

RUCH Camille

IFSI Virginie Olivier

Mémoire de Fin d'Etudes
UE 5.6 S6
Analyse de la qualité et traitement des
données scientifiques et
professionnelles

**De l'adaptabilité des soignants à la compétence
culturelle dans la prise en soin d'une personne
migrante**

Directrice de mémoire :
Madame NYECK Vilna

Rendu le 31 mai 2016
Soutenu le 16 juin 2016

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et
il ne peut faire l'objet d'une publication
en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

Remerciements

Je tiens à remercier, tout d'abord, **les Cadres formateurs** de l'IFSI Virginie Olivier du Centre Hospitalier Sainte-Anne. Plus particulièrement, je souhaite remercier :

Madame Nyeck, ma directrice de mémoire, pour ses précieux conseils lors de la rédaction de ce mémoire de fin d'études,

Madame Facquez, ma responsable de suivi pédagogique, pour son suivi et son soutien.

Je tiens à remercier également tous **les professionnels de santé** qui m'ont aidée à construire ce mémoire de fin d'études lors des entretiens que j'ai menés ou lors de mes stages.

Enfin, je tiens à remercier d'une part ma famille, particulièrement **Madame Catherine Ruch, Monsieur Eric Ruch, Madame Elodie Ruch, Madame et Monsieur Charlot, Madame Annick Martin**, et tous ceux qui m'ont soutenue, accompagnée tout au long de ces trois ans et qui m'ont permis de rédiger ce mémoire de fin d'études.

Je tiens à remercier d'autre part mes amis, particulièrement **Madame Adeline Lancou, Madame Laura Houeix, Madame Caroline Rota, Madame Marion Salez, Madame Lucia Scrinic, Madame Anne-Laure Vidal, Madame Eva Zorgati, la famille Alcesilas** et tous ceux qui ont partagé ces trois années de formation avec moi, qui m'ont conseillée et soutenue.

Pour conclure, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont été présentes durant ces trois ans et qui ont fait de moi une future professionnelle de santé.

Lexique

C.I.R.E : Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers

C.M.P : Centre Médico-Psychologique

C.O.M.E.D.E : Comité Médical pour les Exilés

C.P.O.A : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

I.D.E : Infirmièr(e) Diplômé(e) d'Etat

I.N.P.E.S : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

U.N.E.S.C.O : Organisation des Nations Unies, pour l'Education, la Science et la Culture

Table des matières

<u>Introduction</u>	1
<u>I. La situation d'appel</u>	2
1 . <i>Description de la situation d'appel</i>	2
2 . <i>Questionnements</i>	4
3 . <i>Exploration de la situation d'appel</i>	5
4 . <i>Question de départ</i>	10
<u>II. Cadre conceptuel</u>	11
1 . <i>Les difficultés dans la prise en soin d'une personne soignée migrante</i>	11
1.1 Les difficultés linguistiques et culturelles.....	12
1.2 La situation sociale précaire de la personne soignée migrante.....	12
1.3 Le parcours de vie et la souffrance morale qui en découle.....	13
1.4 Les représentations du soin par la personne soignée migrante.....	14
1.5 Les difficultés liées au soignant.....	15
1.5.a L'identité du soignant.....	15
1.5.b L'ethnocentrisme.....	15
1.5.c Les représentations du soignant.....	16
1.5.d Les mécanismes de défense du soignant.....	16
2 . <i>Les capacités d'adaptation du soignant pour prendre en soin la personne migrante</i>	17
2.1 Le processus d'acculturation.....	18
2.2 Les ressources dont disposent les soignants.....	18

2.2.a La communication autrement	19
2.2.b La médiation culturelle.....	20
2.2.c L'entourage familial.....	20
2.2.d Les associations et consultations spécialisées.....	21
2.3 Les formations.....	21
3 . <i>Les compétences culturelles et relationnelles au service de la relation soignant-soigné dans le but de favoriser l'adhésion aux soins</i>	24
3.1 La relation soignant-soigné en contexte interculturel.....	24
3.2 Les compétences relationnelles.....	25
3.3 Les compétences culturelles.....	26
3.3.a Définition du concept.....	26
3.3.b Les compétences culturelles dans la relation soignant-soigné.....	27
3.3.c Les écueils à contourner.....	28
4 . <i>Conclusion du cadre conceptuel</i>	28
<u>III . Méthodologie et entretiens</u>	30
1 . <i>Méthode pour l'enquête exploratoire</i>	30
2 . <i>Résultats des entretiens</i>	31
<u>IV . L'analyse</u>	36
<u>V . Vers la problématique de recherche</u>	39
<u>Conclusion</u>	40
<u>Bibliographie</u>	42
<u>Annexes</u>	48

Introduction

Ce mémoire de fin d'étude est l'aboutissement d'un an de recherche sur les stratégies d'adaptation des soignants pour prendre en soin des personnes migrantes. J'ai décidé de traiter ce sujet suite aux difficultés que j'ai rencontrées en prenant en soin des personnes migrantes lors de mes stages. Je me suis aperçue que les soignants n'avaient pas toutes les ressources pour prendre en soin cette population migrante de plus en plus présente dans les services de soins hospitaliers. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) (2015), « *L'afflux important et croissant de réfugiés et de migrants dans les pays de la Région européenne de l'OMS exige la prise de mesures de toute urgence afin de répondre aux besoins sanitaires de ces populations* »¹. Il s'agit pour les soignants de répondre à des besoins particuliers et nouveaux par leur ampleur. Par conséquent, mener des recherches sur ce sujet me permettra, dans ma future pratique professionnelle, de favoriser l'adhésion aux soins des personnes migrantes grâce aux connaissances acquises et compétences que je serai amenée à développer.

Suite à l'analyse d'une situation que j'ai vécu lors d'un stage aux urgences psychiatriques, je me suis questionnée sur les difficultés et les ressources qui peuvent influencer les stratégies d'adaptation des soignants pour prendre en soin des personnes migrantes et assurer la continuité des soins. Pour répondre à mes interrogations, j'ai, tout d'abord, mis en évidence les difficultés auxquelles sont confrontés les soignants dans la prise en soin des personnes migrantes. Puis, j'ai évoqué les capacités d'adaptation des soignants pour prendre en soin les personnes soignées migrantes tout en exposant les ressources dont ils disposent ainsi que les formations qui leur sont proposées comme atout. Grâce à ces ressources, une relation interculturelle soignant-soigné va s'instaurer. L'adhésion au projet de soin de la personne soignée migrante sera favorisée par la mobilisation des compétences relationnelles du soignant mais surtout par la mobilisation de la compétence culturelle qui seront développées dans la dernière partie.

Puis, je présenterai la méthode de recherche que j'ai utilisé pour explorer la réalité quotidienne des soignants dans les services hospitaliers, ainsi que les résultats obtenus lors des entretiens que j'ai menés auprès de quatre infirmiers. Enfin, je ferai une analyse de ma recherche théorique et des entretiens sur le terrain. Toutes ces données me permettront de finaliser mon initiation à la recherche par une hypothèse de recherche.

¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. La crise des réfugiés en Europe : bilan de la situation et des mesures prises par l'OMS. *Migration et santé*. 2015. [Consulté le 01/05/2016]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/refugee-crisis-in-europe-update-on-the-situation-and-who-response>

I. Situation d'appel

1. Description de la situation d'appel :

Tout au long de ma formation en soins infirmiers, je me suis occupée de personnes en souffrance, ayant une culture autre qu'occidentale. Ces situations ont souvent amené des difficultés lors de la prise en soin et ont soulevé de nombreux questionnements, ce qui m'a poussée à approfondir le sujet. C'est au travers d'une situation vécue lors de mon stage aux urgences psychiatriques que je vais exposer le contexte.

Durant le stage de dix semaines effectué au semestre trois, je suis allée dans un Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (C.P.O.A) à Paris. Lors de ce stage, j'ai rencontré M. M, homme de 27 ans, afghan, venu accompagné d'un ami et adressé au CPOA par un courrier du médecin du C.O.M.E.D.E² souhaitant une évaluation psychiatrique. Lors de leur arrivée, un des deux hommes s'est présenté à l'accueil en anglais. L'équipe infirmière a donc compris, après un bref échange, que l'homme ne parlait pas français. Mon infirmier référent et moi les avons reçus lors d'un entretien d'accueil pour connaître les modalités de leur venue.

Lors de l'entretien, nous comprenons que celui qui s'exprime n'est pas la personne en demande mais celle à ses côtés. Cette dernière ne parlait ni le français, ni l'anglais mais le dari. Il était donc impossible de communiquer verbalement avec lui. Comment obtenir des informations sur le mal-être d'une personne qui n'est pas en mesure de nous l'exprimer ? L'infirmier a donc demandé à la personne parlant anglais de traduire les questions et les réponses afin de trouver un mode de communication. Cependant, même les échanges en anglais étaient difficiles entre l'infirmier et l'ami car ce n'était la langue maternelle d'aucun d'eux. J'ai également aidé à la traduction de certains mots. Grâce à une carte afghane de M.M., on a pu recueillir les informations concernant son identité. Avec les dires de l'ami et le courrier du C.O.M.E.D.E, nous avons pu obtenir les informations suivantes : il serait arrivé en France il y a un an et résiderait sur Paris. Il aurait reçu des coups sur la tête et se plaindrait de confusion ainsi que de troubles de la mémoire. L'infirmier voulait échanger avec la personne concernée et essaya de communiquer de façon non verbale en mimant ce qu'il voulait lui demander et en tentant de capter son regard : il voulait savoir ce que M. M. ressentait, s'il

2 Le COMEDE a été créé en 1979 et travaille à la promotion de la santé, de l'accès au soins, et de l'insertion des exilés. SOLIPAM. Comité médical pour les exilés. Centres de santé. Novembre 2015. [Consulté le 12/06/2015]. Disponible sur : <http://www.solipam.fr/Comite-medical-pour-les-exiles,267>

faisait des cauchemars... Mais nous n'avons eu aucune information de la part de M. M. qui était renfermé sur lui-même et ne nous regardait pas. L'entretien a donc été écourté. Pourquoi ne voulait-il pas nous communiquer d'informations ? N'avait-il pas confiance en l'équipe soignante ? Etait-il en souffrance à ce moment précis ? Etait-ce la manière de procéder pendant l'entretien qui ne lui convenait pas ? Quels moyens l'infirmier et moi aurions nous pu mettre en œuvre pour obtenir des informations de sa part?

Pendant que l'infirmier faisait ses transmissions à ses collègues, je suis allée chercher sur un des ordinateurs des informations sur le dari ainsi que le but de l'organisme C.O.M.E.D.E qui l'avait envoyé. J'ai pu trouver les informations suivantes : le dari est la langue officielle de l'Afghanistan et le C.O.M.E.D.E est un comité médical pour les exilés qui agit pour la promotion de la santé et de l'insertion en France.

Après l'entretien infirmier, M. M. devait rencontrer un psychiatre. Avec les infirmiers, il a été convenu qu'il était nécessaire de faire appel à un interprète par téléphone. Le psychiatre a été mis en relation avec un interprète qui parlait le dari. L'interprète traduisait les questions du médecin et les réponses de M.M. Nous avons ainsi pu comprendre la demande de celui-ci : il souhaitait savoir si ses troubles mnésiques étaient liés aux coups qu'il avait reçus sur la tête lors de sa migration. Pendant l'entretien, M. M était moins renfermé mais regardait le personnel soignant de façon méfiante. Se méfiait-il des « blouses blanches »? Il semblait ne faire confiance qu'à l'interprète au téléphone. Pour le rassurer et l'apaiser, l'externe présente et moi avions une attitude calme et souriante. Mais il ne comprenait pas pourquoi le psychiatre posait autant de questions et commençait à montrer une légère réticence à y répondre. Il était difficile pour le psychiatre d'expliquer à M. M que dans le système de soins français, les médecins ont besoin d'avoir des informations pour comprendre le problème et proposer des solutions. Malgré la réassurance du médecin, il a demandé : « *Vous êtes un médecin pour détruire ou pour réparer ?* ». Je fus surprise par la question et me demandais comment nous pouvions répondre à ses besoins face à une telle méfiance de sa part. M.M, ne comprenant toujours pas la démarche du médecin qui lui parlait d'un suivi psychiatrique au long cours, demanda une radiographie cérébrale afin de voir l'intérieur de sa tête et « *pour que l'homme puisse remarquer sur la terre* » d'après ses dires. La demande de M. M. ne semblant pas adaptée pour le psychiatre, il refusa tout en lui expliquant ses raisons.

Après concertation entre infirmiers et psychiatres, manquant toujours d'informations précises sur les circonstances de sa migration, les coups qu'il aurait reçus et sur son ressenti, il a été décidé qu'un suivi sur un Centre Médico-Psychologique serait le plus adapté. Nous avons donc fait appel une dernière fois à l'interprète pour qu'il transmette les informations à M. M. en dari. A l'annonce de la nouvelle, on pouvait sentir une certaine tension de la part de M. M qui montrait son insatisfaction concernant la décision de l'équipe soignante : pourquoi le laisser partir de l'hôpital alors que selon lui, il nécessitait des soins plus approfondis ?

2. Questionnements :

D'après l'Organisation Internationale pour les Migrations³ (rapport de 2014), il y a deux cent quatorze millions de migrants internationaux dans le monde aujourd'hui. En France, environ sept millions de personnes étrangères sont susceptibles de fréquenter les hôpitaux. D'après Mme Bourdin, la directrice adjointe du centre Françoise et Eugène Minkowska (2015), « *les professionnels du soin [...] se trouvent de plus en plus confrontés aux problématiques linguistiques et culturelles des publics qu'ils rencontrent. Cette diversité peut être source d'incompréhension, de décalage, de malentendus et complexifier les prises en charge* »³. Je me suis alors questionnée sur les capacités d'adaptation dont un soignant doit faire preuve pour prendre en soin une personne migrante, en souffrance morale, en demande d'aide non exprimée, ne parlant pas le français et ne connaissant pas le système de soin français. En effet, les soignants adaptent leurs pratiques à chaque personne en demande de soins. Cependant lorsqu'il s'agit d'un mal-être psychique, être en mesure de l'expliquer est très important pour que les soignants puissent orienter la personne selon sa demande.

Or, comment à travers la barrière de la langue et de la culture, l'infirmier(e) peut-il prendre en soin efficacement la personne soignée ?

Comment intégrer la diversité culturelle dans la pratique de soin et confronter les représentations culturelles du soignant à celles de la personne migrante ?

Quelles sont les stratégies d'adaptation mises en place par l'équipe soignante, afin d'accompagner la personne dans son parcours de soin et de répondre à sa demande ?

³ BOURDIN, Marie-Jo. Comment aborder la diversité culturelle dans vos pratiques professionnelles ? Développer les compétences des professionnels dans la prise en charge des personnes migrantes. *Association Françoise et Eugène Minkowski*. Décembre 2015. [Consulté le 01/12/2015]. Disponible sur : <http://www.minkowska.com/content/d%C3%A9velopper-les-comp%C3%A9tences-des-professionnels-dans-la-prise-en-charge-des-personnes>

Comment le soignant peut-il adapter son comportement face à celui de la personne soignée, afin de faciliter le soin tout en étant dans la bienveillance ?

Comment prendre en compte la culture du patient, son parcours de vie, sans que cela interfère dans l'organisation du service ?

Quel lien le soignant doit-il créer avec la personne soignée migrante pour permettre la réalisation du soin ? Qu'est ce que l'infirmier(e) pourrait mettre en place afin d'améliorer l'accompagnement dans le soin ?

Que peut entraîner une absence d'adaptation de la part d'un professionnel de santé lors de la prise en soin d'une personne migrante ?

3 . Exploration de la situation d'appel :

« Plus de 350 000 réfugiés et migrants ont atteint les pays d'Europe rien qu'en 2015 »⁴ révèle l'Organisation Mondiale de la Santé/Europe (2015). Dans les services de soins, les prises en soin nécessitent une grande **capacité d'adaptation** de la part des soignants afin d'être dans la bienveillance et l'efficacité pour accueillir et orienter les personnes migrantes en demande de soins. Étymologiquement, le mot adaptation vient du latin *ad aptare* qui signifie rendre apte, réunir. Dans le langage courant, « *s'adapter c'est se mettre en harmonie avec (les circonstances, le milieu)* »⁵ (2007). En effet, dans la situation, il est nécessaire de se mettre en harmonie avec M. M pour instaurer une relation de confiance et d'échanges, afin de comprendre les modalités de sa venue. Or, la barrière de la langue, la différence de culture et la méfiance de M. M envers les soignants n'ont pas permis que ces liens se créent entre l'équipe soignante et lui, ce qui demande des capacités d'adaptation pour pallier à ces freins afin de prendre en charge efficacement son mal être psychique.

4 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. L'OMS aide les pays européens à répondre aux besoins sanitaires des nombreux réfugiés et migrants. *Migration et santé*. 2015. [Consulté le 01/12/2015]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2015/09/who-supports-european-countries-in-managing-health-needs-of-refugee-and-migrant-influxes>

5 REY, A ; ROBERT, P et al. *Le Nouveau Petit Robert* 2008. France : Le Robert, 06/2007, 5494 pages. ISBN-13 : 978-2849023211

Dans le champ disciplinaire de la psychologie, Monique Tremblay⁶ (2001) parle de l'adaptation psychosociale comme un équilibre entre un bien-être qui est à l'intérieur de soi et un bien-être au niveau de l'environnement. On peut supposer que M. M n'est pas dans un processus de bien-être interne puisqu'il vient pour une évaluation psychiatrique dans un contexte de migration. De plus, **la barrière de la langue** l'empêche de communiquer et d'être dans l'échange, ce qui ne favorise pas son bien-être externe.

Dans le champ disciplinaire des sciences humaines, Shannon⁷ (2012) présente un schéma de la **communication** qui comprend un émetteur (le soignant), un récepteur (M.M) et un message véhiculé ici via la communication verbale dans un premier temps, puis non-verbale (mimes) par la suite. M.M a renvoyé au soignant un message à son tour, nommé feedback par Shannon, qui permet de vérifier sa compréhension face à l'information initiale : (« nous n'avons eu aucune information de la part de M. M. qui était renfermé sur lui-même et ne nous regardait pas »). L'attitude de M. M de se fermer à tout échange et contact lui permet de réduire son anxiété et tout danger potentiel. On peut noter que les défenses sont des phénomènes propres à chaque personne, ce qui suppose, pour les soignants, d'être apte à modifier leur pratique et leur attitude en fonction de la personne prise en soin. Pour cela, l'équipe a décidé de faire appel à un interprète afin que M.M puisse s'exprimer et qu'il soit en confiance dans le service. On peut alors remarquer que M.M s'est ouvert au dialogue avec une personne qui parlait le dari, ce que L.Zucker⁸ (1986) définit comme **la confiance *intuitu personae*** qui se crée entre des personnes appartenant à un même groupe. Zucker décrit ensuite la confiance relationnelle qui se définit comme une croyance particulière dans les actions ou le résultat des actions entreprises par autrui. M.M ne montre pas une attitude de confiance envers le personnel soignant (« M.M [...] regardait le personnel soignant [...] de manière méfiante », « il ne comprenait pas pourquoi le psychiatre posait autant de questions et commençait à montrer une légère réticence à y répondre »).

Dans le champ disciplinaire de l'anthropologie, M.M est arrivé en France dans **un contexte de migration**. L'article [A social determinant of migrants'health](#) (2010), définit la migration comme «*un processus de déplacement, soit à travers une frontière internationale*

6 TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir*. 2Ème édition. Montréal: Saint Martin.2001. 314 pages

7 SHANNON, Claude. WIENER, Norbert. WEAVER, Warren. Les modèles de Shannon, Wiener et Weaver. *Communication, actualités et diversité es approches*. Revue du 02/03/2012.

