



SAISINE 13 :
**Comment s'inscrire dans une relation de soins
avec les personnes en situation de migration
et/ou de demande d'asile ?**

Mars 2020

Sommaire

<u>Introduction</u>	p.3
<u>1 - Niveau du sujet demandeur de soins :</u>	p.3
1-1 Enjeux	p.3
1-2 Des représentations qui ne se recouvrent pas	p.4
1-3 Pistes de réponses	p.5
<u>2. Le niveau institutionnel</u>	p.5
2.1 Les enjeux	p.5
2.2 Conflits de valeurs	p.6
2.3 Propositions de réponse	p.6
<u>3. Niveau des institutions, des structures : cadre de référence, pratiques, actions, modalité de prise en compte de santé mentale :</u>	
3.1 Enjeux :	p.7
3.2 Conflits de valeurs	p.8
3.3 Pistes de réponses	p.8
3.2	
<u>4. Le méta-niveau</u>	
4.1 Les enjeux	p.9
4.2 Conflit de valeurs	p.10
4.3 Propositions de réponses	p.10
3.3	
<u>Conclusion</u>	p.10

INTRODUCTION :

Certains événements poussent des femmes, des enfants et des hommes sur le chemin de la migration.

Dans ce mouvement, il y a l'espoir de trouver un asile. Asile qui vient du grec *Asylon* le lieu qu'on ne pille pas, le lieu inviolable.

A la porte des soins, l'accueil se doit d'être inconditionnel ...donc pour tous.

L'étranger est celui qui vient d'un ailleurs. Un Autre étrange dont la différence peut susciter attrait, curiosité, hostilité ou appréhension.

Cet étranger en demande d'asile ou en situation de migration va « dé-ranger » la pratique du soignant, la rencontre nécessitant un espace nouveau où seront intimement interrogées les valeurs citoyennes et professionnelles de soignant.

Le temps du soin ne sera possible que si la personne a eu le temps de se poser, de raconter, de se sécuriser et de prendre confiance en l'autre et d'être en situation stable.

Ainsi, comment s'inscrire dans une relation de soins avec les personnes en situation de migration et/ou de demande d'asile ?

1 - Niveau du sujet demandeur de soins :

1-1 Enjeux

L'accueil d'une demande de soins, quelle qu'elle soit, s'inscrit dans la temporalité d'une rencontre, moment inaugural d'un processus d'adaptation réciproque, entre un sujet aux prises avec des difficultés familiales, identitaires, une précarité sociale, des ennuis administratifs... et un soignant, qui est imprégné par ses représentations, sa culture, sa fonction sociale en tant que professionnel.

Sur quelle « fréquence » la relation va-t-elle s'engager ?

L'enjeu pour le patient, et souvent sa famille, est très important : le demandeur d'asile s'en remet à une société étrangère pour être protégé, son « droit d'asile » va-t-il être respecté ?

D'emblée, la difficulté de la langue se présente souvent comme un filtre, qui peut devenir un obstacle à la rencontre. Exprimer ses émotions, ses ressentis dans une langue étrangère s'avère être une épreuve. Parfois, l'intermédiaire d'un interprète multiplie les filtres.

Il faut également compter avec ce qui fait l'urgence psychique de la demande : l'angoisse, l'inquiétude de l'avenir, l'attente anxieuse d'un verdict, l'espoir d'être soulagé...

De la rencontre avec le soin va parfois dépendre la possibilité de rester en France, la prise en charge des enfants autistes par exemple, n'existant pas dans tous les pays. En effet, une des conditions pour éviter l'expulsion est l'impossibilité d'obtenir des soins adaptés dans le pays d'origine

Le soignant peut ainsi se sentir écrasé par une responsabilité au-delà de sa fonction de soignant...

Il est amené à recueillir le récit d'un voyage en quête d'une place dans une nouvelle société, marqué par de nombreuses étapes, comportant chacune une dimension traumatique.

