



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Santé & migration : l'infirmière au cœur du continuum



<https://www.la-croix.com/France/Immigration/Les-migrants-Calais-accueillis-partout-France-2016-10-25-1200798753>

Formatrice référente :

Catherine DIEU

Azenor LE GAL

Formation infirmière

Promotion 2018-2021

10 Mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Santé & migration : l'infirmière au cœur du continuum



<https://www.la-croix.com/France/Immigration/Les-migrants-Calais-accueillis-partout-France-2016-10-25-1200798753>

Formatrice référente :

Catherine DIEU

Azenor LE GAL

Formation infirmière

Promotion 2018-2021

10 Mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS**

ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

En quoi l'infirmière, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, participe-t-elle au maintien du continuum des soins des patients migrants ?

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 10 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : Azenor Le Gal

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

Avant de commencer ce travail de fin d'études, je tenais à remercier les personnes ayant contribué à la réussite de mon mémoire et de ma formation.

Un grand merci à ma référente de mémoire, Catherine Dieu, qui a su être l'écoute et disponible afin de m'orienter et m'accompagner sur un sujet qui me touche.

Ensuite, je tiens à saluer la patience et le dévouement de mon référent pédagogique, Gael Robin, qui a su m'encourager et me guider durant mes années de formation.

Je tiens également à remercier les différents professionnels que j'ai pu rencontrer durant mes stages ainsi que celles et ceux qui ont contribué à la recherche de mon mémoire. Angélique pour sa rigueur, Adeline pour sa spontanéité et Jean pour son dynamisme. J'aimerais ici pouvoir remercier chacune des personnes qui m'ont donné les clés pour être l'infirmière que je serais demain.

De plus, j'éprouve une grande reconnaissance pour tous les patients qui auront marqué le début de ma carrière de soignante.

Enfin, j'exprime toute ma gratitude à mon ami ainsi qu'à ma famille pour leur soutien incommensurable sans qui tout ça n'aurait pu voir le jour. Merci également à mes ami(e)s pour la joie qu'ils m'apportent de 600m à 1098Km de moi.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART	2
CADRE CONCEPTUEL	4
1. Les airs de la migration.....	4
1.1. La personne migrante et ses différents statuts.....	4
1.2. Le psychotraumatisme de l'exile	6
1.3. Cadre législatif et accessibilité aux droits et aux soins.....	7
1.3.1. La loi :.....	7
1.3.2. Les aides médicales :	7
1.3.3. Les revenus :	8
2. Les abords du soin	9
2.1. Le soin.....	9
2.2. Le versant social du soin.....	9
2.3. Le continuum de soin	11
3. L'infirmière et le travail pluridisciplinaire	12
3.1. Le travail en réseau et en partenariat.....	12
3.2. L'équipe pluridisciplinaire et le rôle infirmier	14
3.3. La collaboration, facteur de performance du travail en équipe	16
LE DISPOSITIF METHODOLOGIQUE	17
ANALYSE DESCRIPTIVE.....	19
1. Le migrant.....	19
1.1. La définition.....	19
1.2. Les statuts.....	20

1.3.	Les droits	20
1.4.	Le psychotraumatisme	20
2.	Le continuum de soin	21
2.1.	Le soin et ses différentes facettes	21
2.2.	Le continuum de soin	21
2.3.	Soigner une personne en exil	22
3.	La place de l’infirmière dans les réseaux de santé	23
3.1.	Le rôle infirmier et sa place dans un réseau de santé	23
3.2.	L’intérêt du travail en réseau et en partenariat	23
3.3.	Les atouts et limites du travail en réseau et en partenariat	24
3.4.	L’influence du travail pluridisciplinaire	25
	DISCUSSION	26
1.	Le migrant.....	26
2.	Le continuum de soin pour une personne en exil	27
3.	La place de l’infirmière dans les réseaux de santé	28
	CONCLUSION	30
	BIBLIOGRAPHIE.....	32
	ANNEXES.....	39

Siglier et glossaire

ADA	Allocation pour Demandeur d'Asile
AIS35	Association pour l'Insertion Sociale (Rennes)
AME	Aide Médicale d'Etat
CASF	Code de l'Action Sociale et de la Famille
CCAS	Centre Communale d'Action Sociale
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLAT	Centre de Lutte Anti Tuberculose
CMU-c	Couverture Maladie Universelle – complémentaire (appelée Complémentaire Santé Solidaire depuis une réforme de 2019)
COALLIA	Centre d'accueil et d'hébergement social
Comede	Comité Médical des Exilés
CRF	Croix Rouge Française
CUR	Centre Urgences Réanimations
DATASAM	Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des Migrants
DSM-5	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MIRSI	Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers
MNA	Mineur Non Accompagné
OFPRA	Office Française de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAHDA	PRogramme d'Accueil et Hébergement des Demandeurs d'Asile
SEA35	Sauvegarde de l'Enfant et de l'Adulte à Rennes
SKOAZELL	Dispositif d'accueil, d'orientation et d'instruction de demandes d'aides financières pour les personnes sans droits

« Get ar boan hag an amzer a-benn a bep tra e teuer »

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma formation, je suis amenée à réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers (MIRSI). L'objectif étant d'évaluer les unités d'enseignements 3.4 "Initiation à la démarche de recherche", 5.6 "analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles" et 6.2 "anglais" (réalisation d'un résumé en anglais). Ce travail me permettra de conclure ma formation en soins infirmiers et d'édifier ma carrière professionnelle.