8 ZUCKER,Lynn. Production of trust : institutional sources of economic structure :1840- 1920, *Research in Organizational Behavior*, Vol 8, 1985, page 53-111

ou dans un Etat »⁹. D'après la revue *Migration and health in the European Union* (2010), « les migrants risquent de ne pas recevoir le même niveau de soins [...] en raison d'une combinaison de facteurs, notamment [...] l'exclusion sociale, la culture, la barrière de la langue et le manque de connaissances sur les systèmes locaux »¹⁰. En effet, à chaque arrivée d'une personne en demande de soin, le personnel soignant doit prendre en compte l'être humain derrière la requête. L'infirmier doit adapter sa prise en soin en fonction de l'âge, du sexe, des habitudes de la personne, de sa culture, de sa situation sociale et familiale. En particulier au C.P.O.A, lors de l'entretien infirmier puis médical, l'équipe soignante évalue toutes les composantes de la personne migrante afin d'avoir une meilleure compréhension de sa demande, d'évaluer la situation et de l'orienter vers le meilleur établissement possible.

Edward Burnett Tylor (2005), propose une définition de **la culture** : « ce tout complexe comprenant les sciences, les croyances, les arts, la morale, les lois, la coutume et les autres facultés et habitudes par l'homme dans l'état social »¹¹. De plus, Claude Lévi-Strauss (2005) affirme que « la culture est un attribut distinctif de la condition humaine »¹². Par conséquent, elle s'impose et se heurte parfois aux différentes manières de procéder. En fonction de son histoire et de son parcours, M.M a des connaissances et des pratiques différentes des nôtres en France. On peut se demander comment sont perçues « les blouses blanches » en Afghanistan ? De plus, on ne connaît pas le vécu de M.M : lors de sa migration, qu'a-t-il subi comme violence ? Connaît-il un système de soins psychiatriques différent de celui en France ? Le personnel soignant doit tenter de faire comprendre les réelles intentions du service à son égard. Cependant les stratégies d'adaptation ont leurs limites lorsque de nombreuses questions restent en suspens. En effet, la réponse de M.M (« pour que l'homme puisse remarquer sur la terre ») peut être la conséquence d'un trouble psychiatrique ou bien d'une traduction incorrecte de la part de l'interprète voire une expression poétique afghane n'ayant pas d'équivalent exact en français. Par conséquent, il est impossible de comprendre une personne sans connaître les différents aspects de sa vie. D'après le Centre Française Minkowska (2003), « pour permettre la communication entre deux acteurs, il ne suffit pas de mettre en place un interprétariat linguistique mais il faut être capable de comprendre et accueillir la façon dont l'autre exprime sa propre souffrance »¹³.

9 BASTEN, Anna. Migration: A social determinant of migrants' health . *Migration and health in the European Union*. Vol 16, numéro 1. 2010. page 10. ISSN : 1356-1030

10 PEIRO, Maria-José. ROUMYANZA, Benedict. Migrant health policy. *Migration and health in the European Union*. Vol 16, numéro 1. 2010. page 1. ISSN : 1356-1030

11 COPANS, Jean. Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie. France : Armand Collin, 2005, p76 . ISBN : 2091906948

12 LEVI-STRAUSS, Claude. La diversité culturelle, patrimoine commun de l'humanité. *Diogenes*. Article 1, numéro 215. Novembre 2005 [Consulté le 12/09/2015]. Disponible sur : <http://www.unesco.org/culture/aic/echoingvoices/claude-levi-strauss-fr.php>

13 ASSOCIATION FRANCOISE ET EUGENE MINKOWSKI. Le Centre Minkowska. [Consulté le 12/11/2015]. Disponible sur : <http://www.minkowska.com/content/consultations->

La compétence culturelle permet aux soignants de s'adapter à la personne migrante, de la complexité de la situation rencontrée ainsi que **la diversité culturelle et linguistique**. D'après le Centre Française Minkowska¹³ (2015) la compétence culturelle se caractérise par le décentrage (capacité du soignant à se distancer de ses représentations), la compréhension des références culturelles du patient et par la nécessaire confrontation des modèles ce qui permet de ne pas stigmatiser **le patient migrant**. Pour Mme Héron, dans son article Une compétence culturelle pour faire toute la différence (2010), « *la rencontre interculturelle, [...] insuffisamment préparée, peut entraîner des actes de rejet et d'ethnocentrisme. Identifier et comprendre la culture du patient va permettre d'adapter les soins infirmiers au sens que le patient donne à sa pathologie, la culture devenant l'élément central de la relation de soin* »¹⁴. On peut noter qu'il existe, dans certains établissements, une discipline nommée **l'ethnopsychiatrie**¹⁵ proposée aux personnes migrantes chez lesquelles les prises en soin habituellement proposées sont insuffisantes. Elle permet d'avoir une approche psychologique en tenant compte des appartenances sociales des personnes soignées et ainsi comprendre des situations complexes en lien avec leurs parcours de vie.

Dans le champ disciplinaire de la législation, d'après le Code de la Santé Publique (2014) l'article R 4311-3 stipule que « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier [...] identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue* »¹⁶. L'I.D.E **identifie les besoins** de M.M : répondre à sa demande, lui apporter de la réassurance afin de diminuer sa méfiance envers les soignants et lui donner des explications concernant la suite de sa prise en soin dans un autre établissement. Selon le moment, ces derniers vont se modifier et les soignants devront adapter leur prise en soin en fonction des nouvelles données pour reformuler de nouveaux objectifs. D'après le Centre Française Minkowska (2003), la psychiatrie est « *influencée par les aspects culturels des patients [...] tant au niveau diagnostique, du traitement que de la prévention* »¹⁷. Les actions mises en place par les soignants permettent d'assurer **un accompagnement personnalisé** de M.M, en tenant compte de son parcours de

[de-psychiatrie-transculturelle-centr%C3%A9e-sur-la-personne-migrante-et-%C3%A9fugi%C3%A9](#)

14 HERON, Myriam. Une compétence culturelle pour faire toute la différence. *SOINS, dossier: La dimension culturelle dans les situations de soins*. Numéro 747, juillet/août 2010. Page 15. ISSN:0038-0814

15 INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale. 442 pages. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/738.pdf>

16 Code de la Santé Publique. Legifrance.gouv.fr. Version du 16/10/2014. [Consulté le 06/08/2015]. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT00000607266>

17 CHEREF, Smail. Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale :pour quoi faire ? *Association Française et Eugène Minkowski*.Mai 2003. [Consulté le 12/11/2015]. Disponible sur : <http://www.minkowska.com/content/psychiatrie-transculturelle-au-sein-dun-secteur-de-sant%C3%A9-mentale-pour-quoi-faire-par-sma%C3%AF>

vie, ce qui est préconisé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹⁸.

Dans le champ disciplinaire de la santé publique, grâce au projet intitulé Public Health Aspects of Migration in Europe (2015), « *l’OMS/Europe collabore [...] au renforcement de la préparation du secteur de la santé et des capacités de la santé publique afin de mieux faire face aux flux migratoires liés aux situations d’urgence. Le projet [...] attire particulièrement l’attention sur la réduction des inégalités de santé et l’établissement de systèmes de santé centrés sur la personne* »¹⁹. L'**évolution des orientations en santé mentale** implique l'adaptation des personnels à la transformation du dispositif psychiatrique. Dans le guide du service infirmier (2015), la mise en place d'un projet de soins personnalisé va permettre « *une prestation de soins de qualité, une réponse cohérente et en adéquation aux besoins de santé exprimés par le patient et son entourage* »²⁰. La concertation du psychiatre et de l'infirmier ayant vu M. M en entretien, permet de mettre en commun les informations recueillies et de trouver la meilleure orientation possible qui répondra le plus fidèlement à la demande de M. M. Or, ici, la demande de radiographie cérébrale de M.M ne semblait pas adaptée pour le psychiatre, qui lui a expliqué les raisons de son refus.

Les soignants doivent s'adapter aux requêtes de la personne soignée mais également au dispositif psychiatrique qui implique que lorsqu'il n'y a pas d'indications pour une hospitalisation, un suivi sur un centre médical-psychologique est recommandé afin d'avoir des consultations régulières, avec un interprète si nécessaire. Les soignants ont donc l'obligation de respecter certaines mesures tout en s'adaptant aux besoins des personnes soignées mais pas toujours de leurs souhaits.

Pour finir, dans le champ disciplinaire des sciences infirmières, certaines théoriciennes comme Callista Roy (1986) ont basé leur modèle sur **le concept d'adaptation**. En effet, elle définit les soins infirmiers comme « *une science et pratique de la promotion de l'adaptation de la personne qui visent à évaluer les comportements de la personne, à repérer et modifier les facteurs influençant son adaptation, afin de contribuer à l'amélioration ou au maintien de*

18 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel du 5 mars 2002. [Consulté le : 02/12/2015]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

19 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Migration et santé dans la Région européenne. *Migration et santé*. 2015. [Consulté le 01/12/2015]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>

20 Ministère des affaires sociales et de la solidarité-Direction des hôpitaux. *Guide du service infirmier de 1991*. avril 2015. [Consulté le 22/08/2015]. Disponible sur : <http://psychiatriainfirmiere.free.fr/infirmiere/infirmier/officiel/guide-service/referencess-legislatives/introduction.htm>

sa santé, son bien-être et sa qualité de vie »²¹. L'être humain est considéré comme une entité qui doit s'adapter en permanence en faisant face à des stimuli internes et externes. Dans cette recherche d'adaptation, le soignant est confronté à ses propres émotions. Jacques Cosnier (1994) évoque **les émotions** comme un «*ensemble d'éprouvés psychiques spécifiques accompagnés [...] de manifestations physiologiques et comportementales* »²². Dans la situation, j'ai été surprise face à la réaction de M.M malgré la réassurance du médecin. Le soignant doit donc apprendre à analyser et maîtriser ses émotions afin qu'elles n'altèrent ni son jugement ni son comportement. Malgré les stratégies d'adaptation de la part de l'équipe soignante, M.M est très méfiant: «*Vous êtes un médecin pour détruire ou pour réparer ?* ». Les soignants, confrontés au **contexte culturel et migratoire** de M.M, vont évaluer son comportement influencé par sa méfiance, et tenteront de modifier ce facteur pour fluidifier le dialogue. Cependant, M.M repart avec une solution qui semble ne pas lui convenir. On peut alors se demander si l'équipe soignante a adopté les bonnes stratégies d'adaptation pour comprendre la personne soignée et expliquer ses décisions concernant la prise en soin. La continuité des soins est-elle assurée ?

Pour conclure cette analyse, l'infirmier est en constante adaptation afin de personnaliser la prise en soin et de prendre en compte les différents besoins de la personne migrante. Une absence d'adaptation de la part du soignant serait un frein supplémentaire à l'adhésion de la personne aux soins. Les capacités d'adaptation des soignants dépendent de la connaissance d'eux-mêmes, de la perception des différentes situations rencontrées et de la compétence culturelle qu'ils sollicitent face à la diversité linguistique et culturelle des migrants. Chaque partie doit s'adapter à l'autre pour atteindre les objectifs fixés et assurer la continuité des soins, tout en n'oubliant pas qu'il existe des règles propres à la discipline et à l'institution auxquelles les deux parties ne peuvent que s'adapter.

4 . Question de départ :

De ces interrogations et de cette analyse émerge ma question de départ :

Quels sont les facteurs qui peuvent influencer les capacités d'adaptation des soignants face à une personne soignée migrante ?

21 ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers, un modèle de l'adaptation*. France : Gaëtan Morin et Lamarre, 1986. 485 pages. ISBN: 9782891051873

22 COSNIER, Jacques. *Psychologie des émotions et des sentiments*. France : Retz, 1994, 175 pages. ISBN-13: 978-2725615325

II. Cadre conceptuel:

Afin de comprendre quelles sont les capacités d'adaptation que doit mettre en place un soignant face à une personne soignée migrante pour assurer la continuité des soins, il faut dans un premier temps mettre en évidence les difficultés et les freins que le soignant peut rencontrer pour prendre en soin efficacement une personne soignée migrante.

1 – Les difficultés dans la prise en soin d'une personne soignée migrante :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (2016), une personne migrante se définit comme « [...] toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays [...]. Cette définition des migrants reflète la difficulté actuelle à distinguer entre migrants qui quittent leurs pays à cause de persécutions politiques, conflits, problèmes économiques, dégradation environnementale ou une combinaison de toutes ces raisons et les migrants qui recherchent du travail ou une meilleure qualité de vie qui n'existe pas dans leur pays d'origine »²³.

Dans le langage courant, une personne migrante est une personne « qui effectue une migration »²⁴. Une migration est un « déplacement de populations qui passent d'un pays dans un autre pour s'y établir »²⁵.

Dans ce mémoire de fin d'étude, au vu des définitions, nous définirons la personne migrante comme une personne qui vit dans un pays dans lequel il n'est pas né, dans lequel il s'est déplacé pour de multiples raisons telles que des conflits politiques ou économiques, la recherche d'une meilleure qualité de vie non existante dans son pays mais n'ayant pas encore établi de liens sociaux avec le pays d'accueil. Nous pouvons remarquer que, devant ces diverses définitions, les capacités d'adaptation des soignants seront d'autant plus grandes qu'ils prendront en soin des personnes soignées migrantes ayant peu de liens avec le pays d'accueil.

Dans le domaine du soin, la personne soignée migrante est avant tout une personne unique, avec ses propres émotions, son propre vécu, ses envies, ses attentes, ses représentations, son langage et sa culture.

23 ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE. Migrations internationales, Migrant/Migration. *Apprendre à vivre ensemble*. 2016. [Consulté le 12/04/2016]. Disponible sur : <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

24 LAROUSSE. *Dictionnaires de français*. [Consulté le 14/04/2016]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migrant_migrante/51397

25 LAROUSSE. *Dictionnaires de français*. [Consulté le 14/04/2016]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migration/51399>

1-1- Les difficultés linguistiques et culturelles :

Dans le guide pratique Migrants/étrangers en situation précaire (2015) de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (I.N.P.E.S), il est dit que *«les problèmes de langue constituent souvent la principale difficulté de prise en charge pour les migrants non francophones (allophones), non anglophones et récemment arrivés en France»*²⁶. En effet, la barrière de la langue est une difficulté majeure pour les soignants car elle ne permet pas aux deux protagonistes (la personne soignée migrante et le soignant) de se comprendre verbalement. De cette incompréhension découlent des difficultés dans la prise en soin de la personne migrante. Cependant la communication soignant-soigné n'est pas la seule barrière rencontrée.

Dans La barrière culturelle dans le soin (2013), Lisa Djadaoudjee, dit que *«[...] la communication est indispensable mais pas suffisante pour prendre soin d'un patient. Derrière la barrière de la langue se cache une barrière culturelle qu'il faut prendre en compte pour prodiguer des soins de qualité»*²⁷. En effet, les soignants sont face à des personnes ayant une culture différente de la leur. D'après l'Organisation des Nations unies, pour l'éducation, la science et la culture (l'U.N.E.S.C.O), *« La culture est l'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social. La culture englobe, outre les arts et les lettres, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeur, les traditions et les croyances. [...] »*²⁸. La culture peut, par exemple, se manifester à travers une pratique religieuse qui ne sera peut-être pas compatible avec une hospitalisation. Par conséquent, devant les traits caractéristiques de chaque individu dans sa culture, les soignants peuvent rencontrer des difficultés dans la prise en soin dues aux différences culturelles.

1-2- La situation sociale précaire de la personne soignée migrante :

D'après Marie-Jo Bourdin, dans son article L'éclairage de l'anthropologie médicale clinique dans la relation d'aide en contexte d'interculturalité (2009), les personnes migrantes sont dans *« [...] une situation sociale précaire, comme la vivent un certain nombre de familles migrantes, [...] avec un parcours migratoire difficile, sans statut, sans papiers, sans*

26 INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement. Edition 2015. 537 pages. Page 16. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/738.pdf>

27 DJADAOUJEE, Lisa. La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière*. Vol 62, numéro 195. Novembre 2013. Page 37.

28 ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE. Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle. 2 novembre 2001. [Consulté le 21/03/2016]. Disponible sur : http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

*travail et de plus en plus souvent sans domicile fixe [...] »²⁹. Suite aux conditions de la migration, les personnes migrantes vivent souvent en France dans des situations précaires. D'après Wresinski (1987), « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux [...] »³⁰. Les sécurités dont il est question sont le logement, le travail, les revenus... D'après l'I.N.P.E.S (2008), dans Migrants/Etrangers en situation précaire, « *les exilés, réfugiés et étrangers en séjour précaire, constituent des populations particulièrement vulnérables sur le plan de la santé [...] L'exclusion et la précarité aggravent l'état de santé des exilés, migrants/étrangers en situation précaire »³¹. Selon Verspieren et Beaufiles, dans Précarité et santé (2007), « [...] ces différentes formes de précarité font partie des « déterminants sociaux » qui entraînent de très grandes inégalités en matière de santé, que ce soit en termes de morbidité ou d'accès aux soins »³². En effet, les conditions de vie précaires (logement insalubre, absence de domicile fixe, alimentation carencée...) et la difficulté d'accès aux soins peuvent aggraver des pathologies existantes. Vivre dans une situation sociale précaire ne permet pas toujours de faire de la santé une priorité et cela induit des difficultés dans la prise en soin.***

1-3- Le parcours de vie et la souffrance morale qui en découle :

D'après le C.I.R.E (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers) (2011), « *Toute intervention doit tenir compte du parcours de vie spécifique du migrant (torture, situation d'attente, exclusion, discrimination) »³³. En effet, la migration peut être vécue comme une source de déséquilibre par les personnes soignées migrantes et peut engendrer un traumatisme. L'intensité de ce dernier dépendra des causes et des conditions de la migration. Selon Lionel Buron, dans son article Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales (2013), « *À partir des vécus psychiques de différents migrants, les professionnels de la santé mentale se confrontent ainsi à une psychopathologie du traumatisme, de l'exil clandestin, de l'expatriation et de la précarisation »³⁴. On parle d'exil lorsque la migration n'est pas choisie par la personne migrante mais au contraire lorsqu'elle est la conséquence de**

29 BOURDIN, Marie-Jo. L'éclairage de l'anthropologie médicale clinique dans la relation d'aide en contexte d'interculturalité. *La revue française de service social*. Numéro 233. Mai 2009.

30 WRESINSKI, Joseph. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal Officiel*. Paris, 1987, p 14.

31 INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale. Edition 2008. 570 pages. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1051.pdf>

32 VERSPIEREN, Patrick. BEAUFILS, François. *Précarité et santé*. Centre Laennec, 2007, tome 55. 60 pages.

33 CIRE. Les maladies du séjour. *Guide Pratique*. Mars 2011. 71 pages. Page 8. [Consulté le 22/04/2016]. Disponible sur : [file:///C:/Users/fnac/Downloads/maladies-sejour%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fnac/Downloads/maladies-sejour%20(1).pdf)

34 BURON, Lionel. Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales. *Bulletin national santé mental et précarité*. Numéro 48, juillet 2013. 16 pages. Page 2.

persécutions ou de menaces dans le pays. Cette rupture soudaine entraîne généralement un deuil de la part de la personne migrante. Celui-ci est multiple car selon l'I.N.P.E.S, dans Migrants/Etrangers en situation précaire (2008), « *L'exil est une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs* »³¹. D'après le C.I.R.E (2011), « *L'exil entraîne souvent une diminution des défenses psychologiques. Le migrant vit des ruptures multiples dont la perte de repères culturels. Il est en situation de deuil vis-à-vis de son environnement, de sa famille, de son passé, [...]* »³³. Ces traumatismes particuliers (tortures, violences) seront la plupart du temps tus par la personne soignée migrante devant les soignants. En effet, d'après Myriam Héron et Tiédaba Koné, dans leur article L'hospitalisation, une nouvelle terre inconnue pour le migrant, « *le migrant est souvent dans l'impossibilité de verbaliser son vécu et la souffrance générée par le départ [...]* »³⁴. Par conséquent, il sera difficile pour le soignant de prendre en soin la personne migrante s'il ne connaît ni le parcours ni la souffrance engendrée par celui-ci. Cet avis est partagé par Bertrand Quentin, dans la revue de l'infirmière en juin-juillet 2012, qui explique qu'il n'est « *[...] pas toujours possible aux soignants de soulager les patients ni de comprendre les racines sociales, culturelles et psychologiques de la douleur* »³⁵.