La migration est en soi un traumatisme : pour le réfugié qui a dû quitter son mode de vie, ses codes, parfois tout ou partie de sa famille, pour le demandeur d'asile qui fuit une situation de danger,

souvent marquée par un vécu traumatique, pour le débouté de sa demande d'asile, qui est confronté à une nouvelle insécurité. Si tous les migrants ne sont pas demandeurs d'asile, tous ont vécu la perte des repères liée à l'exil, l'incertitude sur l'avenir, le risque d'un espoir déçu...

La demande de soins est ainsi sous-tendue, le plus souvent, par un empilement de psychotraumatismes (voir l'article du journal des psychologues dans les sources) qui justifie l'orientation vers un service de psychiatrie. La rencontre avec le soin est une nouvelle étape...

A quelle dimension le traitement devra-t-il répondre prioritairement ?

Comment prendre en compte le sujet dans son vécu personnel, mais également son environnement, souvent à distance ?

1-2 Des représentations qui ne se recouvrent pas :

La conception dominante dans notre modèle occidental, concernant la maladie, prend en compte les symptômes d'un individu en tant que sujet à part entière, et répond ainsi à ses problèmes physiques et/ou psychiques par une relation de face à face, visant à réduire les symptômes.

Pour d'autres cultures, le sujet n'existe pas indépendamment du groupe qui l'entoure (conception systémique). Dans ce cas, on ne prend pas en soins l'individu seul mais avec tout son environnement, en faisant parler l'entourage de ce qu'il perçoit de la situation qui fait problème. Le soin est alors envisagé de façon collective, on travaille avec la conception et la place de la personne dans son groupe d'appartenance.

Dans nos sociétés occidentales, la vision est binaire : on est vivant ou on est mort... dans d'autres cultures, la conception de la vie et de la mort peut être très différente : le fait qu'un individu n'aille pas bien, interroge sa position par rapport aux morts de sa communauté et aux esprits, à l'influence qu'ils ont sur lui et sa famille...

Enfin, il arrive que certains adolescents, ayant migré seuls sur des milliers de kilomètres, durant des mois, et qui se montrent hyper-résilients, réussissant brillamment à l'école dans leur pays d'accueil, se trouvent néanmoins dans l'impossibilité de prendre une décision importante concernant leur vie actuelle. Etant arrivés à destination, ils s'en remettent uniquement et totalement aux adultes présents pour décider à leur place. La notion d'« adolescence » n'existe pas dans toutes les cultures...

La dimension collective de la culture sur le parcours d'un sujet, ne doit pas faire oublier sa dimension subjective qui peut être évolutive.

1-3 Pistes de réponses

Les soignants en psychiatrie peuvent se sentir démunis face à l'accueil des patients demandeurs d'asile, dont le parcours jusqu'à la demande de soins peut paraître décalé de l'offre classique de prise en charge. Les représentations qui conduisent le sujet à s'adresser à la psychiatrie méritent d'être dépliées, articulées dans la culture propre du demandeur, sans exclure la dimension spirituelle qui peut parfois y être associée, c'est-à-dire qu'il s'agit d'entrer dans sa vision du monde, par exemple on peut demander « comment on parle de ça dans votre village, dans votre communauté ? »

L'individu qui se présente souvent seul, face au soignant, fait partie d'une famille, d'une communauté culturelle, à laquelle le soignant doit s'ouvrir pour appréhender la situation vécue par son interlocuteur privilégié, celui qui est en nécessité d'une prise en charge.

La dimension du récit est une approche qui inscrit la rencontre soignant-soigné dans une temporalité et peut parfois leur permettre de s'accorder *a minima*.

Ainsi les patients « venus d'ailleurs » ouvrent le soin sur une clinique de la différence, mais également sur une dimension universelle qui est le besoin d'asile pour toute demande d'aide formulée...