Les études en soins infirmiers sont, comme on me l'avait dit, difficiles tant bien par le contenu théorique que par les exigences physiques et psychiques. Elles nous font changer, évoluer et murir, c'est ce qui m'a permis de renforcer mon projet professionnel. J'ai été confrontée à des patients avec des situations difficiles et des histoires à raconter. Plusieurs d'entre eux m'ont touché et m'ont amené à me questionner, à m'interroger sur mon rôle de future infirmière et savoir comment je pouvais les accompagner au mieux. Un point les liait : la migration.

Au cours de mon parcours en tant qu'étudiante infirmière, j'ai pu rencontrer un certain nombre de personnes migrantes au sein de mes différents lieux de stage. Il m'a été donné l'opportunité de réaliser un stage au sein des Lits Halte Soins Santé (LHSS) de l'Association pour l'Insertion Sociale de Rennes (AIS35). Mon service sanitaire s'est déroulé dans un Programme d'Accueil et d'Hébergement de Demandeur d'Asile (PRAHDA). J'ai également pris en soin des ressortissants étrangers sur le territoire de Rennes lors d'autres stages tant bien somatiques que psychiatriques. De plus, j'ai été bénévole à la Croix Rouge Française (CRF) durant le confinement de la crise sanitaire de la COVID19. J'ai été confrontée à l'injustice avec la peur, l'incompréhension et l'attente de ces personnes en nécessité de soin.

Je me suis alors questionnée quant à la posture infirmière, son rôle et ses missions. Dès lors, j'ai compris que ce sujet qui me touche et m'anime depuis aussi longtemps que je puisse m'en souvenir, est exploitable dans la pratique de mon futur métier. C'est en me penchant sur le sujet des droits à l'accessibilité aux soins des migrants, en lisant, en échangeant et en partageant avec différents professionnels de santé, que j'ai vu le rôle de l'infirmière. Ainsi, l'importance qu'elle peut avoir dans le continuum des soins de ces personnes en nécessité.

C'est en échangeant avec ma référente de mémoire que j'en suis venue, en partageant mes idées, à mieux comprendre mes attentes et l'intérêt de mon sujet. Ce sont pour ces raisons que j'ai choisi d'exploiter mon MIRSI sur le sujet du rôle infirmier dans la continuité des soins des patients migrants.

CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART

Lors de mon second stage de première année, en service de dermatologie, nous avons accueilli une patiente géorgienne. Ce que nous savons d'elle c'est qu'elle a fui la guerre en Géorgie et est venue en France pour les soins. Elle est seule sur le territoire et sa fille de 3 ans est encore dans son pays d'origine. On lui diagnostique un mélanome métastasé à peine plus de 30 ans. Elle va décéder dans le service. Elle demande l'ouverture d'une demande de titre de séjour pour étranger malade et un rapprochement familial pour sa fille.

Durant mon stage du semestre 3, en service de cardiologie, nous avons fait entrer une patiente arménienne en urgence. Exilée de son pays d'origine, elle se retrouve à la rue, logeant de temps à autre chez des "amis" (on parle ici d'une communauté arménienne à Rennes). Retrouvée au sol, elle est amenée aux CUR par les pompiers. Hospitalisée en cardiologie, elle fait une découverte de diabète et d'une fibrillation auriculaire. Nous avons travaillé avec un traducteur pour l'annonce des pathologies et avec une assistante sociale pour la suite des soins à sa sortie de l'hôpital. Par manque de moyens sociaux, elle est orientée au réseau Louis Guilloux et sera hébergée dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) dans l'Ille-et-Vilaine.

Une patiente camerounaise nous a été admise en gynécologie car elle présentait des douleurs pelviennes. Elle a subi une kystectomie et une annexectomie bilatérale. Ce que nous savons c'est qu'elle a fui le Cameroun avec son fils de 8 ans. Elle est actuellement accompagnée par COALIA et aimerait passer en demande d'asile ou avoir le statut de réfugiée. Nous avons tenté d'appuyer son dossier avec le facteur d'enfant mineur ainsi que la nécessité de surveillance post-opératoire.

Ces trois situations m'ont amenée à me questionner sur mon rôle en tant que future professionnelle de santé.

Au départ, je me suis beaucoup interrogée sur les droits à l'accessibilité des soins des patients migrants. Je me demandais tout d'abord ce qu'était un parcours d'exil et ce qu'il en coûte, dans quelles conditions et ce qu'était officiellement un migrant. C'est en me tournant vers l'aspect législatif que j'en suis venue à me demander s'ils avaient connaissance de leurs droits et si les soignants les connaissaient. Quelles lois régissent les droits à la santé des migrants ? Sont-ils toujours respectés ? Si non, alors qui peut les faire valoir ?

C'est ensuite que je me suis interrogée sur la notion du travail en collaboration, la pluridisciplinarité. Mais aussi sur tout ce qui est de l'ordre du travail en réseau. Qui sont-ils et quelles missions ont-ils ? Quelles associations ou structures médico-sociales peuvent les prendre en charge ? Comment faire ensemble ?

C'est en réalisant quelques recherches que j'ai vite compris qu'une fois arrivé sur le territoire français, rien n'est simple pour un exilé : le traumatisme, la solitude, le déracinement. L'impact psychique et physique que peut avoir l'exil ainsi que les ruptures avec l'entourage, le quotidien et les droits communs. J'ai alors repris mes questions et me suis demandé, "en réalité, qu'est-ce que le soin ?". Quelle est l'essence du soin dans son sens holistique tant bien sanitaire que social ?

Ainsi, toutes ces questions m'ont permis de ressortir les notions et concepts clés de la prise en charge d'un patient migrant : le rôle infirmier dans le soin, le travail pluridisciplinaire et le droit du patient et donc de faire émerger ma question de départ :

"En quoi l'infirmière, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, participe-t-elle au maintien du continuum des soins d'une personne migrante ?"