1-4- Les représentations du soin par la personne soignée migrante :

Comme nous l'avons vu précédemment, les soignants doivent prendre en compte la culture et la situation socio-économique de la personne soignée migrante. La prise en soin doit être adaptée et personnalisée afin de favoriser l'adhésion au soin. Cependant, la méconnaissance du soignant peut amener la personne soignée migrante à des refus de soins, de la méfiance envers l'équipe soignante, des ruptures de suivi ou encore une non-observance. D'après Marie-Jo BOURDIN, dans son article L'éclairage de l'anthropologie médicale clinique dans la relation d'aide en contexte d'interculturalité, « *il lui arrivera de parler de sa souffrance psychique, de sa pathologie... Tout cela, il va l'exprimer avec ses représentations culturelles [...] de la santé, de la santé mentale [...]* »³⁶. Si la personne soignée migrante se sent incomprise et isolée « *il peut survenir un rejet, parfois violent, du nouveau pays, de sa langue, de sa coutume, de sa culture* ». Par conséquent, les représentations du soin des

31 INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale. Edition 2008. 570 pages. Disponible sur : <http://impes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1051.pdf>

33 CIRE. Les maladies du séjour. *Guide Pratique*. Mars 2011. 71 pages. Page 8. [Consulté le 22/04/2016]. Disponible sur : [file:///C:/Users/finac/Downloads/maladies-sejour%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/finac/Downloads/maladies-sejour%20(1).pdf)

34 HERON, Myriam. KONE, Tiedaba. L'hospitalisation, une nouvelle terre inconnue pour le migrant. SOINS : La dimension culturelle dans les situations de soin. Numéro 747, juillet/août 2010. Page 26.

35 BERTRAND, Quentin. Aux racines physiologiques et culturelles de la douleur. *La revue de l'infirmière*. Vol 61, numéro 182. Juin-juillet 2012. Page 28-30

36 BOURDIN, Marie-Jo. L'éclairage de l'anthropologie médicale clinique dans la relation d'aide en contexte d'interculturalité. *La revue française de service social*. Numéro 233. Mai 2009.

personnes soignées migrantes peuvent entraîner des difficultés dans la prise en soin.

Cependant, en plus des difficultés rencontrées par les soignants lors de la la prise en soin d'une personne soignée migrante, il existe des difficultés propres au soignant lui-même.

1-5- Les difficultés liées au soignant:

Dans un premier temps, le soignant est un individu singulier qui a sa propre identité.

1-5-a- L'identité du soignant :

D'après Doron et Parot (1992), «*L'identité se rapporte à la perception que chaque individu a de lui même, de sa propre conscience d'exister en tant que personne, et aussi en tant que personne en relation avec d'autres individus avec lesquels il forme un groupe social*»³⁷. Deschamps (1991) définit l'identité personnelle comme «*ce qui le spécifie, le singularise par rapport à autrui*»³⁸. Cohen et Hohl (2002) expliquent que l'identité personnelle est «*une sorte d'enveloppe délimitant des frontières et assurant un ancrage qu'on nomme le sentiment d'identité*»³⁸. Par conséquent, cette identité permet de différencier chaque être humain dans son individualité. Il est vrai que le soignant a sa propre histoire, son propre vécu qui le singularise, ses propres caractéristiques établissant une frontière avec les autres individus, qu'ils soient migrants ou non.

En dehors de son identité personnelle, l'individu a son identité sociale et culturelle. Il peut alors faire preuve d'ethnocentrisme, ce qui sera une difficulté majeure dans la prise en soin.

1-5-b- L'ethnocentrisme :

L'ethnocentrisme désigne «*un jugement et une attitude consistant à dévaloriser voire à condamner des façons de penser et de vivre différentes des siennes*»³⁹. Par conséquent, la personne qui a une attitude ethnocentrique considère sa culture comme prépondérante et impose sa façon de penser et d'agir. Dans le domaine du soin, si le soignant est ethnocentrique, il se concentrera sur sa propre culture et l'imposera, de façon inconsciente, à

37 TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. Page 47. ISBN : 978-2-294-08285-6

38 TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. Page 48. ISBN : 978-2-294-08285-6

39 VONARX, Nicolas. Culture et soins infirmiers, de l'approche biomédicale au regard anthropologique. *SOINS : La dimension culturelle dans les situations de soins*. Elsevier Masson. Numéro 747, juillet/août 2010. Page 19.

la personne soignée migrante. Cette attitude ne permettra pas l'adhésion au soin de la personne soignée migrante et entraînera des difficultés dans la prise en soin.

Il n'y a pas que l'ethnocentrisme qui peut être un frein à la prise en soin, le soignant peut également avoir des représentations concernant la personne soignée.

1-5-c- Les représentations du soignant :

Les représentations des individus (dont les soignants) jouent un rôle essentiel dans les relations de soins. Selon Abric (1994), « *La représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place)* »⁴⁰. A travers cette définition, nous pouvons noter que le soignant se représente la personne soignée migrante selon son propre système de référence, qui est différent de celui du soigné. Selon Sigmund Freud, « *le concept de la différence [...] se superpose à plusieurs reprises à celui de l'étranger, et ces deux notions sont alors associées aux valeurs de déplaisir et de l'hostilité* »⁴¹. Dans la revue de l'infirmière de novembre 2013, Lisa Djadaoudjee dit que « *cette différence peut, au départ, faire peur car elle se heurte à nos propres valeurs, nos propres croyances. C'est ainsi que peuvent naître les préjugés et les stéréotypes* »⁴². Les soignants doivent donc dépasser leurs propres représentations et prendre en soin la personne qui est en demande.

Les soignants, en dehors de leurs représentations, doivent également faire face aux mécanismes de défense qu'ils développent lorsqu'ils prennent en soin une personne soignée migrante.

1-5-d- Les mécanismes de défense du soignant :

Dans la revue de l'infirmière de novembre 2013, Lisa Djadaoudjee évoque que « *face à un patient ne parlant pas le français, les soignants peuvent se trouver mal à l'aise voire en*

40 ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, PUF, 1994.

41 DJADAOUJEE, Lisa. La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière*. Vol 62, numéro 195. Novembre 2013. Page 38.

42 DJADAOUJEE, Lisa. La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière*. Vol 62, numéro 195. Novembre 2013. Page 39.

difficulté, allant parfois jusqu'à opter pour l'évitement »²⁷. L'évitement est un mécanisme de défense. Un mécanisme de défense « [...] est le processus par lequel l'inconscient dresse des barrières destinées à protéger le « moi » »⁴³. Face à des situations génératrices de stress, les soignants peuvent mettre en place différents mécanismes de défense, qui sont spontanés et inconscients. Grâce à ces mécanismes de défense, le soignant va se protéger des situations stressantes, en les évitant, en déplaçant l'idée génératrice de stress et ceci sera une difficulté supplémentaire à la prise en soin.

Pour conclure cette partie sur les difficultés rencontrées dans la prise en soin des personnes soignées migrantes, l'article Réfugiés : les écouter et les croire sans juger, dans *Infirmière Magazine*, affirme que la personne soignée migrante « [...] est confrontée aux problématiques de la langue, de la douleur, de la mémoire et de l'urgence. Les difficultés et les pathologies auxquelles elle est exposée induisent une prise en charge spécifique des soignants »⁴⁴. Pour cela, les soignants vont mettre en place des capacités d'adaptation.

2 -Les capacités d'adaptation du soignant pour prendre en soin la personne migrante:

D'après W. Hesbeen, le « *Prendre soin est un art, l'art du thérapeute qui réussit à combiner les éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière* »⁴⁵. Pour prendre en soin la personne soignée migrante dans sa globalité et dans sa situation singulière, le soignant va utiliser ses capacités d'adaptation.

D'après Brigitte Tison, « *l'adaptation demande une capacité à négocier, à lâcher prise, à remodeler nos idées, nos actes, à assouplir, à quitter ou à prendre* »⁴⁶. Ces capacités, pour le soignant, vont être influencées par sa rencontre avec la personne soignée migrante et le processus d'acculturation, déjà mis en place ou non, par ce dernier.

27 DJADAOUJEE, Lisa. La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière*. Vol 62, numéro 195. Novembre 2013. Page 37.

43 HORDE, Pierrick. Mécanisme de défense-définition. Santé-Médecine. Juin 2014. [Consulté le 24/04/2016]. Disponible sur : <file:///C:/Users/fnac/Downloads/mecanisme-de-defense-definition-20724-mxe8vp.pdf>

44 PESTRE, Elise. FAYE, Catherine. Réfugiés : les écouter et les croire sans juger. *Infirmière Magazine*. France. Numéro 299, avril 2012. Page 24. ISSN : 0981-0560

45 HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.38.

46 TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. Page 34. ISBN : 978-2-294-08285-6

2-1- Le processus d'acculturation :

Redfield, Linton et Herkovits, dans leur Mémoire de 1936, définissent le concept d'acculturation comme « *l'ensemble des phénomènes qui résultent du contact direct et continu des groupes d'individus de cultures différentes avec des changements subséquents dans les types culturels de l'un ou l'autre de ces groupes* »⁴⁷. Cette définition implique que la personne soignée migrante soit en contact continu avec la population du territoire d'accueil. En effet, « *ce concept a été élaboré pour étudier les phénomènes qui résultent de la rencontre entre des groupes porteurs de deux cultures différentes et les changements issus de cette rencontre* »⁴⁸ (1999). Lorsque un soignant rencontre une personne soignée migrante ayant une culture différente de la sienne, deux phénomènes peuvent se produire. Dans le premier cas, une seule culture influencera la deuxième et un phénomène de domination pourra se produire. Dans le second cas, les deux cultures s'influenceront de manière réciproque. Cette dernière rencontre demandera aux deux parties une adaptation à un environnement différent de celui connu. Cette adaptation impliquera des changements, de la part des deux interlocuteurs, qui pourront être culturels ou encore sociaux. Cependant, les capacités d'adaptation des soignants seront d'autant plus mises à l'épreuve que la personne soignée migrante ne sera pas rentrée dans un processus d'acculturation.

Le processus d'acculturation engendrera des changements qui seront à l'origine de l'interculturalité. Celle-ci est définie par Claude Canet (2013) comme « *l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels, [...] générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation* »⁴⁹.

Dans ce contexte d'interculturalité, le soignant utilisera différentes ressources dans le but de s'adapter à la personne soignée migrante.

2-2- Les ressources dont disposent les soignants :

Les ressources des soignants sont tous les composants du système interne et/ou externe capables d'aider l'infirmier(e) à s'adapter à la personne soignée migrante pour la prendre en soins. Dans un premier temps, il s'agit de trouver un moyen de communiquer différemment.

47 REDFIELD, Robert. LINTON, Ralph. HERSKOVITZ, Marshall. *Mémoire pour l'étude de l'acculturation*. 1936. Page : 149

48 TABIN, Jean-Pierre. Essai sur le rôle de la non-intégration des étrangers pour l'intégration de la société nationale. *Les paradoxes de l'intégration*. Edition EESP, Lausanne, 1999. Pages : 54-55.

49 TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. Page 33. ISBN : 978-2-294-08285-6

2-2-a- La communication autrement:

D'après l'article Dépasser les difficultés de communication avec un patient (2013), Marie-Odile Rioufol explique que « *pour établir une communication de qualité, les soignants doivent mobiliser toutes leurs compétences relationnelles* »⁵⁰. En effet, si la communication verbale n'est pas mobilisable dans la relation, le soignant utilisera la communication non-verbale. Celle-ci se définit comme « *tout ce qui n'est pas dit : regard, intonation, élocution, expression du visage, des mains, [...] Le non verbal est un langage, surtout pour ceux qui semblent avoir perdu le sens commun du langage. L'approche, le regard, le toucher sont des modes de communication* »⁵¹. Le soignant s'exprime grâce au visage, aux mimes, aux regards et la personne soignée migrante lui répondra aussi par le langage corporel. D'après Brigitte Tison, dans son livre Soins et cultures (2013), « *si l'Asiatique ne parle pas, son regard n'en est pas moins éloquent qui, pour peu qu'on l'observe, peut vous dire directement s'il comprend [...] le geste et la mimique ont un rôle aussi important dans l'expression de la communication que la parole* »⁵². Cependant le soignant doit être prudent dans sa manière de communiquer afin de conserver la juste distance avec la personne soignée. En effet, d'après Brigitte Tison, dans son livre Soins et cultures (2013), « *pour certains, il est normal d'être proche de son interlocuteur de lui tenir la main ou de lui toucher l'épaule quand il parle alors que pour d'autres, il y a une certaine distance physique à respecter* »⁵³.

D'après mes observations durant mes stages dans différents services hospitaliers, en plus de la communication non-verbale, il y a également des supports papiers permettant de pallier à un défaut de communication verbale. Il existe actuellement, dans les services de soins, des aides matérielles telles que des affiches contenant, par exemple, des dessins qui démontrent les règles de sécurité à adopter par les personnes soignées ou encore des échelles comportementales d'hétéro-évaluation de la douleur. Ces dernières permettent aux soignants d'évaluer et d'obtenir un suivi de la douleur sans passer par une description verbale de celle-ci.

50 RIOUFOL, Marie-Odile. Dépasser les difficultés de communication avec un patient. *Soins Aides-Soignantes*. Vol 10, numéro 53. Juillet 2013. Page : 22

51 HALLOUET, Pascal. *Mémo-guide infirmier. Sciences et techniques infirmières/interventions*. Elsevier Masson. France : Issy-les-Moulineaux. 2011. 561 pages. Page : 97. ISBN:978-2-294-71459-7

52 TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. Page 56. ISBN : 978-2-294-08285-6

53 TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. Page 78. ISBN : 978-2-294-08285-6

Cependant, lorsqu'il s'agit d'un mal-être psychique, la communication non-verbale n'est pas toujours suffisante. Les soignants vont donc s'adapter en utilisant la médiation culturelle.

2-2-b- La médiation culturelle :

En plus de l'intervention des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, la médiation culturelle peut être efficace. Le médiateur « *apporte des éclaircissements sur le contexte culturel, sur le sens de tel conflit familial, sur la place des uns et des autres dans telle famille. Il aide les soignants souvent déstabilisés par le manque de repères ou qui interprètent mal telle attitude* »⁵⁴. Il améliore la prise en soin des patients et peut être un interprète. Celui-ci améliore la qualité des soins car il permet à la personne migrante de se sentir comprise et écoutée. Il peut permettre aux soignants d'identifier et de comprendre les besoins de la personne soignée migrante. En effet, Marie-Jo Bourdin, dans son article L'éclairage de l'anthropologie médicale clinique dans la relation d'aide en contexte d'interculturalité (2009), explique que « *Dans cette relation triangulaire, l'interprète doit pouvoir non seulement traduire mais aussi apporter des éléments socioculturels quand cela s'avère nécessaire. La communication devenue ainsi possible et efficace, "l'usager" migrant va exprimer [...] ses difficultés, ses problèmes sociaux, juridiques, financiers, de recherche d'emploi, ses difficultés intrafamiliales, d'éducation des enfants, ses relations avec l'école* »³⁶. En revanche, il peut également être source d'incompréhensions au travers de ses traductions qui ne permettent pas au soignant de comprendre les besoins de la personne soignée migrante.

Dans ces situations d'incompréhensions, le soignant peut faire appel à l'entourage de la personne soignée migrante afin d'avoir des éclairages.

2-2-c- L'entourage familial:

Brigitte Tison, dans son ouvrage Prises en charge psychothérapeutiques face aux cultures et traditions d'ailleurs, souligne que dans certaines cultures, le patient « *souffrant d'une affection mentale et qui souhaite connaître la voie de la guérison, procède à un*

54 FAURE, Jacqueline. Pour une prise en charge globale des patients migrants originaires d'Afrique. CARNETS DE SANTE : organisation des soins. Octobre 2008. [Consulté le 15/04/2016]. Disponible sur : <http://www.carnetsdesante.fr/Pour-une-prise-en-charge-globale>

36 BOURDIN, Marie-Jo. L'éclairage de l'anthropologie médicale clinique dans la relation d'aide en contexte d'interculturalité. *La revue française de service social*. Numéro 233. Mai 2009.

arbitrage de choix que lui offrent les trois sphères : médicale, magico-religieuse et religieuse. [...] Certains parents de patient, par pudeur ou par crainte de passer pour crédules, ont du mal à avouer aux soignants qu'ils sont passés d'abord par le quimboiseur avant d'atterrir au CMP. Il s'agit alors de les mettre à l'aise de façon à récolter le plus grand nombre d'informations sur le malade mais également sur son environnement »⁵⁵. L'accueil et l'accompagnement de l'entourage familial sont donc primordiaux afin d'avoir des éléments supplémentaires sur la personne soignée migrante. Ces informations vont aider les soignants dans la compréhension du vécu, du contexte d'apparition de la pathologie et des besoins de la personne soignée migrante. De plus, la présence de l'entourage peut être un réconfort moral pour cette dernière.

Nous pouvons noter que l'entourage de la personne soignée migrante n'est pas toujours une force pour les soignants lorsque la barrière de la langue est également présente. Elle peut même être un frein : *« la maladie psychique vient malmener la somme des projets investis par la famille [...] Les parents ont du mal à l'accepter [...] »⁵⁵.*

Lorsque l'équipe soignante n'est plus capable de prendre en soins seule la personne soignée migrante et son entourage, elle peut faire appel à d'autres professionnels compétents dans ce domaine.

2-2-d- Les associations et les consultations spécialisées :

Des associations peuvent intervenir dans l'éclairage des professionnels de santé lorsqu'ils font face à une situation de migration. Pour réaliser une prise en soin globale de la personne migrante, un échange entre les soignants et les associations est parfois nécessaire. Nous pouvons donner comme exemple l'Association Française et Eugène Minkowski, qui cherche *« à mieux appréhender l'individu dans sa singularité et sa globalité pour mieux le soigner. Dans la continuité de son œuvre et de sa pensée, l'association s'est donné pour mission de soigner, former, transmettre et informer »⁵⁶.*

⁵⁵ TISON, Brigitte. *Prises en charge psychothérapeutiques face aux cultures et traditions d'ailleurs*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2013. 204 pages.. ISBN : 978-2-294-73415-7

⁵⁶ ASSOCIATION FRANCOISE ET EUGENE MINKOWSKI. L'Association. [Consulté le 20/02/2016]. Disponible sur : <http://www.minkowska.com/content/association>

Il existe également des consultations d'ethnomédecine permettant une prise en soin transculturelle, c'est-à-dire une prise en soin de la pathologie des migrants en prenant en compte le contexte de la migration et la culture des personnes soignées migrantes. Dans le domaine de la psychiatrie, des consultations d'ethnopsychiatrie existent. D'après Brigitte Tison, dans son ouvrage Prises en charge psychothérapeutiques face aux cultures et traditions d'ailleurs, l'ethnopsychiatrie « doit prendre en compte les représentations culturelles des patients, en décoder les différents segments qui composent leur vécu, les étiologies traditionnelles et leur confrontation à la culture occidentale »⁵⁵. L'accès à ces consultations peut se faire par le biais d'associations d'aide alimentaire, juridique ou au logement. Il est important que les professionnels de santé ou ceux d'associations favorisent leur accessibilité aux soins en les guidant : « il faut pouvoir informer de leurs droits les étrangers en séjour précaire : protection maladie, protection sociale et droit au séjour »⁵⁷.