Les conditions relationnelles pour rendre possible cette rencontre semblent s'ancrer dans une relative sécurité, une écoute sans *a priori* et un accompagnement prenant en compte l'entourage, autant dire les conditions minimales à toute relation de soins.

2. Le niveau institutionnel

2.1 Les enjeux

Comment construire l'articulation entre les différents acteurs qui interviennent et comment rendre le système opérationnel entre la logique économique, sociale, le cadre juridique et le soin ?

En effet il existe une grande complexité d'entrée dans les soins pour les demandeurs d'asile et de mise en place d'un soin pour les soignants. S'ajoute à cet état des lieux l'influence du contexte politique sur le travail que « l'on » doit faire.

La question de l'éthique dans le soin pour les personnes en situation de migration interroge la question des limites et le mode d'investissement lors d'un soin. Il apparaît important d'être vigilant à éviter l'effet « de la patate chaude » ce qui implique un maillage, une linéarité de l'accompagnement. Chaque étape du parcours accentue davantage la vulnérabilité de ces personnes déjà en situation d'errance, d'attente. Les personnes en situation de migration se trouvent figées dans le temps, perception d'une élasticité du temps qui passe, sensation de temps suspendu qui ne leur permet pas de se projeter dans l'avenir.

2.2 Conflits de valeurs

En France il existe malheureusement des quotas de types de réfugiés. La qualité des réfugiés, politiques ou économiques n'ouvre pas les mêmes droits en matière de soins. Dans ce cadre, le soignant se trouve confronté à des partenaires qui ne font pas partie de son réseau habituel, au risque d'une méconnaissance du travail de chacun. L'absence de point d'articulation entre les acteurs de la santé mentale et ceux de l'asile entretient le clivage, le suivi par les différents intervenants peut entraîner pour le soignant une perte de sens concernant la notion de soin.

Au niveau de la prise en charge des réfugiés par ces multiples acteurs, les dimensions de temporalité et de spatialité peuvent être vécues comme différentes lorsque chacun d'eux ignore l'objectif de l'autre ou des autres. Comment le professionnel de soins peut-il gérer cette temporalité indépendante du soin plus en lien avec celle du Droit par exemple ?

La Cour européenne stipule que ne pas prodiguer de soins dans la langue de la personne est contraire aux droits de l'homme.

Dans le cadre du soin, quelle est la place et qu'en est-il de l'efficacité de l'interprétariat ? Quelle est la frontière entre traduire et interpréter dans l'acte de soin ? Comment, dans ces rencontres interculturelles, mettre en lumière les différentes représentations sociales de la santé, notamment mentale, de la souffrance psychique et des soins à apporter ?

Le soin en santé mentale s'appuie sur une écoute individualisée et adaptée dans le but d'une guérison et d'une amélioration. Dans ce contexte quelle place accorde-t-on à la présence d'un tiers dans le soin, à la suggestibilité de ce tiers ?

Comment mettre en œuvre l'alliance thérapeutique face à une personne dont on ne comprend ni ne connaît ni la langue, ni la culture ? Comment construire un lien singulier dans une relation à quatre dimensions : la relation de soin avec le patient, le soignant, l'interprète et la culture du patient.

2.3 Propositions de réponse

Une réflexion institutionnelle autour de la prise en charge des personnes issues de l'asile épargnerait aux soignants ce sentiment de devoir improviser sans filet des cadres nouveaux et contribuerait à sortir les professionnels de l'isolement de prises en charge trop chargée d'affect.

Une méthodologie existe dans certaines prises en charge où interviennent un interprète et une personne qui a la connaissance des habitus et du contexte socio-linguistique-culturel du patient. Par exemple, au sein du CPN, l'Equipe Mobile d'Intervention Ethno psychiatrique (EMIE) travaille avec des traducteurs professionnels, qui sont également médiateurs culturels.

Les cultures professionnelles doivent se rencontrer, se croiser et permettre ainsi de construire et partager collectivement la connaissance des objectifs et de la temporalité de chacun autour de la personne. Une autre piste pourrait être de rejoindre la temporalité de la personne elle-même, à travers ce qu'elle exprime.