CADRE CONCEPTUEL

Afin d'apporter des éléments de réponse à ma question de départ, tout d'abord j'exposerais mes recherches sur la migration : les différents statuts, le psychotraumatisme et les droits. Ensuite, je donnerais une définition du soin ainsi que son versant social et expliquer ce qu'est le continuum de soin. De plus, je démontrerais le rôle infirmier dans le travail en partenariat et en réseau, sa place dans une équipe pluridisciplinaire et sa collaboration.

1. Les airs de la migration

1.1. La personne migrante et ses différents statuts

Selon Amnesty International, "Il n'existe pas de définition internationalement reconnue du terme « migrant ». Une personne peut être conduite à se déplacer en dehors de son pays pour différentes raisons : exercer un emploi ou le rechercher, rejoindre des membres de sa famille... Pour les personnes contraintes de quitter le lieu de leur résidence, on parlera de réfugié si elles doivent franchir une frontière internationale, de personnes déplacées internes si la personne demeure dans son propre pays"(Comprendre ce que veut dire « migrant », s. d.). Pour rejoindre le point de vue d'Amnesty International, "il n'y a pas de définition à proprement parler", d'après les Nations Unies. Ce terme désigne « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer » (*Définitions*, 2017).

Cependant il existe différents statuts de la migration :

- **Migrant en situation irrégulière** : « Personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale sans autorisation d'entrée ou de séjour dans le pays en application de sa législation ou d'accords internationaux dont il est parti. » (*Termes clés de la migration*, 2015)
- **Migrant en situation régulière** : « Personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale et est autorisée à entrer ou à séjourner dans un État conformément à la

législation dudit État et aux accords internationaux auxquels il est parti. » (*Termes clés de la migration*, 2015)

- **Demandeur d'asile** : « Personne qui sollicite une protection internationale hors des frontières de son pays, mais qui n'a pas encore été reconnue comme réfugié » (*Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ?*, s. d.) .
- **« Dubliné », Procédure de Dublin III** : « le règlement [...] délègue la responsabilité de l'examen de la demande d'asile d'un réfugié au premier pays qui l'a accueilli. »(Vinet, 2018)
- **Réfugié (politique, économique, climatique)** : « Personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ». (*Termes clés de la migration*, 2015)
- **Apatride** : « Toute personne qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant par application de sa législation. » (*Définition / OFPRA*, s. d.)
- **Mineur Non-Accompagné (MNA)** : « Les mineurs non accompagnés sont des jeunes de moins de 18 ans qui n'ont pas la nationalité française et qui se trouvent séparés de leurs représentants légaux sur le sol français. Ils relèvent de la protection de l'enfance (CASF L112-3) ». (« Les mineurs non accompagnés (MNA) », s. d.).¹

Quelques chiffres : « En 2018, 278 765 personnes étaient sous la protection de l'Office Française de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) dont 225 544 avaient le statut de réfugié. »(*ASH, Le droit d'asile*, 2020)

¹ Statut que j'ai choisi d'écarter car mon sujet traite de la personne adulte. Les droits sociaux et sanitaire ne sont pas les mêmes en vigueur selon la majorité ou non du patient.

1.2. Le psychotraumatisme de l'exile

Quel impact la migration, l'exile, le parcours, peut avoir sur la personne ? La solitude, le traumatisme de l'exil, les conditions et le déracinement, les violences physiques et morales peuvent provoquer de manière brutale, des troubles psychiques chez une personne : le trouble post-traumatique.

« Pour faire face à une menace, l'individu développe un stress physiologique qui lui permet de réagir de manière adaptée au danger. » (Association Parcours d'exil, 2020, p. 5)

Qu'est-ce que le psychotraumatisme ? Louis Crocq, psychiatre spécialiste des névroses de guerres, le définit comme un « phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur » tandis que celle du DSM-5 indique des « troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques lié à ce(s) traumatisme(s) » (Salmona, s. d.).

De plus, « Selon une étude réalisée par le Comité pour la santé des exilés (Comede), « la prévalence globale des troubles psychiques graves s'élève à 16,6 % dans cette population. Ces troubles sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (60 %) et de traumatismes complexes (8 %). » Plus d'un quart des patients (27 %) ont présenté des idées suicidaires et 7 % des patients se sont trouvés au moins une fois en situation d'urgence psychiatrique » (Gabriel, 2017).

“La guerre m’a fait voir la vie en noir et blanc, elle m’a fait voir la colère. Maintenant que je survis, je commence à revoir les couleurs du monde. »

Mr P - Un patient

1.3. Cadre législatif et accessibilité aux droits et aux soins

Le droit est défini comme "Ce que chacun peut exiger, ce qui est permis, selon une règle morale, sociale" dans le Robert. (*Le Robert poche*, 2019)

1.3.1. La loi :

Article 1110-1 du code de la santé publique « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. (*Article L1110-1 - Code de la santé publique - Légifrance*, s. d.)

De la Loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile **à la Loi du 10 Septembre 2018** pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie [...]. Les délais raccourcis pour le dépôt et le traitement des demandes d'asile : de 11 à 6 mois (120j à 90j) fixé par la loi de 2015. Durcissement des mesures d'éloignement, allongement de la rétention administrative : vise à sécuriser les obligations de quitter le territoire français (OQTF). La durée de la rétention est doublée de 45j à 90j. L'accueil des talents et des compétences, amélioration du droit au séjour des personnes vulnérables : le texte porte le projet d'une immigration choisie qui attire les plus diplômés. Le « Passeport talent » mis en place par la loi du 7 mars 2016. Elle est désormais délivrée notamment aux membres de la famille du titulaire de la carte qui n'ont plus à passer par la procédure de regroupement familial. (*Asile et immigration*, s. d.)