Grâce aux différentes ressources mobilisées, les soignants peuvent s'adapter aux comportements et aux besoins de la personne soignée migrante. Afin de compléter et d'enrichir les savoirs et les capacités d'adaptation des soignants, il existe des formations qui leur permettent de comprendre les différentes situations rencontrées.

2-3- Formation des soignants :

Nicolas Vonarx, dans son article Culture et soins infirmiers, de l'approche biomédicale au regard anthropologique, dit que « Dans le contexte de l'enseignement canadien, [...] l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [...] propose encore que les cursus de formation en sciences infirmières intègrent le sujet de l'interculturalité et de la diversité culturelle dans les soins, qu'ils encouragent la recherche et forment les étudiants dans ce sens »³⁹. Or, en France, les compétences à acquérir demandées aux futur(e)s infirmier(e)s n'intègrent pas la dimension culturelle à proprement parler. Myriam Heron, dans son article Une compétence culturelle pour faire toute la différence, explique que « la formation initiale des infirmiers n'intègre pas systématiquement à la connaissance biomédicale de la maladie et

55 TISON, Brigitte. *Prises en charge psychothérapeutiques face aux cultures et traditions d'ailleurs*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2013. 204 pages. ISBN : 978-2-294-73415-7

57 INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement*. Edition 2015. 537 pages. Page 15. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

39 VONARX, Nicolas. *Culture et soins infirmiers, de l'approche biomédicale au regard anthropologique*. *SOINS : La dimension culturelle dans les situations de soins*. Elsevier Masson. Numéro 747, juillet/août 2010. Page 19.

du soin, la compréhension du sens que le patient donne à sa maladie »¹⁴. Aujourd'hui, devant l'augmentation du phénomène de migration ces dernières années, des formations pour développer les compétences des professionnels dans la prise en soin des personnes migrantes voient le jour. On peut, par exemple, citer celles proposées par le Centre Françoise Minkowska qui traitent de la compétence culturelle ou de la communication inter-culturelle : « *l'activité de formation de l'association permet aux professionnels rencontrant des personnes migrantes et réfugiées d'acquérir les compétences nécessaires pour mieux comprendre et travailler en situation transculturelle. Elle répond à la nécessité pour les professionnels confrontés à la diversité culturelle d'acquérir un savoir-faire et des outils permettant d'améliorer la prise en charge des personnes migrantes* »⁵⁶.

Durant ces formations, les soignants acquièrent des connaissances et des compétences afin d'aller vers un autre cadre de références, vers d'autres façons de faire. Brigitte Tison, dans son livre Soins et cultures, parle des formations en ces termes : « *il s'agit avant tout de changer son regard vis-à-vis de l'autre, de transformer des attitudes et de prendre conscience de ce qui constitue ses normes et ses repères professionnels* »⁵⁸. Grâce à ces modifications, les soignants vont être capables de laisser de côté leurs représentations, ils vont favoriser l'approche interculturelle et ainsi faciliter l'adhésion au soin de la personne soignée migrante.

Dans ces formations, plusieurs dimensions sont abordées dont l'ethnonursing. Christophe Debout, dans son article Ethnonursing, articuler culture, santé et soins (2013), affirme que « *l'ethnonursing constitue une méthodologie de recherche qualitative explorant, selon une double perspective ethnographique et infirmière, le sens, l'expression, les régularités, la fonction et la structuration de santé et de soin au sein d'un groupe culturel* »⁵⁹. Cette méthodologie a pour but de découvrir la diversité des pratiques de soins dans un groupe culturel, repérer les conséquences sur la santé de certains comportements et de construire le raisonnement clinique des soignants pour concevoir des projets de soins individualisés.

14 HERON., Myriam. Une compétence culturelle pour faire toute la différence. *SOINS : La dimension culturelle dans les situations de soins*. Numéro 747, juillet/août 2010. Page 15.

56 ASSOCIATION FRANCOISE ET EUGENE MINKOWSKI. L'Association. [Consulté le 20/02/2016]. Disponible sur : <http://www.minkowska.com/content/association>

58 TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. Page 246. ISBN : 978-2-294-08285-6

59 DEBOUT, Christophe. Ethnonursing, articuler culture, santé et soins. *SOINS*. Numéro 773, mars 2013. Page 56.

Ces différentes formations permettent aux soignants de favoriser leurs capacités d'adaptation : « [...] la découverte de l'autre, de ses croyances, de sa culture peut également devenir une source de plaisir et cela ne peut que favoriser nos capacités d'adaptation [...] »⁴².

Pour conclure cette partie concernant les capacités d'adaptation des soignants, nous pouvons retenir que celles-ci seront plus importantes si la personne soignée migrante n'est pas encore rentrée dans un processus d'acculturation. Afin de les mettre en place, le soignant va utiliser ses propres ressources, et si elles sont insuffisantes, il pourra bénéficier de l'aide de la part d'autres professionnels compétents ou bien suivre une formation pour améliorer leur prise en soin. Cependant, « le soin ne peut exister sans relation »⁶⁰. Grâce à ses capacités d'adaptation, le soignant va pouvoir établir une relation interculturelle avec le soigné qui lui demandera d'avoir des compétences particulières.

3 – Les compétences culturelle et relationnelles au service de la relation soignant-soigné dans le but de favoriser l'adhésion aux soins :

3-1- La relation soignant-soigné en contexte interculturel:

La relation soignant-soigné se définit par Marie Françoise Collière comme « la relation qui constitue le pivot des soins, en ce sens qu'elle est à la fois le moyen de connaître le malade et de comprendre ce qu'il a, en même temps qu'elle détient elle-même un pouvoir thérapeutique. Elle devient source d'information pour évaluer l'aide à apporter [...] »⁶¹. Dans notre cas, la relation soignant-soigné s'établit dans un contexte d'interculturalité. Elle doit, par conséquent, tenir compte de la distance culturelle entre le soignant et le soigné. Thierry Baubet, dans son article Les soins d'urgence en situation transculturelle, évoque que « dans la relation interpersonnelle qui se joue dans toute situation de soin, la distance culturelle entre le patient et le soignant est à prendre en compte. Les gestes du patient sont différents, il ne parle pas vraiment notre langue. Ces comportements peuvent interférer sur l'évaluation, le diagnostic voire l'alliance thérapeutique »⁶². Pour garantir une alliance thérapeutique dans

42 DJADAOUJEE, Lisa. La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière*. Vol 62, numéro 195. Novembre 2013. Page 39.

60 HAMON-MEKKI, Françoise. PHANUEL, Dominique. La relation pour instaurer la confiance dans les soins. *SOINS : dossier La relation de confiance dans les soins*. Elsevier Masson. Numéro 779, octobre 2013. Page 30.

61 COLLIÈRE, Marie Françoise. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Interédition Masson. Paris. 1982. 391 pages.

62 BAUBET, Thierry. Les soins d'urgence en situation transculturelle. *La revue de l'infirmière*. Elsevier Masson. Vol 61, numéro 178. Février 2012. Pages:24-25

une relation soignant-soigné interculturelle, le soignant va donc faire appel à ses compétences relationnelles.

3-2- Les compétences relationnelles :

Les conditions migratoires et d'hospitalisation de la personne soignée migrante peuvent engendrer de l'anxiété chez celle-ci. Les soignants mettent alors en place différents éléments relationnels tels que l'écoute, la disponibilité psychique, l'accompagnement pour entrer en relation de soin avec la personne soignée migrante. En effet, d'après l'I.N.P.E.S, dans Migrants/Etrangers en situation précaire, « *La capacité d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte social et administratif déterminent alors l'efficacité de la prise en charge* »⁶³. L'une des compétences relationnelles indispensable dans la relation soignant-soigné est l'empathie. Dans la revue de l'infirmière de novembre 2013, Lisa Djadaoudjee évoque l'empathie comme « *l'ensemble des efforts fournis pour accueillir autrui dans sa singularité* »⁴¹. Si la personne soignée migrante est face à un soignant qui fait preuve d'écoute et d'empathie, il rentrera plus facilement dans une relation de confiance avec celui-ci. Florence Michon, dans son article La confiance, un levier de la qualité des soins, en octobre 2013 dit que « *Les soignants ont une lourde mission et une grande responsabilité, celle de gagner, voire de regagner la confiance des patients et de leur famille, pour ainsi prodiguer des soins et un accompagnement de qualité* »⁶⁴. Cette relation de confiance verra le jour seulement si la personne soignée migrante se sent comprise au sein de sa culture.

Christophe Debout, dans son article, Soin et culture, entre diversité et universalité, explique que dans le modèle conceptuel en soins infirmiers de Madeleine Leininger, « *L'infirmière s'attachera à mieux comprendre le système culturel du patient afin d'identifier ses besoins mais également de cerner ses attentes en matière de soins [...] Cette quête de compréhension permet à l'infirmière de passer aux yeux du patient d'un statut « d'étranger » à celui de « personne digne de confiance »* »⁶⁵. Cependant, le soignant sera parfois dans l'obligation de négocier avec la personne soignée migrante afin de pouvoir prodiguer ses

63 INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement. Edition 2015. 537 pages. Page 14. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

41 DJADAOUJEE, Lisa. La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière*. Vol 62, numéro 195. Novembre 2013. Page 38.

64 MICHON, Florence. La confiance, un levier de la qualité des soins. *SOINS, dossier : La relation de confiance dans les soins*. Elsevier Masson. Vol 58, numéro 779. Octobre 2013. Page : 36

65 DEBOUT, Christophe. Soin et culture, entre diversité et universalité. *SOINS*. Elsevier Masson. Vol 55, numéro 747. Juillet/août 2010. Pages : 21-23

soins. Christophe Debout souligne qu'il appartient au soignant d' « [...] engager une négociation avec le patient afin qu'il modifie certains aspects de son système culturel jugés peu favorables à l'obtention de résultats cliniques satisfaisants [...] »⁷⁰.

Par conséquent, les compétences relationnelles du soignant sont primordiales pour identifier les besoins du soigné, proposer un projet de soin adapté et obtenir l'adhésion aux soins. Mais elles ne sont pas suffisantes. En effet, comme l'ont précisé différents auteurs ci-dessus, la dimension culturelle reste primordiale et requiert un savoir-faire et un savoir-être spécifiques. D'après Lisa Djadaoudjee, le soignant « doit être capable de se séparer de son propre référentiel, de se décentrer pour mieux prendre en compte l'Autre dans sa singularité »⁴¹.

3-3- La compétence culturelle :

D'après Christophe Debout, dans son article L'ethnonursing pour mieux soigner en situation transculturelle paru en 2013, « la pratique des soins infirmiers implique de plus en plus fréquemment la rencontre entre un soignant et un patient appartenant à des cultures très différentes. Il devient donc nécessaire de construire chez les soignants une compétence culturelle »⁶⁶.

3-3-a- Définition du concept :

Le Centre Française Minkowska définit la compétence culturelle comme la capacité à « comprendre et accueillir la façon dont l'autre exprime sa propre souffrance. La notion de compétence culturelle, qui est autant un savoir-être qu'un savoir-faire, se caractérise notamment par :

- *le décentrage, c'est-à-dire, dans le cadre du contre-transfert, la capacité pour le thérapeute à percevoir ses propres représentations, et à s'en distancer*
- *la compréhension des références culturelles du patient dans le cadre du transfert*
- *la nécessaire confrontation des modèles explicatoires de la souffrance et du soin entre le thérapeute et son patient.*

⁴¹ DJADAOUJEE, Lisa. La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière*. Vol 62, numéro 195. Novembre 2013. Page 38.

⁶⁶ DEBOUT, Christophe. L'ethnonursing pour mieux soigner en situation transculturelle. *CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*. Elsevier Masson. Vol 50, Numéro 269, août 2013. Pages : 10-14

Cette approche permet aux professionnels de ne pas stigmatiser l'autre, c'est-à-dire de ne pas l'enfermer dans des stéréotypes culturels, et d'accueillir sa demande afin de proposer une prise en charge adaptée »⁶⁷.

3-3-b Les compétences culturelles dans la relation soignant-soigné:

D'après Marie-Jo Bourdin, Rachid Bennegadi et Christophe Paris, dans leur article La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants, « *la compétence culturelle permet d'apporter une offre de soins [...] en tenant compte des obstacles linguistiques, des représentations culturelles et en confrontant les modèles explicatoires tout en évitant les effets pervers de la stigmatisation du patient et du thérapeute* »⁶⁸. Selon Erving Goffman, un individu stigmatisé « *se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part* »⁶⁹. Grâce à la compétence culturelle développée par les soignants, la personne soignée migrante pourra évoquer ses besoins selon ses propres représentations sans être stigmatisée. Les soignants, dans la relation soignant soigné, impliqueront les aspects culturels de la représentation du soigné, ce que souligne l'anthropologie médicale clinique. D'après Marie-Jo Bourdin, Rachid Bennegadi et Christophe Paris, dans leur article La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants, « *L'anthropologie médicale clinique présente un avantage très particulier dans la compréhension et la gestion de la relation soignant- soigné en situation interculturelle* »⁷⁰. Elle s'appuie sur « *illness (qui traduit l'expérience subjective de la souffrance du patient), disease (qui représente la pathologie telle qu'elle est interprétée par le thérapeute), sickness (qui constitue tout ce qui touche à la perception de la réalité sociale ou de l'exclusion, englobant le sociétal et l'environnemental)* »⁷⁰. De plus, « *cette approche évite le clivage entre le social, le médical et le psychologique. Elle est globale et permet une réponse médico-psycho-sociale adaptée [...]* »⁷⁰. L'apprentissage de la compétence culturelle permet donc aux soignants de comprendre la personne migrante, lui apporter une réponse adaptée et personnalisée sans la stigmatiser.

67 ASSOCIATION FRANCOISE ET EUGENE MINKOWSKI. Le Centre Minkowska. [Consulté le 26/03/2016]. Disponible sur : <http://www.minkowska.com/content/consultations-de-psychiatrie-transculturelle-centr%C3%A9-sur-la-personne-migrante-et-r%C3%A9fugi%C3%A9>

68 BOURDIN, Marie-jo. BENNEGADI, Rachid. PARIS, Christophe. La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants. *SOINS, dossier : La dimension culturelle dans les situations de soins*. Elsevier Masson. Vol 55, numéro 747. Juillet/août 2010. Page : 24

69 GOFFMAN, Erving. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Collection Le Sens commun. Editions de Minuit, Paris. 1975, 175 pages.

70 BOURDIN, Marie-Jo. BENNEGADI, Rachid. PARIS, Christophe. La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants. *SOINS, dossier : La dimension culturelle dans les situations de soins*. Elsevier Masson. Vol 55, numéro 747. Juillet/août 2010. Page : 25

Cependant, afin de mettre en œuvre cette compétence culturelle, il est nécessaire d'éviter quelques écueils.

3-3-3 : Les écueils à contourner :

Lors de la rencontre entre la personne soignée migrante et le soignant, Marie-Jo Bourdin, Rachid Bennegadi et Christophe Paris, dans leur article La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants, indiquent qu'il ne faut pas « *prendre le risque de mettre les soignants en situation de burn-out en les laissant à la merci du « kit culturel » (« voilà comment on fait dans leur culture ») ou du fantasme de l'universalisme salvateur (« c'est comme cela que l'on a appris à soigner »)* »⁶⁸.

D'autre part, d'après Myriam Héron et Tiédaba Koné, « *les soignants sont rarement conscients de ce que génère l'hospitalisation et des efforts qu'il faut au patient pour se faire accepter d'eux* ». Les soignants doivent donc être vigilants car « *l'hospitalisation peut raviver la mémoire d'un parcours migratoire souvent traumatique du simple fait du départ et par le choc culturel qu'elle impose* »³⁴.

Par conséquent, d'après Marie-Jo Bourdin, Rachid Bennegadi et Christophe Paris, « *la culture ne doit pas prendre la place du soin* »⁷⁴. Le professionnel de santé doit centrer son projet thérapeutique sur la personne soignée en prenant en compte son contexte migratoire particulier, ses représentations et lui apporter une réponse personnalisée et adaptée à sa demande.

4- Conclusion de ce cadre conceptuel :

L'article 25 du chapitre II du Décret numéro 93221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières stipule que : « *L'infirmière ou l'infirmier doit dispenser ses soins à toute personne, avec la même conscience quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa*

68 BOURDIN, Marie-Jo. BENNEGADI, Rachid. PARIS, Christophe. La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants. *SOINS, dossier : La dimension culturelle dans les situations de soins*. Elsevier Masson. Vol 55, numéro 747. Juillet/août 2010. Page : 24

34 HERON, Myriam. KONE, Tiedaba. L'hospitalisation, une nouvelle terre inconnue pour le migrant. *SOINS : La dimension culturelle dans les situations de soin*. Numéro 747, juillet/août 2010. Page 26.

*maladie ou son handicap et sa réputation [...] »*⁷¹. Pour les soignants, le soin doit être le même pour toutes les personnes soignées. Au vu du contexte migratoire actuel, les soignants font face à des difficultés particulières dans la prise en soin et la continuité des soins des personnes migrantes. Devant ces difficultés, les soignants utilisent leurs propres ressources mais également des aides extérieures ou celles fournies lors de formations. Ces dernières vont permettre aux soignants de mobiliser leur compétence culturelle afin d'assurer une relation soignant-soigné de qualité et la continuité des soins. Le plus important pour les soignants est d'agir « [...] *en toutes circonstances dans l'intérêt du patient [...] »*⁷².

71 Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, Chapitre II, article 25. JOFR numéro 41 du 18 février 1993. [Consulté le 02/02/2016]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742&categorieLien=id

72 Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, Chapitre II, article 26. JOFR numéro 41 du 18 février 1993. [Consulté le 02/02/2016]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742&categorieLien=id

III. Méthodologie et entretiens

1. Méthode pour l'enquête exploratoire :

Suite aux recherches que j'ai effectuées, j'envisage de réaliser différents entretiens semi-directifs à réponses ouvertes de trente minutes. J'utiliserai un guide d'entretien mais je permettrai également à mon interlocuteur de s'exprimer librement. Je souhaite utiliser une méthode qualitative.

Mon échantillon se composera de quatre infirmier(e)s :

- Un(e) infirmier(e) aux urgences psychiatriques (service de soin qui prend en charge quotidiennement des personnes soignées migrantes).
- Un(e) infirmier(e) exerçant dans un service de médecine interne et infectieuse (d'après le docteur Zsuzsanna JAKAB (2015), directrice régionale de l'O.M.S pour l'Europe, « *les réfugiés et migrants sont exposés principalement aux maladies infectieuses* »⁷³).
- Deux infirmier(e)s dans un service d'ethnopsychiatrie (service proposant aux personnes migrantes une approche psychologique tenant compte de leur appartenance sociale et des situations complexes en lien avec leurs parcours de vie).

Les critères d'inclusion seront les suivants :

- être un(e) infirmier(e) travaillant dans un service de soins accueillant quotidiennement des personnes soignées migrantes.
- être un(e) infirmier(e) travaillant soit dans un service prenant en charge des psychotraumatismes soit des maladies infectieuses sachant que d'après l'INPES dans Migrants/Etrangers en situation précaire, « *Dans l'observation épidémiologique du Comede, les psychotraumatismes représentent un tiers des maladies graves, les maladies infectieuses un quart* »⁷⁴.

Ces entretiens me permettront de comprendre les facteurs qui sont en jeu dans l'adaptation des soignants au quotidien, de comprendre leur vécu auprès des personnes migrantes et de comparer leurs différentes prises en soin.