-Travailler « avec » plutôt que travailler « pour » : Cette clinique favorise une approche de santé communautaire en s'appuyant sur le savoir expérientiel du public rencontré et en considérant le patient comme expert et partenaire.

- Développer un axe psychosocial : réinscrire la personne dans des liens sociaux, l'aider à trouver une place, un rôle et une utilité voire une reconnaissance sociale, s'approprier un espace symbolique, gagner en autonomie.

-Sensibiliser les divers intervenants à l'impact de la symptomatologie post-traumatique sur les procédures administratives et éventuellement juridiques. Et inversement, il conviendrait de sensibiliser les intervenants administratifs et juridiques aux différents symptômes de post-traumatisme afin de redonner du sens au relationnel de ces intervenants avec la personne migrante.

Un exemple d'articulation entre le local et le régional qui facilite l'échange interdisciplinaire : les Centres Ressources Autisme Régionaux.

3. Niveau des institutions, des structures : cadre de référence, pratiques, actions, modalité de prise en compte de santé mentale :

3.1 Enjeux :

Le soignant exerçant dans la fonction publique se doit d'accueillir dans les soins toutes personnes sans avoir à se positionner politiquement, civilement ou en tant que citoyen.

Pour autant le professionnel de santé peut se sentir tiraillé entre ses convictions et ses responsabilités lorsqu'il est face à la vulnérabilité de l'autre.

La demande du migrant ou du demandeur d'asile peut se porter sur le traitement ou sur le diagnostic. La différence semble importante entre « maladie » et « souffrance » et l'amalgame entre droit d'asile et droit d'être écouté est un risque, ce qui n'est pas spécifique aux demandeurs d'asile. Nos missions de service public nous obligent à organiser l'accueil de la souffrance d'une personne qu'elle présente ou non une pathologie.

L'égalité face aux soins est menacée, si la différence entre prise en charge somatique et prise en charge psychiatrique voire sociale s'accroît du fait du statut du soigné.

Les équipes sont dans l'injonction...La réalité économique s'invite dans les tiraillements, il peut arriver que des demandeurs d'asile ayant bénéficié de soins en France, soins payants, sont endettés qu'ils reçoivent leur autorisation d'asile ou pas.

Se font face deux cultures celle du demandeur d'asile et celle du pays investi, ce qui vient questionner l'aspect culturel de la thérapie, les difficultés de la langue au niveau des « équivalents » entre les différents langages, la confidentialité des échanges en présence d'un interprète (certains interprètes sont extérieurs et assermentés listés par le tribunal, d'autres sont des personnes de la famille ou de l'entourage...).

La relation de soins va se teinter de ce doute face à cet autre venu d'un ailleurs et face à la difficulté de distinguer ce qui appartient à ses codes culturels, à son trauma ; cette difficulté est accentuée par un manque de connaissances du contexte géopolitique. Le soignant doit créer un espace dont il n'a pas les clefs. Il peut se sentir investi d'une mission particulière, s'il réfléchit en termes de posture citoyenne.

Cela peut conduire à des prises en charges laissant parfois l'impression de bricoler, d'être aux frontières de l'humanité. Le soignant peut se sentir en équilibre entre deux postures, celle qu'il souhaite prendre et celle qui lui est autorisée.

Le soignant est en tension entre la politique de santé et la pratique clinique, il est amené à une clinique nouvelle et redevient presque novice, il va pouvoir apprendre et construire du nouveau.

3.4 Conflits de valeurs

Les temporalités de chaque côté du soin à contre temps, des courses contre la montre avant l'expulsion ou pour un soin à coût réduit, des lenteurs administratives ou le pas à pas de relation thérapeutique en terre étrangère, sans compter les aspérités d'un traumatisme psychique...de quoi craindre une tectonique des temporalités.