1.3.2. Les aides médicales :

Les personnes en situation de migration ont accès à des droits. L'Aide Médicale d'Etat (AME) est une aide permettant la gratuité des soins et des traitements. Les migrants en situation irrégulière peuvent y prétendre s'ils peuvent justifier de leur présence sur le territoire français depuis minimum 3 mois et d'un revenu inférieur à 800€/mois. Cette aide est pour une durée d'un an renouvelable, selon le Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide

médicale de l'Etat. Lorsque sa situation se régularise, ils peuvent prétendre à la CMU-c, en complément de la Sécurité Sociale. Elle permet la gratuité des soins et des traitements. De même, la durée est d'un an renouvelable (*Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ?*, s. d.).

De plus, les personnes n'ayant aucun accès ou sont en cours d'accès à une couverture santé peuvent avoir accès à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui sont des « cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social » (*Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)*, 2021). Il existe d'autres services, telle que le Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des Migrants (DATASAM) porté par le Réseau Louis Guilloux. Elle permet de faciliter l'accès aux soins des migrants primo-arrivants en s'appuyant sur des structures locales existantes. (« Dispositif DATASAM – Le réseau Louis Guilloux », s. d.)

Didier Maille et Olivier Lefebvre expliquent, dans la Revue Du Praticien, que le titre de séjour et la couverture santé sont intimement liées « La nature et la durée de la protection maladie des ressortissants étrangers sont directement corrélées au titre de séjour de la personne. La caisse de Sécurité sociale est tenue de contrôler la validité du titre de séjour, et les périodes de renouvellement de ces documents peuvent conduire à des ruptures de droits. » (Lefebvre & Maille, 2019)

1.3.3. Les revenus :

Pour ce qui est des droits aux revenus, « Les demandeurs d'asile (interdits de travailler durant les neuf premiers mois suivant leur demande), peuvent recevoir l'allocation pour demandeur d'asile (ADA), de 6,80€ par jour pour une personne seule. » (Lana, 2018, p. 22). De plus, il existe des associations telles que SKOAZELL qui « est un dispositif d'accueil, d'orientation et d'instruction de demandes d'aides financières pour les personnes sans droits ni titres, porté par l'association SEA 35 et financé par le Conseil Départemental et le CCAS de la Ville de Rennes. » (SIAO 35, 2016) qui permet aux migrants, selon des critères, de bénéficier de 60€ mensuel.

Cependant, nous savons aujourd'hui que ce sont des démarches longues et décourageantes. Pour exemple, d'après InfoMigrant, en France « plus de 20% des personnes ayant droit à la CMU-c, une de ces protections de santé gratuite, ne la demandent pas ou ignorent qu'ils peuvent en bénéficier » (*Sans-papiers, demandeurs d'asile*, 2019)

2. Les abords du soin

2.1. Le soin

Du latin médiéval « songne », « sunnia » signifie la nécessité, le besoin et du latin tardif « soign », « sonnium » le souci, le chagrin. La définition du soin retrouvée dans le petit LAROUSSE (*Le petit Larousse illustré [2016], 2015*), est exprimée comme « les actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un », d'une manière plus médicale « les actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps ». Il est écrit dans l'article « *C'est quoi le soin ?* » de l'association Comme Des Fous que « Le soin, c'est la relation qui unit une personne souffrante à un professionnel de la santé. C'est la relation soignant-soigné. Aussi humaine soit cette relation, elle n'en reste pas moins asymétrique. » (Joan, 2018)

D'après la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (*Document fondamentaux quarante-neuvième édition, 2020, p. 1*). En ce sens, selon l'Art. 25.1 de la déclaration universelle des droits de l'homme, « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. » (*La Déclaration universelle des droits de l'homme, 2015*)

2.2. Le versant social du soin

« En effet, le soin n'est pas l'apanage des seuls soignants puisque chacun à un moment donné de sa vie peut « prendre soin » d'autrui. Le soin pourrait ainsi servir de modèle général pour une éthique et même une politique des relations entre les hommes. Résumer le soin au seul acte médical serait donc faire preuve d'une vision étroite concernant une activité humaine essentielle. » (Svandra, 2008)

Le travail social : « Le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement. » (Lembert, s. d.)

Élaborée par Abraham Maslow dans les années 1940, la pyramide de Maslow est une théorie selon laquelle les motivations d'une personne découlent de ses besoins non satisfaits. Selon les observations de ce psychologue, certains besoins sont plus importants que d'autres chez l'homme. Pour démontrer cela, il a créé une pyramide de 5 niveaux représentant clairement la hiérarchie des besoins. Au premier plan se trouvent les besoins humains de survie, dits « besoins physiologiques » : respirer, manger, se chauffer, dormir, se reproduire, ... Au second plan se trouvent le « besoin de sécurité » : logement et droits de l'Homme. Les « besoins d'appartenance et d'affection » sont à la troisième place, ils sont constitués de l'amour, l'amitié et l'intégration. Ensuite, nous retrouvons les projets, les objectifs, les opinions, les convictions et les occupations pour le « besoin d'estime de soi ». Pour terminer la pyramide, le dernier niveau montre l'importance de l'accomplissement de soi et du développement personnel. La pyramide de Maslow classe les besoins de l'Homme selon leur degré d'importance dans le but d'aider l'Homme à assouvir ses besoins et atteindre ses objectifs. (Hameury, 2016)