73 JAKAB, Zsuzsanna. Les mouvements de population constituent un défi tant pour les réfugiés et les migrants que pour la population des pays d'accueil. *Migration et santé*. 2015. [Consulté le 01/12/2015]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population>

74 INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement. Edition 2015. 537 pages. Page 13. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

Les objectifs de ces entretiens sont :

- Repérer les difficultés, les forces et les freins dans la prise en soin des personnes soignées migrantes.
- Identifier les ressources des soignants et celles au sein des services de soin afin de favoriser la prise en soin et la continuité des soins des personnes soignées migrantes.
- Connaître les outils relationnels nécessaires à l'adhésion de la personne soignée migrante au soin.
- Découvrir l'évolution de la prise en soin des personnes soignées migrantes et comprendre comment la situation actuelle est perçue au sein des hôpitaux.

(Voir Annexes 1 à 6)

2 . Résultats des entretiens :

J'ai mené des entretiens auprès de quatre infirmiers dans trois établissements et services différents.

Le premier entretien a été mené dans un service d'urgences psychiatriques, un service proposant des prises en soin aiguës, de courte durée.

Le deuxième et troisième entretiens ont été menés dans un centre de consultation d'ethnopsychiatrie. Il s'agit de prises en soin parfois ponctuelles ou à long terme. Les deux entretiens se sont déroulés l'un après l'autre.

Le dernier entretien a été mené dans un service de maladie interne et infectieuse, un service proposant des prises en soin aiguës ou chroniques.

Les quatre infirmières prennent en soin quotidiennement des personnes soignées migrantes.

Aucune d'elles n'avaient connaissance du guide d'entretien au préalable. Les réponses ont donc été spontanées.

La première question était : « Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous accueillez et que vous prenez en soin une personne soignée migrante ? ». Chaque infirmière interrogée a évoqué la barrière de la langue et plusieurs d'entre elles ont parlé de la

barrière culturelle. Les difficultés organisationnelles ont également été évoquées concernant les conditions dans lesquelles la personne migrante est reçue dans les services de soins. Pour finir, les difficultés concernant les soignants ont été mises en avant : « *Il faut être disponible physiquement et psychologiquement pour accueillir la personne* ».

La deuxième question était : « *En quoi l'entourage de la personne soignée migrante peut-elle être une force ou un frein ?* ». Toutes les infirmières ont entendu par le mot « entourage » la famille et les amis. De plus, elles ont évoqué l'entourage comme pouvant être à la fois une force et à la fois un frein. Une force car l'entourage peut être étayant en facilitant l'insertion, la compréhension, l'accompagnement et l'alliance avec les soignants. Mais également un frein car l'entourage peut être opposé à la prise en soin et ce en lien avec à la barrière culturelle.

La troisième question était : « *D'après-vous, quelles sont les représentations soignantes concernant la personne soignée migrante ? Comment ces représentations ont-elles une influence sur la prise en soin de la personne soignée migrante ?* ». Concernant cette question, les réponses ont été diverses. Le pronom personnel « on » a été utilisé, représentant d'après moi, le personnel infirmier du service. La première personne du singulier « je » a également été employée pour répondre à la question. Diverses réponses ont été données :

- l'absence d'appréhension a été évoquée dans la phrase suivante : « *on n'appréhende pas de prendre en charge la personne migrante* »
- la représentation de la personne soignée migrante comme associée « *au stress post-traumatique, elles sont des personnes en grande souffrance, qui sont déracinées, qui se trouvent étrangères dans un pays avec une culture différente, sans ressources ni financières, ni aide* ». L'influence de ces représentations sur les soignants leur permet de mettre en place des qualités relationnelles plus prononcées.
- l'origine des représentations des soignants concernant la personne soignée migrante a été exprimée : « *c'est toutes les représentations qu'on a par rapport à notre milieu d'origine ou par ce que l'on a pu lire ou voir* » ainsi que « *On a tendance à coller des schémas culturels aux gens* ».
- les conséquences de la présence de représentations de la part des soignants ont été

évoquées : « *Moi j'essaye de ne pas avoir d'à priori, parce que si tu as des certitudes concernant un patient, tu risques de te tromper* ». La notion de frein à la prise en soin de la personne soignée migrante a été mise en avant.

La quatrième question était : « *Quelles ressources utilisez-vous au sein de l'établissement pour favoriser la prise en soin et la continuité des soins des personnes soignées migrantes ? Comment mobilisez-vous la compétence culturelle pour prendre en charge les différences culturelles ?* ». Pour prendre en soin une personne soignée migrante, des ressources pour aider à la communication ont été mentionnées (mimes, appareils électroniques de traduction, l'anglais si possible, l'appel à un interprète interne au service ou externe,...). L'infirmière des urgences psychiatriques a également parlé des associations aidantes ou encore des consultations d'ethnopsychiatrie. Les infirmières dans le centre de consultations d'ethnopsychiatrie ont mis l'accent sur la connaissance, sur l'imagination telles que des sorties ou des ateliers (maquillage,...) afin d'accéder à la culture de l'autre, sur les formations proposées par les médecins ou encore des atouts relationnels tels que la relation de confiance.

De plus, la compréhension de la personne soignée migrante ainsi que la qualité de l'accompagnement proposé par les soignants ont été mis en avant pour assurer la continuité des soins.

Mais qu'importe les ressources utilisées, « *on ne laisse jamais tomber un patient* ».

J'ai choisi de séparer les deux questions numéro quatre pour voir si les soignantes allaient ou non me parler des compétences culturelles comme ressources.

Concernant la mobilisation de la compétence culturelle pour prendre en soin une personne migrante, les réponses sont différentes en fonction du service dans lequel l'infirmière a été interrogée. L'infirmière, du service de médecine interne et infectieuse, a répondu qu'elle ne connaissait pas les compétences culturelles. Celle des urgences psychiatriques a évoqué le manque de formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers concernant la compétence culturelle mais la possibilité d'en bénéficier par la suite. De plus, elle met en évidence la nécessité de s'intéresser à la culture de l'autre ce qui favorise l'adhésion aux soins. Elle dit : « *on peut dire au patient qu'on sait que c'est différent dans leur pays et savoir ce que eux ont déjà mis en place [...] quand on leur dit ça, ils s'ouvrent un peu et sont contents qu'on*

s'intéresse à leur façon de faire ». Elle rajoute qu'il est important pour les soignants de prendre en soin la personne soignée migrante dans sa globalité et ne pas laisser l'aspect culturel de côté. L'une des infirmières du centre de consultations d'ethnopsychiatrie relate : « *La compétence culturelle va passer par les interprètes, par tout ce qu'on peut étudier, les documentaires, les conférences, le musée du quai Branly. Il faut avoir l'esprit ouvert et on communique beaucoup entre nous. On n'a pas forcément besoin d'avoir une compétence culturelle particulière pour s'occuper d'un migrant, il faut connaître et comprendre la culture de l'autre* ». Selon elle, il est nécessaire de connaître et d'être ouvert à la culture de la personne migrante pour la prendre en soin. La deuxième infirmière de ce centre met en avant, grâce à un exemple, l'attention que le soignant doit porter aux codes culturels et à la communication.

La cinquième question était : « *Avec quels professionnels travaillez-vous en équipe et comment collaborez-vous afin d'avoir une prise en soin de qualité ?* ». Les professionnels de santé mis en avant ont été l'équipe pluridisciplinaire (pour certains des psychiatres, des psychologues, des assistants sociaux, des médecins, des secrétaires,...), l'interprète, le cadre du service « *qui a des connaissances sur le réseau de soin qu'on n'a pas* », et les consultations extérieures telles que les Centres Médico-Psychologique ou les Centres de consultation post-traumatique.

La sixième question était : « *Selon vous, quels éléments relationnels permettent l'adhésion au soin de la personne soignée migrante ?* ». Les infirmières ont évoqué qu'elles utilisaient les mêmes éléments relationnels pour toutes les personnes soignées, qu'elles soient migrantes ou non. Les éléments qui ont été mentionnés sont l'empathie, la confiance, la relation d'aide, l'écoute, la bienveillance, l'accompagnement et la reformulation. Je peux également noter que la prise en soin de l'entourage a été évoquée.

La septième question était : « *Quelle évolution notez-vous dans la prise en soin des personnes soignées migrantes au fil du temps ?* ». Je pourrais la reformuler de la manière suivante : Au fil du temps, quelles évolutions sont apparues dans votre propre prise en soin concernant la personne soignée migrante ? Lorsque j'ai posé la question, j'ai fait le choix de ne pas intervenir pour reformuler ma question afin de conserver la spontanéité des réponses

données. Or, d'après moi, cette question a été comprise comme la suivante : Quelles ont été les évolutions, au fil du temps, des personnes soignées migrantes dans le service ou le centre ? Diverses réponses ont été données :

- aucune évolution notable n'a été perçue, sauf peut-être une présence plus accrue dans le service.
- lors des prises en soin aiguës, les soignants voyaient peu l'évolution concernant les personnes migrantes. En revanche, lorsque la prise en soin est continue, ils remarquent que la personne migrante s'allie avec l'équipe soignante, « *Avec le temps, il nous expliquait petit à petit son histoire* » et cette alliance est favorisée par la mise en place de soignants référents.
- Travailler avec la personne soignée migrante permet d'avoir une évolution possible. Il peut y avoir des évolutions positives grâce à la mise en place d'ateliers mais également des rechutes. Cependant, « *il n'y a pas de notion de guérison* » dans le domaine de la psychiatrie.

La dernière question était : « *D'après-vous, qu'est ce qui pourrait être amélioré dans la prise en soin des personnes migrantes ?* ». Les éléments qui sont ressortis de ces entretiens sont :

- « *Tout* »
- l'amélioration de l'accès aux formations transculturelles pour les paramédicaux en formation initiale ou continue,
- une meilleure adaptation des soignants en fonction des différents parcours de soins, de la culture et des représentations de la personne soignée migrante,
- l'amélioration de l'acceptation des différences de la part des soignants,
- la mise en place d'outils facilitateurs dans la communication comme des livrets traduits dans différentes langues ou des traducteurs électroniques.

Une des infirmières en consultation d'ethnopsychiatrie révèle qu'« *Il faut vraiment avoir dans l'idée que la vision du monde ailleurs n'est vraiment pas la même et que ce qu'on leur propose n'est pas toujours adapté à leur compréhension* ».

IV. L'analyse :

Lors de ces quatre entretiens, j'ai abordé les trois grands thèmes de mon cadre conceptuel afin de comparer la théorie et la pratique des soignants dans les services. Ces trois thèmes sont les difficultés rencontrées par les soignants lors de la prise en soin d'une personne soignée migrante, les capacités d'adaptation des soignants mises en place lors de cette prise en soin et les compétences culturelles et relationnelles mobilisées pour établir une relation soignant-soigné et permettre l'adhésion au soin de la personne migrante.

Lors de la prise en soin d'une personne soignée migrante, les barrières linguistiques et culturelles sont les difficultés majeures rencontrées par les soignants dans les services. Ceci est confirmé par L'INPES et Lisa Djadaoudjee, infirmière en admission psychiatrique. Les soignants peuvent également rencontrer des difficultés avec l'entourage de la personne soignée migrante qui pourra alors être un frein dans la prise en soin. Grâce à Brigitte Tison, nous avons pu voir que l'entourage peut être une force mais aussi un frein lorsque celui-ci n'accepte pas la pathologie de leur proche et refuse toutes formes de soins.

En dehors des difficultés que rencontrent les soignants dans la prise en soin d'une personne soignée migrante, les soignants sont confrontés à leurs propres représentations, qui sont susceptibles d'interférer dans la prise en soin. Le verbe « appréhender » a été utilisé dans l'une des réponses : « *on n'appréhende pas de prendre en charge la personne migrante* ». Derrière cette phrase se cache l'idée de « ne pas avoir peur » de la personne soignée migrante. D'après moi, son intention était de dire qu'il n'y avait pas de représentations particulières concernant la personne soignée migrante au sein du service, mais la phrase elle-même traduit une représentation à travers les termes employés. Ce qu'il ressort des entretiens est la présence de représentations au sein des soignants et que celles-ci peuvent avoir une influence positive ou négative dans la prise en soin. Pour l'éviter, les représentations ne doivent pas entrer en compte dans la prise en soin. Lisa Djadaoudjee évoque uniquement les représentations négatives en parlant de la naissance de préjugés et de stéréotypes. Les soignants sur le terrain ont donc une vision plus positive en parlant d'influence positive des représentations dans le soin. Mais tous les professionnels (de terrain et les auteurs) s'accordent pour dire que les soignants doivent être attentifs à repérer leurs propres représentations pour pouvoir passer outre. Nous pouvons remarquer qu'aucun professionnel sur le terrain n'a évoqué le parcours de vie, la précarité, les représentations du soin vu par la personne migrante, et l'ethnocentrisme

comme des difficultés rencontrées dans la prise en soin d'une personne soignée migrante.

Afin d'avoir une prise en soin adaptée à la personne soignée migrante, les soignants utilisent différentes ressources telles que des outils de communication, des ressources créatives, l'entourage étayant, des professionnels spécialisés dans la prise en soin des migrants (des professionnels dans des associations, des interprètes,...) ainsi que des atouts relationnels. Ce que corroborent plusieurs auteurs comme Marie-Odile Rioufol pour la communication ou encore Marie-Jo Bourdin concernant les interprètes.

Il est intéressant de noter que les infirmières sur le terrain étaient partagées concernant la compétence culturelle. L'une d'elles, dans le service de médecine interne et infectieuse, n'en avait jamais entendu parler. Cela signifie que cette notion n'est pas développée dans tous les services prenant en soin des personnes migrantes. Est-elle plus développée dans les services de psychiatrie ? Une des infirmières confie, en accord avec Myriam Héron, qu'il n'y a pas de formation initiale concernant la compétence culturelle : *« on n'a pas de formation à l'IFSI sur les compétences culturelles, l'ethnopsychiatrie et les différences qu'il y a d'un pays à l'autre »*. De plus, elle dit, en accord avec le Centre Françoise Minkowska, que le soignant doit se décentrer de sa propre culture pour prendre en soin la personne migrante : *« Après nous on a la possibilité de demander une formation, moi j'en ai fait une l'année dernière, et c'est vrai qu'on se rend compte que parfois on prend pour quelque chose de délirant, l'expression d'une dépression. On voit que la compétence culturelle a une grande place »*. Une des infirmières a souligné que *« La compétence culturelle va passer par les interprètes, par tout ce qu'on peut étudier, les documentaires, les conférences, le musée du quai Branly. Il faut avoir l'esprit ouvert et on communique beaucoup entre nous. On n'a pas forcément besoin d'avoir une compétence culturelle particulière pour s'occuper d'un migrant, il faut connaître et comprendre la culture de l'autre »*. D'après cette infirmière, il est indispensable de connaître et comprendre la culture de la personne migrante grâce aux conférences ou au musée du quai Branly encore appelé « le lieu où dialoguent les cultures ». Or selon le Centre Françoise et Eugène Minkowski, la connaissance et la compréhension de la culture font partie de la compétence culturelle : *« comprendre et accueillir la culture de l'autre »*. Ceci est en accord avec l'une des infirmières qui s'exprime en ces termes : *« A un moment, je me suis demandé si ce ne serait pas mieux qu'un soignant de la même culture que le patient le reçoive, mais finalement je pense que si tu as envie de communiquer tu peux accueillir la culture de*

l'autre ». Comme le précise l'une des soignantes, il est nécessaire « *d'avoir l'esprit ouvert* » et ne pas s'enfermer dans un savoir-faire codifié, ce que confirme Marie-Jo Bourdin, Rachid Bennegadi et Christophe Paris lorsqu'ils disent qu'il ne faut pas laisser les soignants à la merci du « *kit culturel* » (« *voilà comment on fait dans leur culture* »). Nous pouvons remarquer que l'usage de la compétence culturelle est très disparate en fonction des services de soins : psychiatrique ou somatique, soins aigus ou continus.

De plus, il ressort de ces entretiens que la qualité de l'accompagnement et la compréhension de la personne soignée migrante permettent d'assurer la continuité des soins. En effet, les atouts relationnels des soignants instaurent un climat de confiance et ceci permet de créer une relation soignant-soigné de qualité, ce qu'évoque Florence Michon (Cadre de santé).

Pour finir, les infirmières mettent en avant la nécessité d'améliorer la prise en soin actuelle des personnes soignées migrantes. D'après elles, les difficultés linguistiques devraient être diminuées en utilisant des outils de communication modernes et adaptés au langage de la personne soignée migrante. Une adaptation des soignants à la culture et aux représentations de la personne soignée migrante, le développement de la compétence culturelle via des formations pour les professionnels de santé et le développement des établissements spécialisés pour les personnes migrantes permettraient aux soignants d'avoir une prise en soin de qualité et d'instaurer un suivi dans le soin.

En comparant les entretiens réalisés et les apports théoriques, nous pouvons noter qu'il y a de multiples similitudes entre les deux dont l'importance de former et développer la compétence culturelle pour permettre l'adhésion de la personne soignée migrante au projet de soin.

V. Vers la question de recherche

Au cours de ce mémoire, je me suis appuyée sur les recherches théoriques que j'ai faites pour comprendre la réalité des soignants sur le terrain, ce que je suis allée vérifier grâce aux entretiens que j'ai menés auprès de professionnels de santé. A travers l'analyse, nous avons pu mettre en évidence l'importance de développer la compétence culturelle pour la prise en soin d'une personne migrante. Des auteurs, tels que Casimir⁷⁵ en 1978, Ellingworth⁷⁶ en 2001 et Djadaoudjee⁴² en 2013 ne sont pas entièrement favorables à l'apprentissage et la connaissance d'autres cultures. Ils s'intéressent plutôt à l'amélioration de la communication interculturelle en alliant les croyances de la personne soignée migrante et les techniques de soins. Ils proposent de construire un espace de communication qui progressivement, permettrait d'élaborer une nouvelle culture. CASMIR (1978) donne la définition de cette nouvelle culture : « *il s'agit d'une subculture situationnelle, au sein de laquelle des ajustements comportementaux temporaires peuvent être effectués par des personnes en interaction, lorsqu'elles essaient d'atteindre un accord mutuel sur des buts communs* »⁷⁹. Dans cette culture « tierce », le soignant et le soigné pourraient faire un pas vers la culture de l'autre, laissant chacun de côté une partie de leurs valeurs afin de créer une troisième culture temporaire, faite d'une partie de la culture du soignant et de celle du soigné.

De cette supposition, nous pouvons poser la problématique de recherche suivante :
« Dans le soin, quels seraient les atouts d'une troisième culture par rapport à l'apprentissage de la compétence culturelle nouvellement développée dans les formations soignantes actuelles ? »

75 TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. Page 80. ISBN : 978-2-294-08285-6

76 TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. Page 79. ISBN : 978-2-294-08285-6

42 DJADAOUJEE, Lisa. La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière*. Vol 62, numéro 195. Novembre 2013. Page 39.

