une situation qualifiée de vulnérabilité auprès de l'ONU dont elles reçoivent des aides financières internationales afin de s'adapter au niveau marin croissant et aux conditions et événements climatiques extrêmes qui s'intensifient (BARNETT & CAMPBELL 2010). Les îles Kiribati ont d'ailleurs capté l'attention internationale il y a quelques années face à leur achat de terres refuges aux Fidji. Pour Barnett et Campbell, spécialistes de l'impact des changements climatiques, ce ne sont sûrement pas les conditions environnementales et climatiques directes qui pousseront la migration des habitants de ces îles, mais plutôt leurs conséquences sociales en termes de pauvreté, de marginalisation, et de perturbation des conditions de vie, ainsi que leurs impacts sur la santé (*ibid.*). Les professionnels de la santé néozélandais devraient commencer à s'y préparer rapidement, car la relocalisation des migrants environnementaux est susceptible de provoquer des risques et inégalités de santé supplémentaires (SCHUTZ *et al.* 2019; EMONT & ANANDARAJAH 2017). En sol néozélandais, l'augmentation prévue d'immigration climatique pourrait amener des difficultés quant à l'accueil, au support et à la distribution de soins. En effet, le statut de réfugié climatique n'est présentement pas reconnu par la convention de l'ONU sur les réfugiés de 1951 (MALUA 2014). En 2013 d'ailleurs, le cas d'un homme i-Kiribati demandant ce statut aux autorités de l'immigration néozélandaise est apparu à la Cour suprême, pour finalement être refusé dans un bouleversement médiatique (*ibid.*). La question de l'accès aux soins en Nouvelle-Zélande pour ces migrants environnementaux, faute de terme déterminé et accepté, représente donc un enjeu additionnel important et concordant à ceux abordés ici, dans les contextes climatique, social, politique, législatif et sanitaire présents et futurs.