L'infirmière Virginia Henderson publia en 1960 une théorie relative aux besoins des individus et aux soins infirmiers : *les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson*. Nous retrouvons les besoins physiologiques tels que le besoin de respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir une température normale, être propre. Les besoins de sécurité tel que le besoin d'éviter les dangers. Ainsi que les besoins sociaux et d'appartenances tels que communiquer, agir selon ses croyances, s'occuper, se recréer et celui d'apprendre. (Coutant, 2015) « Les quatorze besoins identifiés par V. Henderson entrent dans les cinq catégories de Maslow car chaque besoin est dépendant de facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux ou culturels. » (Mias, 2009)

« La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous

la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé. » (OMS, 1986). La charte d'Ottawa explique notamment que les conditions d'accès à un bon état de santé passent par le logement, l'accès à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, d'avoir un écosystème stable, compter sur un apport durable des ressources, d'avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. (OMS, 1986)

Nous pouvons dès lors entendre que la santé est conditionnée par différents points tant bien sociaux, sanitaires qu'environnementaux. Il serait donc primordial de considérer ces multiples éléments afin d'évoquer une continuité des soins en vue d'un continuum de soin.

2.3. Le continuum de soin

Le continuum est un « ensemble dont les éléments sont inséparables, constituent un tout » (*Définition continuum des soins | Dictionnaire français, s. d.*)

On peut définir le continuum des soins comme l'éventail des services de santé qui, pendant le cycle de la vie, vont des soins primaires (y compris la prévention et la promotion de la santé) aux soins secondaires et tertiaires en établissement, en passant par les services communautaires et à domicile, qui favorisent le maintien de la santé, la réadaptation et les soins palliatifs en fin de vie. (« Le financement du continuum des soins », s. d.)

En vue d'un continuum de soin, selon l'Article R. 4312-12 du code de déontologie infirmier, l'infirmière se doit : Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité.

Selon Africa Consultants International, au sujet du renforcement du système de santé, le continuum des soins est un dispositif faisant collaborer de nombreux acteurs impliqués dans une chaîne des soins. Il facilite la continuité des services. C'est « un système de référence et de contre référence tenant compte des besoins des personnes vivant avec **une maladie donnée**, des compétences des différents acteurs et de la disponibilité des structures et des services doit être de plus en plus envisagé. Une collaboration est nécessaire entre les différents acteurs du public, les associatifs, les communautaires, voire ceux évoluant dans les structures privées, pour favoriser le développement d'un continuum de soins de qualité. » (« Initiative de ACI dans le cadre du Renforcement de systèmes de santé », 2011) Une recherche sur le continuum des soins en soin palliatif

en est arrivé à la conclusion commune que « le continuum n'était pas possible sans le développement des compétences des intervenants et que ce développement devait s'appuyer sur une philosophie et sur une approche commune en services palliatifs. Autrement dit, le continuum ne peut se développer harmonieusement si chacun développe de façon différente l'expertise de ses intervenants. » (Plante, 2001, p. 14)

Enfin, « Le renforcement du Continuum de Soins requiert une reconnaissance des compétences et de la valorisation des savoirs spécifiques d'acteurs de différents profils, une identification des zones de partenariats en fonction des avantages comparatifs, ceci dans une dynamique de continuité. » (« Initiative de ACI dans le cadre du Renforcement de systèmes de santé », 2011). Alors « si les partenaires veulent offrir un véritable continuum aux personnes inscrites au projet, il faut le faire de façon conjointe, avec une approche et une philosophie commune. » (Plante, 2001, p. 15)

Finalement, le dernier levier du continuum des soins consiste à développer les outils de communication. « On ne pourra pas établir de continuum si on ne dispose pas de toute la technologie nécessaire pour faciliter la circulation de l'information entre les différents quarts de travail, les différentes professions, les différents établissements et les différents cadres de soins. ». Il est aujourd'hui indispensable d'investir dans les nouvelles technologies afin d'associer « complexité, flexibilité et rapidité ». (Plante, 2001, p. 26)

Il est alors fondamental, en vues d'un continuum des soins, de collaborer et de faire prospérer le réseau de santé, ainsi promouvoir le travail en partenariat.

3. L'infirmière et le travail pluridisciplinaire

3.1. Le travail en réseau et en partenariat

« Les réseaux de santé existent légalement depuis que la loi du 4 mars 2002 en a donné une définition que l'on peut qualifier de pragmatique, au sens où elle est à la fois large et commune à toutes les formes de réseaux. » (Schweyer, 2005)

« Étymologiquement le mot réseau vient du latin "rete" qui signifie "filet", donnant naissance à l'adjectif "réticulé". Un réseau est un ensemble de nœuds ou (pôles) reliés entre eux par des liens (canaux). » Les canaux sont alors vus comme des éléments d'informations. « La notion de réseau renvoie primitivement à celle de capture, de chasse. Par transposition, le réseau est ainsi un outil de capture d'informations. » Cette référence au filet est plus évidente en anglais où réseau se dit "network", littéralement "un filet qui travaille" » (*Fédération des maisons médicales*, s. d.)

« Le réseau constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté. » (Schweyer, 2005). Ils sont « basés sur un objectif commun de production collective. Ils nécessitent une collaboration entre les acteurs du réseau pour atteindre les objectifs fixés. Leurs actions peuvent être le développement d'un outil en commun [...] » Le but est donc de réaliser une action à plusieurs au service d'une mission collective.

L'intérêt du travail en réseau est expliqué par Guy Leboterf, professeur associé à l'université de Sherbrooke, comme « la nécessité de mobiliser l'intelligence collective face à des situations de plus en plus complexes à gérer ; l'exigences croissantes de l'innovation nécessitant de savoir combiner des ressources diversifiées, [...] la recherche de cohérence entre les initiatives prises dans des organisations décentralisées; le développement des nouvelles formes d'alliance entre des entreprises ... » (Le Boterf, s. d.)