Conclusion

Dans ce mémoire de fin d'étude, je suis partie d'une situation vécue en stage, à partir de laquelle je me suis interrogée sur les ressources et les freins qui peuvent influencer les stratégies d'adaptation des soignants pour prendre en soin des personnes migrantes et assurer la continuité des soins. Pour réaliser ce mémoire, j'ai effectué des recherches théoriques que j'ai regroupées dans mon cadre conceptuel : les personnes migrantes, au vu du contexte actuel, sont de plus en plus présentes dans les hôpitaux français. Les soignants connaissent des difficultés dans leurs prises en soin telles que des difficultés linguistiques, culturelles, liées au mode et au parcours de vie de la personne migrante, liées à la souffrance psychique que le contexte migratoire peut induire, liées aux représentations du soin de la personne soignée mais également liées aux soignants eux-mêmes. En effet, ils ont leur propre identité, leur culture, leurs représentations et développent des mécanismes de défense face à des situations peu connues et stressantes, ce qui contribue aux difficultés dans la prise en soin des personnes soignées migrantes. Devant ces difficultés, les soignants vont développer des stratégies d'adaptation, qui seront plus ou moins accentuées en fonction du processus d'acculturation mis en place par la personne soignée migrante. Les soignants vont faire appel à des ressources telles que la communication non-verbale, un médiateur culturel, des associations et consultations spécialisées, des formations qui développent de plus en plus la compétence culturelle des soignants ainsi que l'entourage étayant. Grâce à ces ressources, une relation interculturelle soignant-soigné va s'instaurer. L'adhésion au projet de soin de la personne soignée migrante sera favorisée par la mobilisation des compétences relationnelles du soignant mais surtout par la mobilisation de la compétence culturelle. Celle-ci a pour but de permettre au soignant d'acquérir un savoir-être et un savoir faire pour se décentrer de sa propre culture et accueillir celle du soigné sans le stigmatiser.

Puis, pour explorer, pour appréhender la réalité quotidienne des soignants dans les services hospitaliers, je me suis entretenue avec quatre infirmières : l'une en service de médecine interne et infectieuse, deux en consultations d'ethnopsychiatrie et la dernière aux urgences psychiatriques. La comparaison entre mon cadre conceptuel et les entretiens a permis de montrer l'importance de former les professionnels à la compétence culturelle pour obtenir l'adhésion aux soins de la personne soignée migrante.

Dans ce mémoire de fin d'étude, j'ai rencontré des difficultés dans la rédaction de mon cadre conceptuel, car j'ai trouvé de nombreuses sources qui n'ont pas facilité l'émergence de mes différentes parties dans le cadre conceptuel. J'ai également rencontré des difficultés lors de mes entretiens. Je souhaitais m'entretenir avec deux infirmier(e)s en consultations d'ethnopsychiatrie et lors de mes recherches, j'ai trouvé peu de centres de consultations d'ethnopsychiatrie employant des infirmier(e)s qui auraient pu répondre à mes questions.

Enfin, ce mémoire de fin d'étude m'a permis de m'initier à un projet de recherche, en utilisant une méthodologie de recherche qualitative. J'ai également pu développer ma rigueur, mon sens de l'organisation, mes capacités d'analyse et de rédaction. Ce thème, touchant les capacités d'adaptation des soignants pour prendre en soin des personnes soignées migrantes, est actuel et intéressant selon moi car lors de mes stages, j'ai pris en soin de nombreuses personnes migrantes avec difficulté. Grâce à ce mémoire, j'ai découvert l'importance d'acquérir la compétence culturelle pour pouvoir prendre en soin des personnes migrantes lors de ma future pratique professionnelle.

Pour conclure, d'après l'Atlas mondial des migrations, « *l'Europe constitue la destination la plus fréquente des migrants* »⁷⁷. Après avoir effectué un échange franco-allemand infirmier à Berlin dont le thème était la prise en charge sanitaire des personnes migrantes, je me suis aperçue qu'en Allemagne, les principales difficultés rencontrées sont également les barrières linguistiques et culturelles. Face à celles-ci, des solutions sont élaborées telles des cours linguistiques via des multimédias et l'intégration de formations professionnelles concernant les compétences culturelles. Chaque pays (Européen ou non) met en place des stratégies d'adaptation pour accueillir de nombreuses personnes migrantes chaque année qui nécessitent des soins. Certains, comme au Canada, intègrent la compétence culturelle au sein de la formation initiale des futurs soignants, d'autres, comme la France ou l'Allemagne, développent cette nouvelle compétence à travers des formations continues. Tous s'accordent à penser qu'« *identifier et comprendre la culture du patient permet d'adapter, en effet, les soins infirmiers au sens qu'il donne à sa maladie* »⁶⁵.

77 WIHTOL DE WENDEN, Catherine. BENOIT-GUYOD, Madeleine. *Atlas mondial des migrations*. Editions Autrement. Janvier 2009. ISBN : 9782746712256

65 DEBOUT, Christophe. Soins et culture, entre diversité et universalité. *SOINS*. Elsevier Masson. Vol 55, numéro 747. Juillet/août 2010. Pages : 21-23

Bibliographie

ARTICLES DE PERIODIQUES :

BASTEN, Anna. Migration: A social determinant of migrants' health . *Migration and health in the European Union*. Vol 16, numéro 1. 2010. ISSN : 1356-1030

BAUBET, Thierry. Les soins d'urgence en situation transculturelle. *La revue de l'infirmière*. Elsevier Masson. Vol 61, numéro 178. Février 2012. Pages:24-25

BERTRAND, Quentin. Aux racines physiologiques et culturelles de la douleur. *La revue de l'infirmière*. Vol 61, numéro 182. Juin-juillet 2012. Page 28-30

BOURDIN, Marie-Jo. L'éclairage de l'anthropologie médicale clinique dans la relation d'aide en contexte d'interculturalité. *La revue française de service social*. Numéro 233. Mai 2009.

BOURDIN, Marie-Jo. BENNEGADI, Rachid. PARIS, Christophe. La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants. *SOINS, dossier : La dimension culturelle dans les situations de soins*. Elsevier Masson. Vol 55, numéro 747. Juillet/août 2010. Pages : 24-26

BURON, Lionel. Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales. *Bulletin national santé mental et précarité*. Numéro 48, juillet 2013. 16 pages.

DEBOUT, Christophe. Ethnonursing, articuler culture, santé et soins. *SOINS*. Numéro 773, mars 2013. Page 56.

DEBOUT, Christophe. L'ethnonursing pour mieux soigner en situation transculturelle. *CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*. Elsevier Masson. Vol 50, Numéro 269, août 2013. Pages : 10-14

DEBOUT, Christophe. Soins et culture, entre diversité et universalité. *SOINS, dossier : La dimension culturelle dans les situations de soins*. Elsevier Masson. Vol 55, numéro 747. Juillet/août 2010. Pages : 21-23. ISSN:0038-0814

DJADAOUJEE, Lisa. La barrière culturelle dans le soin. *Revue de l'infirmière*. Vol 62, numéro 195. Novembre 2013. Pages 37 à 39.

HAMON-MEKKI, Françoise. PHANUEL, Dominique. La relation pour instaurer la confiance dans les soins. *SOINS : dossier : La relation de confiance dans les soins*. Elsevier Masson. Numéro 779, octobre 2013. Pages : 30-31.

HERON, Myriam. Une compétence culturelle pour faire toute la différence. *SOINS, dossier: La dimension culturelle dans les situations de soins*. Numéro 747, juillet/août 2010. Page 15. ISSN:0038-0814

HERON, Myriam. KONE, Tiedaba. L'hospitalisation, une nouvelle terre inconnue pour le migrant. *SOINS, dossier :La dimension culturelle dans les situations de soin*. Numéro 747, juillet/août 2010. Pages :26-30. ISSN:0038-0814

MICHON, Florence. La confiance, un levier de la qualité des soins. *SOINS, dossier : La relation de confiance dans les soins*. Elsevier Masson. Vol 58, numéro 779. Octobre 2013. Pages : 36-38

PEIRO, María-José. ROUMYANZA, Benedict. Migrant health policy. *Migration and health in the European Union*. Vol 16, numéro 1. 2010. page 1. ISSN : 1356-1030

PESTRE, Elise. FAYE, Catherine. Réfugiés : les écouter et les croire sans juger. *Infirmière Magazine*. France. Numéro 299, avril 2012. Page 24-25. ISSN : 0981-0560

REDFIELD, Robert. LINTON, Ralph. HERSKOVITZ, Marshall. *Mémorandum pour l'étude de l'acculturation*. 1936. Page : 149

RIOUFOL, Marie-Odile. Dépasser les difficultés de communication avec un patient. *Soins Aides-Soignantes*. Vol 10, numéro 53. Juillet 2013. Page : 22-23.

SHANNON, Claude. WIENER, Norbert. WEAVER, Warren. Les modèles de Shannon, Wiener et Weaver. *Communication, actualités et diversité es approches*. Revue du 02/03/2012.

TABIN, Jean-Pierre. Essai sur le rôle de la non-intégration des étrangers pour l'intégration de la société nationale. *Les paradoxes de l'intégration*. Edition EESP, Lausanne, 1999. Pages : 54-55.

VONARX, Nicolas. Culture et soins infirmiers, de l'approche biomédicale au regard anthropologique. *SOINS, dossier : La dimension culturelle dans les situations de soins*. Elsevier Masson. Numéro 747, juillet/août 2010. Pages : 16-20. ISSN:0038-0814

WIHTOL DE WENDEN, Catherine. BENOIT-GUYOD, Madeleine. *Atlas mondial des migrations*. Editions Autrement. Janvier 2009. ISBN : 9782746712256

WRESINSKI, Joseph. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal Officiel*. Paris, 1987.

ZUCKER,Lynn. Production of trust : institutional sources of economic structure :1840- 1920, *Research in Organizational Behavior*, Vol 8, 1985.

LOIS/DECRETS :

Code de la Santé Publique. Legifrance.gouv.fr. Version du 16/10/2014. [Consulté le 06/08/2015]. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT00000607266>

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, Chapitre II, articles 25/26. JOFR numéro 41 du 18 février 1993. [Consulté le 02/02/2016]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000179742&categorieLien=id

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel du 5 mars 2002. [Consulté le 02/12/2015]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

OUVRAGES :

ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, PUF, 1994.

COLLIERE, Marie Françoise. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Interédition Masson. Paris. 1982. 391 pages.

COPANS, Jean. Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie. France : Armand Collin, 2005, p76 . ISBN : 2091906948

COSNIER, Jacques. *Psychologie des émotions et des sentiments*. France : Retz, 1994, 175 pages. ISBN-13: 978-2725615325

GOFFMAN, Erving. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Collection Le Sens commun. Editions de Minuit, Paris. 1975, 175 pages.

HALLOUET, Pascal. *Mémo-guide infirmier. Sciences et techniques infirmières/interventions*. Elsevier Masson. France : Issy-les Moulineaux. 2011. 561 pages. Page : 97. ISBN:978-2-294-71459-7

HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997.

REY, A ; ROBERT, P et al. *Le Nouveau Petit Robert 2008*. France : Le Robert, 06/2007, 5494 pages. ISBN-13 : 978-2849023211

ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers, un modèle de l'adaptation*. France : Gaëtan Morin et Lamarre, 1986. 485 pages. ISBN: 9782891051873

TISON, Brigitte. *Prises en charge psychothérapeutiques face aux cultures et traditions d'ailleurs*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2013. 204 pages. Page : 98. ISBN : 978-2-294-73415-7

TISON, Brigitte. *Soins et cultures*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. 247 pages. ISBN : 978-2-294-08285-6

TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir*. 2^Ème édition. Montréal: Saint Martin.2001. 314 pages

VERSPIEREN, Patrick. BEAUFILS, François. *Précarité et santé*. Centre Laennec, 2007, tome 55. 60 pages.

SITES INTERNET :

ASSOCIATION FRANCOISE ET EUGENE MINKOWSKI. Le Centre Minkowska. [Consulté le 26/03/2016]. Disponible sur: <http://www.minkowska.com/content/consultations-de-psychiatrie-transculturelle-centre-%C3%A9e-sur-la-personne-migrante-et-r%C3%A9fugi%C3%A9e>

BOURDIN, Marie-Jo. Comment aborder la diversité culturelle dans vos pratiques professionnelles ? Développer les compétences des professionnels dans la prise en charge des personnes migrantes. *Association Française et Eugène Minkowski*. Décembre 2015. [Consulté le 01/12/2015]. Disponible sur : <http://www.minkowska.com/content/d%C3%A9velopper-les-comp%C3%A9tences-des-professionnels-dans-la-prise-en-charge-des-personnes>

CIRE. Les maladies du séjour. *Guide Pratique*. Mars 2011. 71 pages. Page 8. [Consulté le 22/04/2016]. Disponible sur : [file:///C:/Users/fnac/Downloads/maladies-sejour%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fnac/Downloads/maladies-sejour%20(1).pdf)

CHEREF, Smaïl. Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale :pour quoi faire ? *Association Française et Eugène Minkowski*.Mai 2003. [Consulté le 12/11/2015]. Disponible sur : <http://www.nervure-psy.com/>

FAURE, Jacqueline. Pour une prise en charge globale des patients migrants originaires d'Afrique. CARNETS DE SANTE : organisation des soins. Octobre 2008. [Consulté le 15/04/2016]. Disponible sur : <http://www.carnetsdesante.fr/Pour-une-prise-en-charge-globale>

HORDE, Pierrick. Mécanisme de défense-définition. Santé-Médecine. Juin 2014. [Consulté le 24/04/2016]. Disponible sur : <file:///C:/Users/fnac/Downloads/mecanisme-de-defense-definition-20724-mxe8vp.pdf>

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale. Edition 2008. 570 pages. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1051.pdf>

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement. Edition 2015. 537 pages. Page 13. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

JAKAB, Zsuzsanna. Les mouvements de population constituent un défi tant pour les réfugiés et les migrants que pour la population des pays d'accueil. *Migration et santé*. 2015. [Consulté le 01/12/2015]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population>

LAROUSSE. *Dictionnaires de français*. [Consulté le 14/04/2016]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migrant_migrante/51397

LEVI-STRAUSS, Claude. La diversité culturelle, patrimoine commun de l'humanité. *Diogenes*. Article 1, numéro 215. Novembre 2005 [Consulté le 12/09/2015]. Disponible sur : <http://www.unesco.org/culture/aic/echoingvoices/claude-levi-strauss-fr.php>

Ministère des affaires sociales et de la solidarité-Direction des hôpitaux. *Guide du service infirmier de 1991*. avril 2015. [Consulté le 22/08/2015]. Disponible sur : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/infirmier/officiel/guide-service/references-legislatives/introduction.htm>

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE. Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle. 2 novembre 2001. [Consulté le 21/03/2016]. Disponible sur : http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE. Migrations internationales, Migrant/Migration. *Apprendre à vivre ensemble*. 2016. [Consulté le 12/04/2016]. Disponible sur : <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. La crise des réfugiés en Europe : bilan de la situation et des mesures prises par l'OMS. *Migration et santé*. 2015. [Consulté le 01/05/2016]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/refugee-crisis-in-europe-update-on-the-situation-and-who-response>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. L'OMS aide les pays européens à répondre aux besoins sanitaires des nombreux réfugiés et migrants. *Migration et santé*. 2015. [Consulté le 01/12/2015]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2015/09/who-supports-european-countries-in-managing-health-needs-of-refugee-and-migrant-influxes>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Migration et santé dans la Région européenne. *Migration et santé*. 2015. [Consulté le 01/12/2015]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>

SOLIPAM. Comité médical pour les exilés. Centres de santé. Novembre 2015. [Consulté le 12/06/2015]. Disponible sur : <http://www.solipam.fr/Comite-medical-pour-les-exiles,267>

ANNEXES

Annexe 1 : Objectifs d'entretien

Actuellement étudiante infirmière en troisième année, je souhaite réaliser mon Travail de Fin d'Etudes sur l'adaptabilité des soignants face à la personne soignée migrante. Par conséquent, je souhaite comprendre le vécu des soignants sur les prises en soin des personnes migrantes en recueillant leurs propos via un entretien.

Mes objectifs :

- Repérer les difficultés, les forces et les freins dans la prise en soin des personnes soignées migrantes.
- Identifier les ressources des soignants et celles au sein des services de soins afin de favoriser la prise en soin et la continuité des soins des personnes soignées migrantes.
- Connaître les outils relationnels nécessaires à l'adhésion de la personne soignée migrante au soin.
- Découvrir l'évolution de la prise en soin des personnes soignées migrantes et comprendre comment la situation actuelle est perçue au sein des hôpitaux.

Lors d'un entretien de trente minutes, je souhaite poser les questions ouvertes suivantes en enregistrant, à l'aide d'un dictaphone, les réponses des professionnels ayant donné leur consentement. Les données seront anonymisées afin de garantir le secret professionnel. Par la suite, je retranscrirai fidèlement le verbatim afin de l'analyser.

Annexe 2 : Guide d'entretien:

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous accueillez et que vous prenez en charge une personne soignée migrante ?
- En quoi l'entourage de la personne soignée migrante peut-elle être une force ou un frein ?
- D'après-vous, quelles sont les représentations soignantes concernant la personne soignée migrante ? Comment ces représentations ont-elles une influence sur la prise en charge de la personne soignée migrante ?
- Quelles ressources utilisez-vous au sein de l'établissement pour favoriser la prise en charge et la continuité des soins des personnes soignées migrantes ? Comment mobilisez-vous les compétences culturelles pour prendre en charge les différences culturelles ?
- Avec quels professionnels travaillez-vous en équipe et comment collaborez-vous afin d'avoir une prise en charge de qualité ?
- Selon vous, quels éléments relationnels permettent l'adhésion au soin de la personne soignée migrante ?
- Quelle évolution notez-vous dans la prise en charge des personnes soignées migrantes au fil du temps ? Vous pourrez vous aider de récits relatant ses expériences concernant la prise en soin d'une personne migrante : ses difficultés et leurs causes, l'adaptation de son comportement face à cette personne et les conséquences sur l'adhésion aux soins et la continuité des soins.
- D'après-vous, qu'est ce qui pourrait être amélioré dans la prise en charge soignante des personnes migrantes ?

Annexe 3 : Entretien avec une infirmière d'un service d'urgences psychiatriques, le 01/03/2016 :

1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous accueillez et que vous prenez en soin une personne soignée migrante ?

Les difficultés rencontrées sont dans un premier temps :

- Euh... la barrière de la langue qui est souvent omniprésente parce qu'on rencontre des personnes arrivées récemment, de trois mois avant ou encore plus récemment et ils ne se sont pas encore insérés en France.
- Retracer le parcours des patients qui ont quand même beaucoup de difficultés à remettre des mots sur leurs parcours, de cette situation migratoire difficile (traversée de la mer par bateau, séparation familiale, des traumatismes qui sont souvent la raison de la migration).

2. En quoi l'entourage de la personne soignée migrante peut-elle être une force ou un frein ?

« Pour expliquer un peu tout ça, lorsqu'il y a des enfants ou des ados, ils ont plus de facilités à parler la langue. Aux urgences, on reçoit des personnes qui viennent d'arriver mais aussi des personnes qui sont arrivées il y a plus de temps et qui n'ont pas eu accès aux soins ou euh... les troubles sont arrivés un peu plus tardivement. Quand il y a une insertion déjà faite, les enfants vont nous aider dans la traduction, à relater les faits. Quand ils sont ados ou jeunes adultes, ils ont plus de facilités à apprendre et à s'insérer. [Silence de deux secondes] Après il y a peu de famille. Souvent, il y a des problèmes de persécutions comme lorsque les familles viennent du Congo ou de la Côte d'Ivoire, elles s'endettent pour sauver la personne de la famille à l'origine de la persécution et sont donc souvent des patients à Paris sans aucune nouvelles de leurs proches. On a aussi beaucoup de patients qui viennent d'Afrique ou d'Inde pour des problèmes d'homosexualité, qui ne sont pas acceptés là-bas et qui doivent couper les liens avec leurs familles. [Silence de une seconde] Ou encore des mariages qui ne sont pas acceptés culturellement ou des patients qui ont perdu leurs familles à cause de problèmes géopolitiques. Le problème aussi pour ces patients c'est l'isolement, l'éloignement de la famille, l'absence ou la perte.