## Ouvrages cités

- BARNETT, Jon & John CAMPBELL. 2010. *Climate Change and Small Island States: Power, Knowledge and the South Pacific*. London ; Washington, DC : Earthscan.  
<<https://doi.org/10.4324/9781849774895>>.
- BEDFORD, Richard. 1994. "Pacific Islanders in New Zealand." *Espace, populations, sociétés* 2 : 187-200.  
<<https://doi.org/10.3406/espos.1994.1639>>.
- BIDWELL, Susan. 2013. "Improving access to primary health care for children and youth: a review of the literature for the Canterbury Clinical network Child and Youth Workstream." IT, Community Christchurch : Canterbury District Health Board.
- BLAKER, Lisa. 2019. "Identifying the health needs of seasonal workers from the Pacific." *Kai Tiaki Nursing New Zealand* 25(8) : 36-38.
- BRUCÈRE, Fabienne. 2017. *L'éthique du « care »*. Coll. Que sais-je ?, Presses Universitaires de France.  
<<https://www.cairn.info/l-ethique-du-care-9782130789222.htm>>.
- CAIDI, Nadia, Danielle ALLARD et Lisa QUIRKE. 2010. "Information Practices of Immigrants." *Annual Review of Information Science and Technology* 44 (1) : 491-531.  
<<https://doi.org/10.1002/aris.2010.1440440118>>.
- CARRICABURU, Danièle & Patrice COHEN. 2002. « L'anthropologie politique de la santé. Une pratique engagée de la recherche. Un entretien avec Didier Fassin ». Entrevue réalisée par Danièle Carricaburu et Patrice Cohen, *Innovations et sociétés* 2 : 9-16.
- COCNET, Marguerite. 2004. « La vulnérabilité des immigrés : analyse d'une construction sociale ». Dans F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher (éd.), *Identités Vulnérabilité, Communautés*, Éditions Nota Bene, Québec : 155-188.
- COCNET, Marguerite, Anne-Cécile HOYEZ, et Christian POIRET. 2012. « Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations ». *Revue européenne des migrations internationales* 28(2) : 7-10.
- COHEN-ÉMÉRIQUE, Margalit. 1993. « L'approche interculturelle dans le processus d'aide ». *Santé mentale au Québec* XVIII : 71-92.
- DOURICH, Dawn, Kerri ARCUS, Lida DEKKER, Janet SPUCK et Catherine POLLOCK-ROBINSON. 2012. "Cultural Safety in New Zealand and the United States: Looking at a Way Forward Together." *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society* 23(2) : 143-150.  
<<https://doi.org/10.1177/1043659611433873>>.
- DUNSFORD, Deborah, Julie PARK, Judith LITTLETON, Ward FRIESEN, Phyllis HERDA, Pat NEUWELT, Jennifer HAND, Philippa BLACKMORE, Sagaa MALUA, Jessica GRANT, Robin KEARNS, Linda BRYDER et Yvonne UNDERHILL-SEM. 2011. *Better Lives: The Struggle for Health of Transnational Pacific Peoples in New Zealand, 1950-2000*. Vol. n° 9. Research in Anthropology and Linguistics Monograph. Auckland, N.Z. : Dept of Anthropology, University of Auckland.
- EMONT, Jordan & Gowri ANANDARAJAH. 2017. "Rising Waters and a Smaller Island: What Should Physicians Do for Tuvaluans?" *AMA Journal of Ethics* 19(12) : 1211-1221.  
<<https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.12.imh11-1712>>.
- FASSIN, Didier. 2000. « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration ». *Hommes & Migrations* 1225(1) : 5-12.  
<<https://doi.org/10.3406/homig.2000.3506>>.
- FORTIN, Sylvie. 2013. « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique : les pratiques cliniques en contexte pluraliste ». *Anthropologie et Sociétés* 37(3) : 179-200.  
<<https://doi.org/10.7202/1024085ar>>.
- . 2008. "The paediatric clinic as negotiated social space." *Anthropology & Medicine* 15(3) : 175-187.  
<<https://doi.org/10.1080/13648470802355491>>.
- FORTIN, Sylvie, Michèle RIETMANN et Vincent DUCLOS. 2011. « Chapitre 1. Toutes les familles ont-elles une même voix en contexte de soins ? ». Dans Fasal Kanouté et Gina Lafortune (éd.) *Familles québécoises d'origine immigrante : Les dynamiques de l'établissement*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal : 11-27.  
<<http://books.openedition.org/pum/8898>>.
- GRØNSETH, Anne Sigfrid. 2009. "Three approaches to the study of health, disease and illness; the strengths and weaknesses of each, with special reference to refugee populations." 2. Série de publications de la NAKMI sur les minorités et la santé. Hôpital universitaire d'Oslo : NAKMI, Unité nationale de compétence pour la santé des minorités.
- HANNAH, Seth Donald. 2011. "Clinical Care in Environments of Hyperdiversity." Dans Mary-Jo DeVecchio Good, Sarah S. Willen, Ken Vickery et Lawrence Taeseng Park (éd.) *Shattering Culture*, Russel Sage Foundation, New York : 35-69.
- KLEINMAN, Arthur. 2006. *What Really Matters: Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger*. New York : Oxford University Press.
- LE BOSSÉ, Yann. 2003. « De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment ». *Nouvelles pratiques sociales* 16(2) : 30-51.
- LECLERC, Anne-Marie, Kévin VÉZEAU-BEAULIEU, Marie-Claude RIVARD, et Paule Miquelon. 2018. « Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent ». *Perspective infirmière* 15(3) : 50-53.
- LEVINAS, Emmanuel. 1996. *Emmanuel Levinas: Basic Philosophical Writings*. Édité par Adriaan T. Peperzak, Simon Critchley et Robert Bernasconi. Bloomington et Indianapolis : Indiana University Press.
- LOTOALA, Fialupe, Mary BREHENY, Fiona ALPASS, et Annette HENRICKSEN. 2014. "Health and Wellbeing of Older Pacific Peoples in New Zealand." *The New Zealand Medical Journal* 127(1407) : 27-39.
- LOW, Pamela, Janis PATERSON, Trecia WOULDERS, Sarnia CARTER, Maynard WILLIAMS et Teuila PERCIVAL. 2005. "Factors Affecting Antenatal Care Attendance by Mothers of Pacific Infants Living in New Zealand." *The New Zealand Medical Journal* 118(1216) : U1489.
- LUDEKE, Melissa Joy, Ronald PUNI, Lynley A. COOK, Maria PASENE, Gillian ABEL et Faafetai SOPOAGA. 2012. "Access to general practice for Pacific peoples: a place for cultural competency." *Journal of primary health care* 4(2) : 123-130.  
<<https://doi.org/10.1071/hc12123>>.
- MALUA, Sagaa. 2014. *The Tuvalu Community in Auckland: A Focus on Health and Migration*. Vol. n° 4. Report "Transnational Pacific Health Through the Lens of Tuberculosis" Research Group. Auckland, New Zealand : Anthropology, School of Social Sciences, University of Auckland.