Le travail en réseau et en partenariat sont intimement liés. Cependant la « La définition du partenariat repose dans le contexte du travail social et médico-social sur les notions de valeurs partagées qui sont traduites de manière formelle par des chartes, ou, dans une forme plus élaborée, sur la notion d'opérationnalité, traduite par des conventions. Ce partenariat opératoire peut être spontané ou imposé par un dispositif légal ou une commande relevant des politiques publiques. » (Simon, 2006) . « Une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action – faire autrement ou faire mieux - sur un objet commun - de par sa complexité et/ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs -, et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre. » (Dhume, 2010) selon Fabrice Dhume, chercheur en sciences sociales.

Selon Roland Fonteneau, docteur en sciences humaines, le travail partenarial dépend des acteurs qui le composent en fonction de leurs structures respectives. De fait, « l'implication des acteurs

et des organisations garantit la pérennité des projets ». Alors si un des professionnels impliqués dans ce travail se retire, il sera remplacé. Le partenariat repose sur des conventions précises définissant : « le cadre d'action, les méthodes, les moyens, les responsabilités et les résultats attendus ». Chacun des professionnels y trouvent alors son rôle en fonction de ses connaissances et compétences. (Roland Fonteneau, 2007)

Pour conclure sur l'intérêt du travailler en réseau et en partenariat un article du guide social explique qu'il « présente de multiples avantages. Outre le fait de mutualiser la prise en charge et de bénéficier de l'expertise des services partenaires, le travailleur se sent moins seul. En effet, certaines situations peuvent être lourdes à gérer et sembler inextricables. Dans ces cas, faire intervenir un réseau de partenaires permet de se sentir moins démuné et d'ôter un peu de la charge qui pèse parfois sur les épaules du référent. De plus, travailler en réseau, c'est aussi rencontrer des collègues d'autres horizons, tisser des liens différents, sortir un peu de son quotidien, aussi bien physiquement qu'intellectuellement. Travailler en réseau permet donc, lorsque le réseau est efficace et solide, d'apporter une réelle bouffée d'oxygène aux partenaires. » (*Travailler en réseau : bénéfices et difficultés*, 2019)

Afin de travailler au sein d'un réseau de santé, il sera nécessaire pour l'infirmière de se construire une nouvelle identité professionnelle. En effet, Marie-Josée Gabrillargues, cadre de santé formatrice, explique qu'il est nécessaire de modifier sa méthode de travail, et de repenser son travail. « Dans cette crise identitaire, deux éléments se combinent : l'obligation pour l'infirmière de sortir de son univers habituel (hôpital, service, solitude...) et l'obligation d'affronter l'incertitude. » La création de sa nouvelle identité d'infirmière passera par une compréhension de soi mais aussi par le contact, le travail en équipe, la collaboration et la formation avec d'autres professionnels. Ainsi l'infirmière aura de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités. (Gabrillargues, 2007)

3.2. L'équipe pluridisciplinaire et le rôle infirmier

Le professeur Robert Lafont explique que l'« Equipe viendrait du vieux français esquif, qui désignait à l'origine une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes ou des chevaux en attendant l'époque des remorqueurs. [...] Toujours est-il qu'on a parlé un jour de groupe de travailleurs pour réaliser une œuvre commune, puis ensuite d'équipe de sportifs pour gagner un

match. Il y a donc dans ce mot un lien, un but commun, une organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble, une victoire à gagner ensemble. » (Mucchielli, 2014, p. 12)

La pluridisciplinarité est définie comme ce « Qui concerne plusieurs disciplines ou domaines de recherche » dans le Robert. (Le Robert poche, 2019) Karine Sanson, psychologue clinicienne, explique dans l'article « *Intérêt et condition d'un travail de partenariat* » paru dans le Journal des Psychologues, que le travail pluridisciplinaire se définit par le fait de « Se soutenir mutuellement et pouvoir considérer comme des ressources les modes d'approche différents du sien, apprendre à jouer avec les différences de place et de rôle des uns et des autres afin de *proposer aux personnes accueillies des expériences diversifiées de contact, de feedbacks (renvois différents) de confrontation aux limites et d'investissement* (de la réalité sociale, de la réalité psychique, de la réalité corporelle), *constituent à mon avis une richesse précieuse dans le travail d'accompagnement.* » (Sanson, 2006, p. 24)

Claude Viande, psychologue clinicien spécialiste des organisations et de la qualité de vie au travail, explique l'intérêt du travail pluridisciplinaire par la répartition des tâches entre professionnels qui serait alors un facteur essentiel de la qualité du travail de l'équipe et de sa capacité à répondre aux besoins de la population dont elle a la charge. « L'interdisciplinarité permet la prise en compte de l'individu sous toutes ses dimensions (physique, psychique, humaine, sociale et spirituelle) dans une perspective globale ». (Viande, 2015)

D'après le site Métier d'Infirmière, l'infirmière a un rôle de collaboration avec son équipe pluridisciplinaire. En effet, « Le métier d'infirmière requiert de solides compétences et qualités humaines, pour travailler en équipe, au bien-être du malade. Elle assure la gestion administrative, en s'occupant des stocks de médicaments et en établissant des plannings de soins en fonction des prescriptions médicamenteuses. Soumise au secret professionnel, l'infirmière a un grand rôle d'écoute avec le patient et sa famille. Elle peut être porte-parole du patient, auprès de l'équipe médicale, à qui elle transmet les informations pour une meilleure prise en charge. L'infirmière doit savoir travailler en équipe, dans l'intérêt du patient. En tant que pilier porteur, elle joue un rôle d'interface. Elle communique à la fois, avec les médecins, sur la prise en charge médicale du patient et avec les aides-soignantes, pour tout le côté confort et bien-être. A la tête des transmissions, l'IDE donne des indications utiles à toute l'équipe. » (Métier d'infirmière : rôle et évolutions de carrières, s. d.)