L'entourage, dans toute prise en charge psychiatrique, peut être étayant mais aussi ils peuvent être contre une prise en charge psychiatrique. En France, ça commence à être accepté la

notion de psychiatrie et la demande d'aide psychologique, mais il y a d'autres cultures où ça n'est pas du tout accepté et ça peut être un frein. Même si le patient serait d'accord pour consulter, ça peut être perçu par la famille comme quelque chose de honteux donc le patient va le cacher et ne pas venir ou ne pas revenir en consultation. La famille peut être, au contraire, étayante dans le sens où elle va accompagner le patient. C'est tout l'un ou tout l'autre : soit c'est accepté par la famille et elle va aider dans la prise de traitement et de rendez-vous soit ce n'est pas accepté ».

3. D'après-vous, quelles sont les représentations soignantes concernant la personne soignée migrante ? Comment ces représentations ont-elles une influence sur la prise en soin de la personne soignée migrante ?

« Les personnes migrantes, pour nous, je pense, sont associées au stress post-traumatique, elles sont des personnes en grande souffrance, qui sont déracinées, qui se trouvent étrangères dans un pays avec une culture différente, sans ressources ni financière, ni aide. On a beaucoup de patients qui avaient des situations sociales bonnes dans leur pays d'origine et qui se retrouvent SDF. Une personne migrante est aussi une personne en grande précarité, avec beaucoup de traumatismes derrière. [Silence de quatre secondes]

Ce sera peut-être un peu différent dans l'empathie. Pour ma part en tout cas, je serai dans l'empathie et je prendrai plus de temps en entretien pour essayer de retracer tout le parcours. Euh... après ça dépend du patient aussi. Chaque prise en charge est adaptée au patient. Aux urgences psychiatriques, on ne s'occupe pas trop du côté social des patients et pour le coup nous allons plus y prêter attention, ne moins le laisser de côté. On sait qu'il y aura un accompagnement social dans des associations adaptées, avec des assistantes sociales. »

4. Quelles ressources utilisez-vous au sein de l'établissement pour favoriser la prise en soin et la continuité des soins des personnes soignées migrantes ?

« Il y a des traducteurs qui facilitent la prise en charge parce qu'avec la barrière de la langue on ne peut pas se permettre de laisser partir un patient sous prétexte qu'on ne comprend pas ce qu'il dit. On fait appel à des traducteurs en dernier recours, si il n'y a personne sur l'hôpital qui parle la langue de la personne. [Silence de deux secondes] La continuité des soins est favorisée par une bonne explication, une bonne traduction via des interprètes lors des prises de rendez-vous. Alors moi j'avais suivi un patient qui était d'origine

congolaise qui vient maintenant toutes les semaines pour des ordonnances et qu'on avait suivi de façon rapprochée car il n'avait pas de domicile et parce que l'accès au soin était compliqué dû à des changements de domicile dans Paris qui rendait la sectorisation compliquée. On l'avait suivi ici pour favoriser la continuité des soins. Ça se fait aussi pour les jeunes mineurs pour éviter qu'ils aient plusieurs suivis différents. Après pour les ressources on s'oriente aussi vers les associations qui s'y connaissent mieux que nous concernant les patients qui arrivent et qui n'ont rien d'ancré à Paris. Nous on va les orienter vers les associations comme le C.OM.E.D.E ou encore France Terre d'Asile pour qu'ils puissent être accompagnés dans la prise en charge qui peut être particulière et que nous ne connaissons pas du tout. Chacun sa spécialité ! Comme ressources on va utiliser les interprètes, les associations bien spécialisées, les services plus orientés vers l'ethnopsychiatrie par exemple ».

Comment mobilisez-vous la compétence culturelle pour prendre en charge les différences culturelles ?

« Honnêtement on n'a pas de formation à l'IFSI sur les compétences culturelles, l'ethnopsychiatrie et les différences qu'il y a d'un pays à l'autre. Après, nous on a la possibilité de demander une formation, moi j'en ai fait une l'année dernière, et c'est vrai qu'on se rend compte que parfois on prend pour quelque chose de délirant, l'expression d'une dépression. On voit que la compétence culturelle a une grande place. Et parfois, il y a aussi tout ce qui est religieux ou les rites. Après on prend le temps, on essaye aussi de se renseigner et on demande au médecin quand des patients entendent des voix. Euh,... par exemple, les patients qui viennent d'Afrique vont guérir les problèmes psychiatriques avec des guérisseurs ou des vaudous. Moi je leur demande en entretien si ils ont déjà fait des démarches dans leur pays de ce côté là, comment ça se passe dans votre pays. Même si on ne sait pas exactement ce qu'il se passe, on peut dire au patient qu'on sait que c'est différent dans leur pays et savoir ce que eux ont déjà mis en place. On prend en compte la culture du patient et c'est super important pour l'adhésion aux soins, ne pas en faire abstraction. Si on leur dit que nous ça ne fonctionne pas comme ça, qu'ici c'est l'hôpital et que les guérisseurs ne comptent pas, la prise en charge ne sera pas bonne. Il ne faut pas hésiter à demander au patient ce qui se fait dans son pays, comment ça se traduit chez lui. Souvent quand on leur dit ça, ils s'ouvrent un peu et sont contents qu'on s'intéresse à leur façon de faire. Il ne faut pas laisser le culturel de côté parce que je pense que ça ferme des portes pour la continuité des soins. Il faut prendre en charge le patient dans sa globalité avec ses habitudes, sa culture, sa religion et ses croyances ».

5. Avec quels professionnels travaillez-vous en équipe et comment collaborez-vous afin d'avoir une prise en soin de qualité ?

« Dans le service, on fait un entretien infirmier puis médical. Si on a des problèmes de langue, on peut faire les deux en même temps. Surtout si on a un interprète au téléphone, l'entretien se fera en présence de l'infirmier et du médecin en même temps. Après on échange sur ce que l'on sait sur la culture du patient, il ne dit pas la même chose à l'infirmier et au médecin. On peut faire appel au cadre qui a des connaissances sur le réseau de soin qu'on a pas. Et après on peut faire appel à des centres. Euh,.. souvent les patients qui arrivent en situation de migration, souffrent de stress post-traumatique et on les oriente vers des établissements plus spécialisés, comme des CMP ou des hôpitaux ayant des consultations de stress post-traumatique ».

6. Selon vous, quels éléments relationnels permettent l'adhésion au soin de la personne soignée migrante ?

« Je pense que ce sont les mêmes qu'avec n'importe quel patient : l'empathie, la relation d'aide, l'écoute, la bienveillance, faire entendre au patient qu'on est là pour lui, lui dire qu'on sait que c'est pas facile de demander de l'aide mais qu'on est là pour les accompagner. Oui, il faut prendre le temps nécessaire pour chaque patient. La prise en charge de l'entourage est aussi importante, il est souvent en souffrance. L'entourage n'est pas toujours de la famille, ils peuvent être de la même communauté et se soutenir ».

7. Quelle évolution notez-vous dans la prise en soin des personnes soignées migrantes au fil du temps ?

« Peu ici car on les revoit peu en consultation. J'ai reçu cette personne congolaise plusieurs fois en consultation et qui avait dû être adressé par France Terre d'Asile il y a trois ans maintenant, qui était arrivé très fermé en état de stress post-traumatique, il était commerçant au Congo, il y avait été emprisonné et avait réussi à s'échapper et avait transité jusqu'à Paris et n'avait pas de nouvelles de sa famille. Il avait trois enfants en bas-âge et sa femme qu'il avait dû laisser sans nouvelles. Il y avait eu des assassinats dans sa famille. Sa femme et ses enfants avaient fui au nord du Congo pour se cacher. Quand le patient est arrivé c'était difficile de revivre ça, sur le plan clinique il y avait beaucoup de reviviscence et de cauchemars, des idées noires, beaucoup d'anxiété, des troubles du sommeil. Avec le temps, il

nous expliquait petit à petit son histoire et il y a six mois, ce patient a réussi, par l'intermédiaire d'un ami rencontré à Paris, à avoir des nouvelles de sa famille. Ça avait été quelque chose de très libérateur. C'est une personne sous antidépresseurs qui vient tous les mois pour les ordonnances et il sait qu'il peut venir au fil de ses besoins. On essaye aussi pour ces patients qu'il y ait un référent, soit le même médecin ou le même infirmier pour qu'il ait un point d'ancrage, qu'ils aient les mêmes repères parce que tout répéter... C'est pas pareil de s'ouvrir à quelqu'un que vous voyez depuis trois ans qu'à une personne qui vient juste de lire le dossier. Des fois les patients viennent juste pour dire que ça va mieux ou pour donner des nouvelles ».

8. D'après-vous, qu'est ce qui pourrait être amélioré dans la prise en soin des personnes migrantes ?

« Absolument tout. Je pense que c'est un problème qui, vu l'état politique actuel, devient compliqué et les associations manquent de moyens financiers ou de personnels pour tout gérer. Il y a peu de services qui vont encadrer ces patients là : il y a France Terre d'Asile, le C.O.M.E.D.E, le Centre Minkowska et après les C.M.P. C'est restreint, et il y a beaucoup d'attentes, les moyens personnels et financiers vont manquer. Il y a pas mal de choses à repenser comme l'accès aux soins. Et aussi former les paramédicaux à la psychiatrie transculturelle, ne serait-ce que la vision de la maladie mentale des différentes parties du monde. On devrait être formé à l'IFSI, nous dire que ça existe parce qu'en France on a une population migrante importante. On devrait nous parler de l'adaptation des parcours de soins pour ces personnes migrantes, qu'il n'y aura pas le même lien si il y a la barrière de la langue et l'appel d'un interprète. J'aimerais bien que ce soit repensé. [Silence de quatre secondes]. Les personnes migrantes sont des patients que l'on n'hospitalise pas souvent en « intra » mais lorsque c'est le cas, les traducteurs sur internet seront utiles. Ça permet de leur expliquer où ils sont, ce qu'il va se passer et qu'il y aura un interprète pour la traduction. Ça permet de ne pas laisser le patient en salle s'attente quatre heures sans comprendre, l'angoisse ! Là au moins on peut traduire avec internet et ça les rassure de savoir qu'on va les aider et qu'il y aura un interprète. Nous on est un service d'urgence, déjà l'attente est longue quand on sait ce qu'il va se passer mais quand on l'ignore... Les patients ne savent pas toujours pourquoi ils viennent car ils sont adressés ici par une association donc de pouvoir leur expliquer et de les mettre dans un climat de confiance c'est primordial pour la prise en charge ».

Annexe 4 : Entretien avec une infirmière, diplômée en 1982, dans un Centre de consultation d'ethnopsychiatrie à Paris, le 11/03/2016 : (seul établissement de Paris qui propose des consultations d'ethnopsychiatrie en présence d'infirmier(e)s).

1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous accueillez et que vous prenez en soin une personne soignée migrante ?

« Tous les mois les patients ont des consultations en ethnopsychiatrie. Ces consultations ont la particularité d'être bien vécues dans les cultures africaines car les problèmes se règlent en groupe. Il y a toujours un médiateur, qui évite la relation duelle.

Pour les personnes chinoises, il faut les recevoir en individuel car c'est plus compliqué de les revoir en groupe et la thérapie marche moins bien.

Les difficultés sont le manque de temps, on n'en a pas toujours. Il faut aussi avoir un interprète, même si la personne parle bien français. Le lieu doit être suffisamment accueillant pour entendre ce qui se passe pour la personne migrante. Il faut être disponible physiquement et psychologiquement pour accueillir la personne.

On travaille vraiment avec le psychisme du patient donc ça prend du temps ».

2. En quoi l'entourage de la personne soignée migrante peut-elle être une force ou un frein ?

« On fait parfois appel à l'entourage pour faire alliance avec le patient. Parfois la famille n'est pas d'emblée partie prenante mais il faut faire avec. Des fois il va être bienveillant et des fois il va être un frein mais dans ce cas, il va falloir composer avec. On ne peut pas faire autrement. Et des fois, lors de démarches administratives, le patient s'obstine à les faire alors qu'il ne comprend pas ce qu'on lui demande et qu'il envoie à l'endroit qu'il ne faut pas, tu es obligée de le laisser faire car à un moment donné, il va se trouver contre un mur et c'est lui qui viendra vers toi. On est donc obligé parfois de développer des stratégies même si on est pas d'accord avec l'entourage ».

3. D'après-vous, quelles sont les représentations soignantes concernant la personne soignée migrante ? Comment ces représentations ont-elles une influence sur la prise en soin de la personne soignée migrante ?

« Moi j'essaye de ne pas avoir d'à priori, parce que si tu as des certitudes concernant un patient, tu risques de te tromper. Parfois tu vas penser à un truc et ça va être carrément le contraire. Si tu as des certitudes, ce sera compliqué. Par exemple, on peut dire aux patients que aujourd'hui ça va peut-être pas marcher mais que demain ça marchera. Donc il faut rester ouvert et en même temps il faut être capable de les prendre en charge. Par exemple, on a le cas d'une patiente qui vient ici juste parce qu'elle peut venir en ambulance. Si toi, tu te dis que pour voir un psychologue la patiente doit se déplacer d'elle-même, ça ne marchera pas. Car cette patiente est particulière. Un exemple, quand tu étais petite, tu te déplaçais dans ta maison, après tu t'es déplacée dans ta famille, en vacances, et après l'extérieur toute seule. Donc c'est un processus et c'est pareil pour les étrangers. Se déplacer chez nous ce n'est pas pareil que se déplacer chez eux. Elle en particulier elle sait se déplacer dans son quartier. Mais elle ne connaît pas ici. Il fallait faire quelque chose de ritualisé : l'ambulance est un rituel. Ce rituel est un rendez-vous toutes les semaines en partant en ambulance. C'est quelque chose qui est permanent, quoi qu'il arrive. C'est la meilleure chose qu'on puisse faire pour elle. Avec ce rituel on lui rappelle qu'elle se soigne. On essaye d'y donner du sens.

Moi je suis une femme de conviction : je suis née dans un petit village de Normandie où il y avait de la sorcellerie, donc quand on m'en parle, je le retrouve. C'est un univers que j'ai connu.»

4. Quelles ressources utilisez-vous au sein de l'établissement pour favoriser la prise en soin et la continuité des soins des personnes soignées migrantes ?

« D'abord je m'informe sur le sujet et j'essaye de m'intéresser à leur culture, je leur pose des questions. Certains me parlent de leur animal totem, ou des animaux qu'ils ne peuvent pas manger. Mais généralement, ils restent pudiques par rapport à ça.

Le médecin nous forme aussi, j'ai fait une formation d'ethnopsychiatrie, je bouquine beaucoup, et dès que j'ai un patient d'une culture, je m'y intéresse. Par exemple, j'ai expliqué à une dame qui était Soninké qu'on disait toujours « s'il-vous-plaît » et « merci ». Elle me dit que elle, elle ne fait pas ça. Moi je lui ai expliqué que c'était important car si on ne le dit pas c'est comme si vous ne voyez pas la personne, que tu ne l'avais pas reconnue. C'est une forme de reconnaissance : je t'ai reconnu, tu fais partie de ma culture. Donc le questionnement avec les patients est permanent pour nous. C'est en étant à leur contact qu'ils me renvoient des choses et que je comprends qu'ils ne le font pas exprès mais qu'ils sont dans leur culture. Nous notre boulot c'est de leur dire qu'on est différent mais qu'on peut travailler ensemble en

apprenant à se connaître. Les patients me partagent des choses mais sans oublier que je suis soignante. L'idée c'est de travailler quand même en confiance.

Moi j'ai toujours été attirée par l'ethnopsychiatrie et la culture. Par exemple, dans mon petit village, j'ai appris qu'il ne fallait pas dire du mal des gens car sinon ça pouvait se retourner contre soi. Et qu'est ce que c'est que ça ? C'est de la culture. En Afrique, dans les petits villages c'est un peu comme ça, on sait qui fait quoi. Si tu dis du mal de quelqu'un tu ne vas pas pouvoir vivre en société. Le seul qui pouvait parler mal c'était un fou ou une sorcière. La sorcière fait ce qu'elle veut, car la folie ça protège de la société dans laquelle tu vis. Mais c'est quelqu'un qui ne respecte pas les codes de la société dans laquelle elle vit. Cette folie peut être psychiatrique ou non. Elles ont aussi des connaissances en matière de plantes. Parfois, elles soignent dans le bon sens mais parfois dans le mauvais sens. Ce que j'essaie de dire c'est que pour vivre en société il faut accepter des codes en commun. Ceux qui ne respectent pas ces codes ont été qualifiés de fous ».

Comment mobilisez-vous la compétence culturelle pour prendre en soin les différences culturelles ?

« Quand un de nos patients est guéri, il faut continuer à dire à la famille qu'il est malade d'après le médecin. Par exemple, nous avons eu une jeune turque, schizophrène, qui disait vouloir se marier avec le prince Williams. Elle était donc protégée du mariage vis-à-vis de la famille qui voulait absolument la marier. Lorsqu'elle s'est sentie mieux, nous l'avons dit à la famille et ils ont voulu la marier. Elle s'est suicidée. Donc il faut faire attention aux codes culturels qui ne sont pas les nôtres. [*Silence de deux secondes*]

A un moment, je me suis demandé si ce ne serait pas mieux qu'un soignant de la même culture que le patient le reçoive, mais finalement je pense que si tu as envie de communiquer tu peux accueillir la culture de l'autre ».

5. Avec quels professionnels travaillez-vous en équipe et comment collaborez-vous afin d'avoir une prise en soin de qualité ?

« Ici on travaille en équipe avec des psychologues, et avec les médecins. On fait des entretiens avec les psychologues. Nous on apporte notre côté pratique et les psychologues vont avoir un travail de recul au niveau de la thérapie. Souvent la relation duelle peut être mal

vécue. Ici on permet aux gens d'avoir une psychothérapie mais il faut que ce soit aménagé. L'infirmière va être plus spontanée, elle va dire « racontez moi ce qu'il se passe dans votre village ». La psychologue va intervenir pour faire préciser des éléments mais elle sera plus en recul. Les infirmiers font des entretiens pour le suivi. [*Silence de trois secondes*].

Il y a un jeu entre les infirmiers et les psychologues. Les infirmiers sont plus dans le concret. On fait aussi des visites à domicile avec les médecins pour aller au plus près du traitement.».

6. Selon vous, quels éléments relationnels permettent l'adhésion au soin de la personne soignée migrante ?

«Ce sont les mêmes que pour n'importe quel patient dans n'importe quel service ».

7. Quelle évolution notez-vous dans la prise en soin des personnes soignées migrantes au fil du temps ?

« On arrive à ce qu'ils aient une petite souplesse dans leur comportement en leur montrant que certes on n'est pas pareil mais qu'on peut travailler ensemble. On peut se faire confiance et on peut les aider par un traitement à avancer ».

8. D'après-vous, qu'est ce qui pourrait-être amélioré dans la prise en soin des personnes migrantes ?

« Moi je pense qu'il faut se laisser du temps. Et dans certains hôpitaux parisiens, ils présentent l'équipe sur un tableau à l'entrée, qui est infirmier, qui est médecin,... Je pense que c'est plus parlant. Il existe aussi chez nous des livrets traducteurs mais le problème c'est qu'il faut savoir lire. [*Silence de deux secondes*].

Nous on accompagne les patients dans les consultations aussi. On joue le rôle de tierce personne. On fait appel aux interprètes qui nous aident dans l'exactitude des termes. Et ils ont un rôle au départ pour la traduction mais également plus tard dans la prise en charge, car le patient va s'ouvrir et il y aura de nouvelles notions à comprendre ».

Annexe 5 : Entretien avec une infirmière d'un Centre de consultation d'ethnopsychiatrie à Paris, le 11/03/2016 :

1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous accueillez et que vous prenez en soin une personne soignée migrante ?