La dimension de la temporalité est beaucoup plus cruciale chez le demandeur d'asile que chez le migrant.

Le soin peut être perçu comme inachevé si le patient doit quitter le territoire ou cheminer dans sa migration pour trouver un asile stable. Cette temporalité rend hypothétique tous rendez-vous pris, tous projets car chaque lendemain est incertain.

Il est à craindre une mise en tension aliénante du soignant entre LE politique et LA politique, qui pourrait glisser vers un conflit entre valeurs du soin et valeurs institutionnelles.

Garantir l'éthique dans le soin d'une personne en situation de migration ou de demande d'asile, c'est s'assurer de la neutralité du soignant dans un contexte politique et social, mais c'est aussi prendre en compte la précarité (économique, sociale, affective,...) du migrant.

La présence d'un interprète impose une grande vigilance afin de préserver le secret professionnel, le respect de la neutralité, le souci d'éviter les situations d'incompatibilités culturelles.

3.5 Pistes de réponses

L'existence de l'équipe d'ethnopsychiatrie EMIE permet de prendre en acte, la volonté de l'établissement de respecter la dimension transculturelle du soin.

EMIE intervient en seconde intention lorsque les soignants ou travailleurs sociaux sont en difficultés dans la prise en charge de ces usagers, pour apporter des clés permettant de la faire avancer ,en ouvrant des pistes d'élaboration et en partageant des outils de travail expérimentés.

EMIE travaille autour des représentations des soignants, du patient et de son entourage autour de la maladie ou du désordre et de la représentation du soin ou de la réponse à apporter. Il s'agit d'une co-construction du cadre de soins. EMIE travaille avec la langue maternelle du patient. Car ce qui vient du cœur, des émotions, s'exprime dans la langue maternelle.

Le recours à un interprète est souvent un impératif. Une harmonisation des pratiques avec l'interprète avant la consultation pour se mettre d'accord sur les modalités de l'entretien, est à souhaiter. L'interprète contribue également à organiser l'entretien en fonction des concordances ou non-concordances entre la langue des soignants et celle du patient, afin de tenter « d'accorder » les pensées des uns et des autres.

La présence du traducteur et le temps de pause que nécessite la traduction permettent d'apporter une temporalité particulière à l'entretien, un rythme qui procure des temps de réflexion et d'observation tant pour l'équipe que pour le traducteur. Autrement dit, une partie essentielle du travail se fait au niveau de la relation patient-traducteur-soignant, à visée de tenter de résoudre la problématique de la compréhension du patient envers ses troubles, sa conception de sa maladie et des soins, sa compréhension envers l'adhésion aux soins.

La professionnalisation des interprètes est peut-être la piste à retenir pour améliorer davantage leur aide aux soins, la facilité d'accès à leurs services.

La prudence s'impose avec toute l'attention portée sur un membre de la famille migrante, souvent un enfant, qui va concentrer sur lui tous les soins, pour ouvrir sur leur diffusion à toute la famille, d'où la nécessité de décrypter le système familial auquel on a affaire.

Tout patient doit avoir accès au soin quelle que soit sa situation administrative. Les certificats donnés peuvent parfois favoriser la reconnaissance du statut de réfugié ou appuyer une démarche à la préfecture.

Une prise en charge psychologique devrait permettre un espace de parole libre sans enjeu sur la demande d'asile et la réinscription dans un avenir en faisant avec un passé.

Attention à ne pas faire tout reposer sur les épaules du seul soignant, il doit pouvoir percevoir l'appui de l'équipe et de l'institution, pour ne pas se sentir isolé dans un contexte complexe où les cadres sont à construire

4. Le méta-niveau

4.1 Les enjeux

Ce qu'a vécu la personne dans son pays d'origine « ne suffit pas » au niveau de la loi, les délibérations du conseil d'administration de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) mettent régulièrement à jour la liste des pays d'origine sûrs : est-ce que la personne serait en danger si elle retourne dans son pays ?