Nous pouvons dès lors comprendre que nous ne pouvons prétendre à un travail en équipe pluridisciplinaire sans collaboration.

3.3. La collaboration, facteur de performance du travail en équipe

La collaboration du latin cum, avec et laborare, travailler signifie « action de collaborer, participer à une œuvre avec d'autres ». (*Le petit Larousse illustré [2016]*, 2015)

Selon Dounia Daoudi, aide-soignante certifiée, le travail en collaboration aurait pour objectif une démarche active, un but commun et de concilier les intérêts et les objectifs personnels. Pour se faire il serait nécessaire de s'engager envers le groupe, de savoir communiquer, d'élaborer une coordination et de partager des valeurs communes. Le concept de collaboration est régi par le cadre réglementaire du code de la santé publique. L'Art R4312-14 légifère que « L'IDE est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'IDE est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre » (Daoudi, 2018)

Dans son livre, Roger Mucchielli définit les conditions de collaboration et de travail en équipe en plusieurs points :

1. « Une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche
2. L'expression possible des désaccords et des tensions ;
3. La non mise en question de la participation affective du groupe ;
4. L'entraide en cas de difficulté d'un des membres ;
5. La volonté de suppléance d'un membre défaillant ;
6. La connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun
7. La division du travail après élaboration en commun d'objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche
8. La définition d'une structure précise si la tâche l'exige et en fonction de cette tâche.
9. La mutualisation des forces » (Mucchielli, 2019, p. 58)

La collaboration naît d'un processus collectif qui implique, selon le psychiatre C. Dejours « la mobilisation des intelligences individuelles, des habiletés singularisées et leur fédération pour les inscrire dans une dynamique collective commune » (Dejours & Bègue, 2009, p. 35)

« Une complémentarité entre les compétences. Ce n'est que dans la mesure où chaque individu trouvera des compétences complémentaires aux siennes qu'il pourra les mettre pleinement en œuvre

et les intégrer dans des connaissances productives. » (Le Boterf, 1998, p. 263) Toutefois, « nous concevons que ce processus semble approprié au travail dans les unités de soin, si tous les membres sont conscients des risques et s'organisent pour les éviter. » (Bretesché, 2015)

La collaboration infirmière est définie par le site canadien des infirmières praticiennes spécialisées (IPSPL) par le fait que « La pratique collaborative fait appel à plusieurs professionnels de différents domaines avec des formations variées en vue d'assurer les soins de santé aux patients. Lorsque la relation collaborative entre ces personnes est bien menée, elle favorise un bon climat de travail et contribue à optimiser la qualité des soins et du suivi »(*Fiche d'information sur la collaboration: La collaboration : un outil pour assurer un suivi optimal de la clientèle, 2014*)

Les infirmières collaborent avec les autres professionnels de la santé pour développer une communauté morale et pour optimiser les bénéfices pour la santé des clients, en reconnaissant et en respectant les connaissances, les habiletés et les points de vue de chacun. La prise de décision partagée, la créativité et l'innovation permettent aux professionnels de la santé d'apprendre des autres et d'améliorer l'efficacité du travail collaboratif.(association des infirmières et infirmiers du Canada, sd)

Nous pouvons ainsi comprendre le rôle pivot de l'infirmière dans le travail collaboratif pluridisciplinaire.

LE DISPOSITIF METHODOLOGIQUE

Dans le cadre du Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, nous avons pour consigne d'interroger des infirmiers diplômés d'état, dans le but d'enquêter, d'analyser et de confronter les différentes réponses avec les notions et concepts étudiées dans le cadre théorique.

Pour réaliser mes entretiens, j'ai confectionné un questionnaire semi-directif, en trois grandes parties. Les objectifs étaient de comprendre le rôle de l'infirmière dans l'accompagnement des patients migrants dès l'entrée dans le service, les soins, l'orientation, le continuum des soins et l'organisation de la sortie. Je voulais aussi comprendre quel était le rôle des travailleurs sociaux dans l'orientation de ces personnes et leur travail en collaboration avec les IDE. De plus, je voulais comprendre l'organisation

et l'objectif des réseaux de santé. Il y avait pour certaines questions, des nuances selon la personne interrogée. Par ailleurs, j'ai fait le choix de poser quelques questions laconiques qui amènent les professionnels à répondre de manière large en s'éloignant légèrement de ma question mais non pas du sujet.

J'ai fait le choix d'interviewer deux infirmières de deux structures médico-sociales distinctes, un médecin du CHU et une travailleuse sociale.

Tout d'abord, en sachant que je réalisais mon premier stage du semestre 6 au sein d'ALS35, je me suis dit qu'il serait pertinent d'interroger l'infirmière des Lits Halte Soins Santé pour son expérience et ses compétences auprès du public précaire en exil. J'avais pour objectif d'interviewer une infirmière de gynécologie, qui aurait pris en soin une patiente étrangère sur une reconstruction clitoridienne. Le but aurait été ici de confronter les avis et les connaissances sur l'approche du soin des migrants en milieu médico-social et hospitalier. Cependant, après en avoir échangé avec le cadre de santé ainsi que différentes infirmières du service, plusieurs m'ont évoqué le fait de ne pas se sentir prête où avoir assez de bagage pour répondre à des questions sur un tel sujet. Je me suis alors retrouvée en difficulté.