« Alors, ...la première difficulté ça va être la langue. Souvent les patients africains parlent français ou anglais donc on arrive à se comprendre mais des patients Tamouls ou Chinois, c'est beaucoup plus compliqué. Euh, la deuxième ça va être de comprendre leur demande ou de comprendre ce qu'ils veulent nous dire. Par exemple une dame venant du Ghana nous a dit qu'il n'y avait plus de médicaments alors qu'elle n'en avait plus à prendre et qu'elle est suivie pour un syndrome d'immunodéficience acquise. Ou quand elle dit « *il n'y a plus d'argent* » ça veut dire je n'ai presque plus d'argent. Il faut comprendre ce qui se cache derrière ce qu'ils nous disent.

Après c'est compliqué de savoir ce qu'ils ressentent car souvent dans leur culture, on ne dit pas ce que l'on ressent. On ne parle pas de soi, c'est compliqué.

Ou alors ils viennent pour une petite raison et ils diront le cœur du problème à la fin et il faudra savoir rebondir dessus ».

2. En quoi l'entourage de la personne soignée migrante peut-elle être une force ou un frein ?

« Peu importe d'où l'on vient, la famille c'est toujours important. Si les gens ont la chance d'avoir des personnes venant de la même culture qui sont depuis plus longtemps dans la migration, ils vont pouvoir leur expliquer comment ça fonctionne, faire l'interprète. [Silence de trois secondes].

Ils peuvent être un frein car ils représentent ce qui a été laissé au pays et de la manière de faire là bas, alors qu'ici ils sont obligés de s'adapter à ce qu'il y a. Ca peut être un frein aussi pour les femmes qui viennent accompagnées de leur mari pour aborder des questions de contraception ou quand ça touche à l'intimité. Ce qui est compliqué c'est qu'ici on n'a pas de sujets tabous mais eux en ont. Et l'entourage rappelle souvent qu'on ne doit pas tout dire. Ça se voit aussi souvent pour des personnes qui voient un tradithérapeute, qui aimeraient en parler mais qui ne peuvent pas car la personne accompagnante va dire qu'on ne doit pas en parler ».

3. D'après-vous, quelles sont les représentations soignantes concernant la personne soignée migrante ? Comment ces représentations ont-elles une influence sur la prise en soin de la personne soignée migrante ?

« C'est toutes les représentations qu'on a par rapport à notre milieu d'origine ou par ce que l'on a pu lire ou voir. Forcément on a du mal à en sortir. On a une patiente Tchétchène qui a été mariée à un homme violent et qui a réussi à s'en séparer. Elle a un fils qui a 20 ans. Et en Tchétchénie, si une femme se sépare de son mari, ça peut être puni de mort. Et on a eu le fantasme de se dire, car son fils était un peu violent avec elle, qu'il était un vrai intégriste et que si on intervenait, il pouvait être violent. Ces représentations qu'on a peuvent être un frein. Ici on travaille là dessus. On a tendance à coller des schémas culturels aux gens. Par exemple, on peut se dire qu'une femme voilée sera forcément intégriste alors que c'est plus compliqué que ça. Donc on a forcément des représentations qui ont des influences. Euh,...après ça dépend de notre vécu personnel aussi. L'histoire personnelle interfère dans notre manière de voir les gens. »

4. Quelles ressources utilisez-vous au sein de l'établissement pour favoriser la prise en soin et la continuité des soins des personnes soignées migrantes ?

« Les ressources sont tout ce qu'il est possible d'utiliser. Il y a des ressources classiques qui sont la connaissance, si on ne sait pas on va se renseigner auprès de l'interprète qui est un médiateur culturel. Puis après on va puiser dans son imagination pour trouver ce qui va aider à faire du lien. Ça peut être une sortie avec un patient ou proposer un atelier en montrant des photos de paysage et lui demander d'en parler. Ça peut être un atelier maquillage pour les femmes, tout ce qui nous permet d'avoir accès à leur culturel et leur quotidien. Rien n'est figé tout est en recherche permanente. La continuité des soins est assurée en remettant les gens dans un système de droit commun en les accompagnant dans les démarches pour leur permettre d'avoir un traitement, comment ils les prennent, les accompagner dans des rendez-vous médicaux,... Nous accueillons les personnes ici jusqu'à ce qu'elles n'aient plus besoin de venir ou envie. Donc ça peut être long, plus de 10 ans, mais on ne laisse jamais tomber un patient. »

Comment mobilisez-vous la compétence culturelle pour prendre en charge les différences culturelles ?

« La compétence culturelle va passer par les interprètes, par tout ce qu'on peut étudier,

les documentaires, les conférences, le musée du quai Branly. Il faut avoir l'esprit ouvert et on communique beaucoup entre nous. On n'a pas forcément besoin d'avoir une compétence culturelle particulière pour s'occuper d'un migrant, il faut connaître et comprendre la culture de l'autre. Parce que quel que soit le patient en face de toi, il a une référence culturelle différente de la nôtre. Il y a autant de différence entre un Africain et moi et quelqu'un qui aurait vécu dans le fond d'une campagne. Donc il faut être à l'écoute du patient et le comprendre quel que soit l'endroit ».

5. Avec quels professionnels travaillez-vous en équipe et comment collaborez-vous afin d'avoir une prise en soin de qualité ?

« Ici on travaille en équipe en permanence. On travaille aussi bien avec le psychiatre que le psychologue que l'assistante sociale, que la secrétaire. On travaille parfois en binôme, comme psychologue/infirmière ou médecin/infirmière. Mais la parole circule tout le temps entre nous. ».

6. Selon vous, quels éléments relationnels permettent l'adhésion au soin de la personne soignée migrante ?

« C'est l'écoute et la reformulation jusqu'à ce qu'on ait l'impression que c'était vraiment ça que la personne voulait dire. Donc il faut savoir ce que le patient essaye de dire. On travaille avec les paroles des patients en essayant d'être dénué de préjugés. Il faut accueillir la parole de l'autre quelle qu'elle soit ».

7. Quelle évolution notez-vous dans la prise en soin des personnes soignées migrantes au fil du temps ?

« Ici c'est de la psychiatrie, il n'y a pas de notion de guérison. Il y a une possibilité de vivre en société mais pas de vraie guérison. Parfois il y a une évolution positive et un événement peut tout faire basculer. Mais nous avons des évolutions, oui. Par exemple, on s'occupe d'un Monsieur kabyle, il a une psychose infantile et quand il venait il ne disait pas un mot. On pensait qu'il ne comprenait pas ce qu'on disait. Quand on l'a pris en atelier, on lui a montré des photos d'animaux et il a accroché. Puis il a commencé à nous poser des questions, par exemple « est-ce qu'il y a un roi en France ? ». Et à chaque fois, il amène des trucs et

maintenant il est content de venir. Certains patients sont dans l'évitement au début, c'est-à-dire qu'ils ne viennent pas aux rendez-vous, et aujourd'hui viennent toutes les semaines donc oui il y a une vraie évolution. J'ai eu une patiente malienne, délirante et enceinte de son troisième enfant. Elle ne voulait pas suivre son traitement et je l'ai accompagnée en maternité. Au début elle ne comprenait pas ce que je lui disais car elle soliloquait. Puis petit à petit, elle a accepté de prendre son traitement. Aujourd'hui elle vient aux rendez-vous, elle accepte de nous parler. Il y a des gens qui vont mieux et d'autres moins bien mais rien n'est définitif. ».

8. D'après-vous, qu'est ce qui pourrait-être amélioré dans la prise en soin des personnes migrantes ?

« Tout ! Déjà la manière dont on accueille les différences. J'ai beaucoup travaillé dans le milieu hospitalier et le regard des gens doit changer. Il faut arrêter de mettre des gens dans des cases, qu'on accepte qu'ils ne comprennent pas tout de suite ce qu'on leur dit, qu'on comprenne qu'ils n'aient pas la même représentation de la maladie qui dépende de la culture. Par exemple, au Cambodge, les gens pensent que le syndrome d'immunodéficience acquise s'attrape en urinant au pied d'un manguier. Donc quand on sait ça, on ne va pas leur parler du syndrome d'immunodéficience acquise comme on en parle à quelqu'un qui est né ici. Je pense qu'il faut évaluer où en est le patient et la représentation qu'il a de sa maladie : c'est quoi pour lui cette histoire. Quand on parle de tumeur, qu'est ce que c'est pour le patient ? [*Silence de deux secondes*] Et même la théorie qu'on a de la conception ici n'est pas la même qu'ailleurs. En Afrique de l'ouest le fœtus c'est une boule de sang qu'il faut asperger de sperme pour qu'il grandisse. Donc les soignants doivent accepter d'être beaucoup plus souples. En France, le cadre est très strict, il faut faire comme ça et pas autrement. [*Silence de trois secondes*].

Il faut vraiment avoir dans l'idée que la vision du monde ailleurs n'est vraiment pas la même et que ce qu'on leur propose n'est pas toujours adapté à leur compréhension ».

Annexe 6 : Entretien avec une infirmière d'un service de médecine interne et infectieuse, le 12/03/2016 :

1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous accueillez et que vous prenez en soin une personne soignée migrante ?

« La difficulté première c'est déjà de se faire comprendre et de les comprendre eux, face à leurs plaintes. Alors généralement on utilise beaucoup les mimes et les gens comprennent avec les mimes. Euh,... par exemple pour la douleur, ils comprennent qu'on pose la question de s'ils ont mal. Et quand c'est un peu plus compliqué, on fait appel aux interprètes. Ils viennent pour jouer les interlocuteurs, les intermédiaires plutôt, et on arrive à les prendre en charge globalement. Déjà pour les interprètes, on voit déjà entre nous, parmi le personnel s'il y a quelqu'un qui parle la langue sinon on fait appel à des intervenants extérieurs. ».

2. En quoi l'entourage de la personne soignée migrante peut-elle être une force ou un frein ?

« Une force c'est-à-dire que dans l'entourage de la personne soignée, il nous permet de mieux prendre en charge la personne. [Silence de deux secondes] Mais des fois aussi, l'entourage est dans le même cas, il ne comprend pas non plus et dans ce cas là, on a vraiment l'impression de gérer toute une famille . On a même des difficultés plus amplifiées car chacun vient et essaye de se faire comprendre : « oui, pour mon frère ou ma sœur, vous n'avez pas fait ci ou ça... », donc ils demandent plus de temps et beaucoup de patience ».

3. D'après-vous, quelles sont les représentations soignantes concernant la personne soignée migrante ? Comment ces représentations ont-elles une influence sur la prise en soin de la personne soignée migrante ?

« On n'appréhende pas de prendre en charge la personne migrante, on a tellement l'habitude d'avoir ce genre de population qu'on arrive toujours à se débrouiller et à les soigner. Pour moi, la barrière de la langue n'est pas un frein pour soigner une personne. En fait on crée un certain climat de confiance, ce qui fait que les patients ont des repères. Euh... par exemple, certains gestes vont signifier la douleur. On met naturellement en place des choses pour communiquer donc ça se passe bien. Mais les patients n'ont pas de référents ».

4. Quelles ressources utilisez-vous au sein de l'établissement pour favoriser la prise en soin et la continuité des soins des personnes soignées migrantes ?

« Juste des mimes, on va essayer d'écrire aussi. [Silence de deux secondes] Ça dépend vraiment du handicap, si les mimes ne passent pas, on essaye de parler anglais. Il y a des gens qui mélangent, parfois on mélange toutes les langues, ... on s'adapte à la personne qui est en face. [Silence de trois secondes] C'est du cas par cas et au final on y arrive toujours. Parce que la plupart des migrants ne parlent pas anglais mais ils ont des notions et ils comprennent un peu ».

Comment mobilisez-vous la compétence culturelle pour prendre en soin les différences culturelles ?

« Non, je n'ai jamais entendu parler de la compétence culturelle, ça ne me parle pas du tout Mais pour prendre en charge les différences culturelles, le soignant s'adapte».

5. Avec quels professionnels travaillez-vous en équipe et comment collaborez-vous afin d'avoir une prise en soin de qualité ?

« On travaille avec les interprètes, euh ...ce sont les médecins qui les contactent en général donc on n'a pas de partenariat. Ce sont les interprètes de l'hôpital. Pour les autres professionnels, ce sont les mêmes qui interviennent que pour les autres personnes soignées non migrantes ».

6. Selon vous, quels éléments relationnels permettent l'adhésion au soin de la personne soignée migrante ?

« Je dirai que nous allons utiliser le même relationnel que pour les personnes non migrantes comme l'empathie ou la confiance, si ce n'est plus. On prend un peu plus de temps avec les personnes migrantes mais dans les deux cas il faut faire quelque chose... et les prendre en charge ».

7. Quelle évolution notez-vous dans la prise en soin des personnes soignées migrantes au fil du temps ?

« Non pour moi c'est pareil, c'est la même chose. Euh... il y a peut-être un peu plus de présence vu le contexte actuel de migration mais sinon non. On arrive à avoir une bonne continuité des soins, dès qu'ils ont besoin ils reviennent ».

8. D'après-vous, qu'est ce qui pourrait être amélioré dans la prise en soin des personnes migrantes ?

« Cela serait peut-être bien de prévoir des outils, hum ... les traduire en plusieurs langues avec des questions simples qui parlent des petites choses au quotidien. Ce serait déjà ça. Euh ...il faudrait sélectionner les langues les plus connues, utiliser des termes simples et des explications simples dans la prise en charge. Nous, ici, on a des petits livrets traduits en arabe ou en dialecte africain et c'est pas trop mal fait. [*Silence de deux secondes*] Par contre, je n'ai pas reçu une formation spécifique sur la prise en charge des personnes migrantes, ce serait pas mal si ça existait. Parce que chacun fait à sa convenance et avec ses ressources ».

Annexe 7 : Présentation du Centre de consultation d'ethnopsychiatrie à Paris, par une infirmière diplômée en 1982, le 11/03/2016 : (seul établissement de Paris qui propose des consultations d'ethnopsychiatrie en présence d'infirmier(e)s) :

« C'est une structure qui a quatre ans, en 2012, moi je suis arrivée en 2014. Il y a un médecin qui est responsable de l'unité, un médecin qui est responsable clinique, un psychiatre qui fait des consultations d'ethnopsychiatrie. Il y a également un psychologue qui peut recevoir en individuel ou qui peut faire des consultations en ethnopsychiatrie. Il y a deux autres psychologues qui ne reçoivent que de façon individuelle. Actuellement on a un médecin qui est d'origine du Burkina Faso, qui a fait ses études là-bas et travaille avec le psychiatre. Nous avons une assistante sociale, une secrétaire et deux infirmières.

Nous, on intervient lorsque les prises en charge qui ont lieu dans les CMP, n'aboutissent pas, quand le patient n'arrive pas à se fixer sur un traitement éventuel. Mais la plus grande majorité sont des patients qui ont eu des parcours chaotiques au niveau soins. Soit ils nous sont adressés par des assistantes sociales, ou des services de psychiatrie qui appellent pour des éclairages. La structure n'accueille que des adultes mais on peut nous demander des éclairages pour des mineurs isolés migrants.

Le premier contact se fait par des médecins ou soignants ou assistante sociale. L'intérêt de l'ethnopsychiatrie c'est qu'on travaille avec la culture du patient. Le patient arrive avec une interprétation de sa maladie dans sa culture. A partir de ça, nous allons travailler pour avoir une meilleure compréhension de ce qui lui arrive. L'éclairage culturel peut être intéressant parce que ça permet au patient de donner du sens à son histoire et nous voyons ce qui peut être fait. On peut être le lien entre la patiente et ses enfants. L'idée c'est de pouvoir orienter vers d'autres professionnels si besoin. Le patient va être suivi sur sa structure et nous nous intervenons en tant qu'éclaireurs ou en proposant un suivi.

La première consultation, on réunit les personnes qui nous ont contacté, le patient et sa famille. Le jour de la présentation de l'histoire du patient, le mardi, les médecins interviennent avec les psychologues et le psychiatre. Pendant la consultation il y a toujours un interprète qui sera le garant de la culture. Même si le patient parle le français, il y a des

moments, il y a des éléments plus profonds demandés donc l'interprète aura son rôle. A la fin de la première consultation, un référent sera désigné pour être le thérapeute principal, et faire une évaluation tout en respectant le travail fait au préalable. Il sera décidé s'il y a besoin de visites à domicile, ou encore guidances mère/enfant pour évaluer les difficultés ou d'entretiens infirmiers seuls. Par exemple, un médecin avait fait une ordonnance à une patiente étrangère, en indiquant du « si besoin ». Du coup, elle ne le prenait pas car elle ne comprenait pas la mention « si besoin ». Nous sommes intervenus et nous avons convenu avec le médecin et la patiente de les prendre matin et soir. Nous intervenons quand des patients sont en échec après un traitement ou autre. On peut travailler avec les PMI aussi. On apporte des repères aux patients qui sont déjà suivis sur les CMP.

Nous sommes souvent en lien avec le thérapeute principal qui va nous donner des pistes pour travailler au plus près des besoins du patient. Nous travaillons souvent avec des patients qui sont psychotiques, qui auront des perceptions particulières et nous, les infirmières, allons travailler sur des aspects spécifiques comme les traitements. On va expliquer par des mots simples comme « force » ou « énergie ». On va utiliser des mots qui ont du sens dans leur culture. Ce qui est complexe aussi c'est de faire comprendre que le traitement doit se prendre tout le temps et de ne pas l'arrêter lorsqu'ils vont mieux. Il faut trouver les mots qui vont leur faire sens.

L'idée c'est de savoir comment ils font dans leur culture. Et lorsque les patients ont confiance en l'équipe, ils auront plus de facilité à nous solliciter. On leur donne les clés pour qu'ils sachent : qui fait quoi ? Comment ? Et quand ? L'idée c'est qu'ils identifient eux-mêmes les problèmes. On est là pour les autonomiser mais ça demande du temps.

Il y a un gros travail social car ce sont tous des gens en précarité quasiment. Il y a un pourcentage de gens en précarité très important. Précarité c'est-à-dire pas de papiers. Ou sans allocations. Il faut travailler avec ce qu'ils sont . On n'essaye pas de les remettre dans leur culture mais au contraire de leur permettre de se repérer dans la nôtre, dans notre pays afin de les autonomiser ».

Annexe 8 : Entretien avec une responsable de l'information et de la communication au centre Françoise MINKOWSKA, le 29/02/2016 :

« Le centre Minkowska est un centre médico-psychologique non sectorisé qui est spécialisé dans l'accueil des migrants et des réfugiés. Parallèlement, il s'agit d'un pôle de formation professionnelle et d'un pôle de recherche. Le centre est en partenariat avec l'Université de Paris Descartes.

Le centre accueille la diversité culturelle et linguistique. La prise en charge des personnes se fait via une approche anthropologique médicale dans le cadre du soin. Cette approche est née au Canada et est venue en France. Le centre est financé par la Sécurité Sociale, il est donc inscrit dans le cadre de la Santé publique.

Tous les professionnels du centre peuvent recevoir les personnes migrantes et faire appel à un interprète. Il est important pour les professionnels d'acquérir la compétence culturelle. Celle-ci se définit comme un savoir-être qui permet d'entrer en relation et d'accueillir la diversité dans le soin en ayant une posture clinique qui intègre les représentations culturelles du patient. L'expression de la souffrance est culturelle et particulière à chaque individu : le professionnel doit comprendre l'expression de la souffrance malgré le filtre culturel de la personne migrante. A travers une approche anthropologique clinique, le professionnel se décentre de son cadre pour accueillir celui de l'autre sans stigmatisation.

Le centre existe depuis 53 ans et il a évolué au fil du temps. L'idée est d'accueillir la diversité dans le soin et de comprendre la personne migrante. Il ne s'agit pas d'être anthropologue pour accompagner les personnes migrantes mais plutôt d'entrer en relation avec elles et de les questionner. »