- MAULIU, Melbourne, Faafetai SOPOAGA et Alec J. EKEROMA. 2013. "Community Experience of a Pacific Immersion Programme for Medical Students in New Zealand." *New Zealand Medical Journal* 126(1376): 9-18.
- MEREDITH, Kim. 2020. "Stop Blaming and Shaming Pasifika." *Newsroom*, 18 août 2020. <<https://www.newsroom.co.nz/page/kim-meredith-naming-and-blaming-pasifika>>.
- MINISTRY OF HEALTH NZ. 2020. "Services for Pacific Island People." <<https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/publicly-funded-health-and-disability-services/services-pacific-island-people>> [25 avril 2020]
- MONTGOMERY, Catherine & Catherine BOURASSA-DANSEREAU. 2017. « Mobilités internationales et intervention interculturelle Théories, expériences et pratiques ». Communication. Presses de l'Université du Québec.
- MONTGOMERY, Catherine & Soumya TAMOURO. 2012. « Regards pluriels sur les interventions sociales et de santé en contexte de diversité ». *Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle* 2(2): 1-124.
- NAPIER, A. David. 2020. "Rethinking Vulnerability through COVID-19." *Anthropology Today* 36(3): 12. <<https://doi.org/10.1111/1467-8322.12571>>.
- NEW ZEALAND GOVERNMENT. 2020. "Getting Publicly Funded Health Services." Consulté le 25 avril 2020. <<https://www.govt.nz/browse/health/public-health-services/getting-publicly-funded-health-services/>>.
- . 2019. "2018 Census population and dwelling counts." Stats NZ (23 septembre 2019). <<https://web.archive.org/web/20190923235246/https://www.stats.govt.nz/information-releases/2018-census-population-and-dwelling-counts>>.
- NINACS, William. 2008. *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Presse de l'Université Laval.
- NORRIS, Pauline, Fuafiva FA'ALAU, Cecilia VA'AI, Marianna CHURCHWARD et Bruce ARROLL. 2009. "Navigating Between Illness Paradigms: Treatment Seeking by Samoan People in Samoa and New Zealand." *Qualitative Health Research* 19(10): 1466-1475. <<https://doi.org/10.1177/1049732309348364>>.
- PACK, Margaret, Joanna MINSTER, Marianna CHURCHWARD et Ausaga Fa'asalele TANUVASA. 2013. "Evaluation of the implementation and immediate outcomes of the primary health care strategy: The experiences of Pacific PHOs and Pacific populations." Wellington: Health Services Research Centre, Victoria University.
- POUPART, Jean. 2011. « Tradition de Chicago et interactionnisme: des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance ». *Recherches qualitatives: de l'usage des perspectives interactionnistes en recherche* 30(1): 178-199.
- RICOEUR, Paul. 2005. *Parcours de la reconnaissance. Trois études*. Coll. Folio essais. Paris: Gallimard.
- RODRIGUEZ, Lourdes, Linda BOURGEOIS, Yves LANDRY, Lorraine GUAY et Jean-Luc PINARD (éd.). 2006. *Repenser la Qualité des Services en Santé Mentale Dans la Communauté: Changer de Perspective*, Chap. 2. « Les mécanismes de l'évaluation: l'usager, un acteur oublié ». Presses de l'Université du Québec, Québec: 29-74.
- SCHUTZ, Teramira, Ausaga Fa'asalele TANUVASA, et Annemarie JUTEL. 2019. "Understanding the health needs of I-Kiribati immigrants." *Kai Tiaki Nursing New Zealand* 25(6): 25-27.
- SOUTHWICK, M., Timothy KENEALY et D. RYAN. 2012. "Primary Care for Pacific People: A Pacific and Health Systems Approach." Report. *Pacific Perspectives*. <<https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/20803>>.
- STRAUSS, Anselm. 1992. « L'hôpital et son ordre négocié ». Dans I. Bazanger (éd.) *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, L'Harmattan, Paris: 87-112.
- STEYN, Nicholas, Rachele N BINNY, Kate HANNAH, Shaun HENDY, Alex JAMES, Tahu KUKUTAI, Audrey LUSTIG, et al. 2020. "Estimated Inequities in COVID-19 Infection Fatality Rates by Ethnicity for Aotearoa New Zealand." *The New Zealand Medical Journal* 133(1521): 28-39. <<https://doi.org/10.1101/2020.04.20.20073437>>.
- TIATIA-SEATH, Jemaima. 2014. "Pacific peoples, mental health service engagement and suicide prevention in Aotearoa New Zealand." *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care* 7(3) (septembre): 111-121. <<https://doi.org/10.1108/EIHC-10-2013-0023>>.
- TRONTO, Joan C. 2008. « Du care ». L'amour des autres: care, compassion et humanitarisme, *Revue du MAUSS*, 2(32): 243-265. <<https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-243.htm>>.
- TUKUITONGA, Collin. 2020. "More Information on COVID-19 Outbreak Cases Will 'empower' Pasifika Community, Top Doctor Says." *TVNZ1*, 16 août 2020. <<https://www.tvnz.co.nz/one-news/new-zealand/more-information-covid-19-outbreak-cases-empower-pasifika-community-top-doctor-says>>.
- WINNICOTT, Donald W. 2015. « Cure (1970) ». Dans Claire Marin et Frédéric Worms *À quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*, coll. Questions de soin. Presses Universitaires de France: 19-38. <<https://www.cairn.info/a-quel-soin-se-fier--9782130631453-page-19.htm>>.
- WORMS, Frédéric. 2020. « Le soin, oui, mais tout le soin ». Coll. Questions de soin s'engage. Presses universitaires de France. <<https://www.puf.com/sites/default/files/kcfinder/files/LesoinFWorms%20-%20rev.pdf>>.
- . 2010. *Le moment du soin*. Coll. Éthique et philosophie morale, Presses Universitaires de France. <<https://doi.org/10.3917/puf.worms.2010.01>>.
- YANG, Joshua S. & Marjorie KAGAWA-SINGER. 2007. "Increasing Access to Care for Cultural and Linguistic Minorities: Ethnicity-Specific Health Care Organizations and Infrastructure." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 18(3): 532-549. <<https://doi.org/10.1353/hpu.2007.0073>>.

---

Alizée Lajeunesse  
 Doctorante en anthropologie médicale  
 Université de Montréal  
 alizee.lajeunesse@umontreal.ca