L'accès aux soins ne devrait pas dépendre de cette disposition à cheminer vers l'inconnu.

Pour la Cour Européenne des Droits de l'Homme, le certificat médical de nécessité de soins peut être pris en compte par l'OFPRA et a donc un poids (voir décision du Conseil d'Etat du 10.4.2015).

4.2 Conflit de valeurs

Ce qui nous amène à interroger la limite par rapport à la loi. Doit-on parler de désobéissance civique, lorsqu'il s'agit de se situer entre légalité/philosophie/éthique/humanisme... ? Dans quelle mesure le professionnel peut-il transgresser volontairement la loi pour poursuivre une PEC, pour maintenir le lien avec l'utilisateur ? Qu'est-ce qui peut amener un soignant à ne plus pouvoir s'inscrire dans le cadre légal posé pour les soins qu'il prodigue ?

Qu'en est-il de situations dans lesquelles le certificat médical est vécu comme un détournement de la fonction soignante ?

4.3 Propositions de réponses :

Les structures publiques doivent être renforcées dans leurs responsabilités à prendre en charge la souffrance psychique et somatique de tous les patients, y compris ceux en marge.

Les principes directeurs de la Loi de Santé Publique (09/08/2004) :

- La responsabilité de l'Etat
- Le renforcement des partenariats
- La lutte contre les inégalités d'accès à la santé
- La région comme niveau de planification des actions et de coordinations des acteurs.

- Les résultats.

Conclusion

Chaque fois que le soignant rencontre quelqu'un demandeur de soin, ne rencontre-t-il pas toujours quelqu'un qui est « demandeur d'un asile » ?

Le soignant, souvent en « posture haute » est effectivement souvent dérangé par l'inconnu, l'étranger. Mais il peut aussi choisir de prendre une posture de demandeur d'explications, d'informations, de connaissance....une posture d'humilité. Le soignant bénéficie en principe d'une image de « gentil », de personne à l'écoute, empathique.

Dans cette rencontre entre personne exilée et personne soignante, la part d'inconnu est grande, chacun ignore les appartenances, les codes et la culture de l'autre. Cette situation nécessite une volonté, une énergie pour découvrir l'autre et aller vers lui. Se mettre à son écoute serait sans doute le moyen premier d'ouvrir une compréhension qui permette d'ajuster nos postures.

Travailler avec ce public en demande d'asile c'est souvent se remettre en question, c'est ajuster les cadres d'intervention pour construire une prise en charge adaptée. C'est accepter que le patient soit EXPERT de sa propre souffrance, il n'y a que lui qui peut dire....

Sources :

Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et de demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil (Rapport de synthèse) du Réseau Samdarra (Santé Mentale, Précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône-Alpes)

Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale. D'Halima Zeroug-Vial , Yvan Couriol , Nicolas Chambon .Rhizome 2014

APMNews Dépeche du 31/01/2019 Ne pas prodiguer de soins psychiatriques dans la langue de la personne internée est contraire aux droits de l'homme (Cour Européenne des Droits de l'Homme)

Raccourci vers la liste des interprètes en convention avec le CPN :
<http://ged/servlet/qualios.consultDoc?docRef=CPN-FIN-LIS-0002->

Raccourci vers la liste des interprètes assermentés auprès du tribunal :
<http://ged/servlet/qualios.consultDoc?docRef=CPN-FIN-LIS-0001->

Glossaire du Ministère de l'Intérieur concernant l'immigration, l'asile , l'accueil et l'accompagnement des étrangers en France : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Definitions-et-methodologie/Glossaire>

Dans Le Journal des psychologues 2020/1 (n° 373), pages 67 à 73 : *Ce que les réfugiés nous enseignent : hypothèses cliniques Olivier Douville*

Remerciements :

Le Comité d’Ethique remercie les membres de l’Equipe Mobile d’Intervention Ethnopsychiatrie (E.M.I.E.) pour leur éclairage.