En parallèle, je trouvais pertinent d'interviewer un médecin coordinateur d'une structure hospitalière en service de milieu précaire afin d'avoir un point de vue différent et sa vision du rôle de l'IDE. D'autant plus, afin d'avoir un éclairage plus social, j'ai fait le choix d'interviewer une cheffe de service d'un pôle Mineur Non Accompagné (MNA) qui travaillait auparavant pour l'OFPPA, ce pour comprendre le rôle du social dans la continuité des soins et notamment avoir une vision moins « soignante » de la pluridisciplinarité. Je lui ai proposé, de répondre à mes questions sur la base d'un questionnaire transmis par mail. Mes consignes : répondre de manière spontanée.

Par la suite, durant mon stage aux LHSS, nous avons, avec l'IDE du service, été évaluer un patient atteint de la tuberculose, afin de déterminer son admissibilité au sein de notre service. En attendant ma tutrice, l'infirmière du Centre de Lutte Anti Tuberculose (CLAT) du Réseau Louis Guilloux venait elle aussi voir ce même patient. Après m'être présentée, je lui ai alors demandé si elle serait d'accord pour participer à mon MIRS. Elle tout de suite accepté et nous avons convenu d'un rendez-vous.

Chacun des entretiens se sont déroulés au sein des services des professionnels pour une durée d'environ 30min. J'étais, pour chacun d'entre eux, muni de mon téléphone portable pour l'enregistrement, avec leur accord préalable, et de mon ordinateur pour la grille de questions.

J'ai trouvé intéressant de comparer les différentes versions des professionnels qui sont pour le moins complémentaires. Il était agréable de voir que malgré des rôles et missions différentes, les institutions œuvrent dans le but d'une santé et un accompagnement social plus que favorable pour les patients en exil. Aux vues de mon sujet avec une partie sur le travail en réseau, il me semble avoir été judicieuse dans mes choix. Trois des professionnels travaillent ensemble en réseau et en partenariat sur le secteur de Rennes.

ANALYSE DESCRIPTIVE

L'analyse des entretiens relate des éléments clés à la compréhension du sujet ainsi qu'à l'élaboration d'une réponse à ma question de départ. Afin de préserver l'anonymat, les trois professionnels interviewés seront IDE 1 infirmière dans une structure médico-sociale, IDE 2 infirmière au réseau Louis Guilloux et MED médecin coordinateur à la PASS. La travailleuse sociale à qui j'avais transmis un questionnaire écrit ne m'a jamais répondu. J'estime que cela fait partie des aléas de la recherche.

Durant la réalisation de cette analyse, je me suis rendue compte qu'il me manquait des informations essentielles afin d'envisager une réponse à ma question de départ. Je me suis donc permise d'envoyer deux questions par mails aux trois personnes interrogées.

1. Le migrant

1.1. La définition

Afin d'entamer l'analyse, j'ai trouvé pertinent de contextualiser, définir le public ciblé, la personne au cœur du sujet.

Les trois professionnels de santé s'accordent sur la notion d'une personne qui quitte, fuit ou bien bouge de son pays d'origine. Les raisons qu'ils soulèvent sont, selon eux, liées à des violences, des mises en danger et des situations géopolitiques complexes. IDE 2 ajoute les raisons médicales tandis

qu'IDE 1 parle de l'impact culturel telles que les discriminations liées à l'orientation sexuelle. Pour tendre à expliquer ce qu'ils recherchent, IDE 1 et MED évoquent la recherche de « meilleur » tandis qu'IDE 2 évoque le fait de ne plus vivre les mêmes difficultés.

IDE 1 ajoute que pour le migrant, il y a une notion d'errance tandis que l'on peut retrouver un statut dans le terme « réfugié ».

1.2. Les statuts

Afin de savoir quels sont les différents statuts des migrants, j'ai demandé aux professionnels de me donner ceux qu'ils pouvaient rencontrer en soin au sein de leur structure. Pour les trois nous retrouvons les demandeurs d'asile et les situations irrégulières. Seules les deux infirmières m'évoquent les personnes déboutées. IDE 2 ajoute les MNA, les réfugiés ainsi que les personnes bénéficiant de visas touristiques.

1.3. Les droits

Au sujet des droits en termes de santé des migrants, les trois interviewés s'accordent sur le fait que les droits octroyés dépendent du statut de chaque patient et de chaque situation.

Ils me parlent de l'AME, qu'ils peuvent bénéficier en justifiant de leur présence durant minimum trois mois sur le territoire français ainsi que la CMU. MED explique que l'AME est octroyée pour les situations irrégulières et à l'inverse, la CMU pour les situations régulières. IDE 1 me rapporte que les droits évoluent en fonction de l'avancée des situations. IDE 2 confirme le fait que cela reste des droits relativement précaires. A cela, le médecin ajoute que depuis près de deux ans les lois changent et qu'on y retrouve alors beaucoup de modification en matière de droits, de conditions et d'attributions.

1.4. Le psychotraumatisme

Les causes du psychotraumatisme sont selon IDE 1 et MED, les conséquences et la raison de l'exil. Elle donne l'exemple de violence et de danger de mort. IDE 2 les rejoint en expliquant que le traumatisme peut être dû aux sévices « subies au pays ». Ils soulignent tous les trois le fait que le

psychotraumatisme peut aussi survenir lors du parcours de l'exil en lui-même : danger, dureté et précarité d'exil ainsi que l'inconnu de ce dernier. Quant à elle, IDE 2 ajoute l'arrivée dans le pays d'accueil.

Pour ce qui est des conséquences, les trois professionnels du soin se rejoignent sur le plan du stress post-traumatique et les répercussions psychiques importantes. Ils évoquent les troubles du sommeil importants, les insomnies, les cauchemars et MED y ajoute les reviviscences ainsi que des céphalées et des troubles mnésiques. Il marque les risques d'impacts sur la santé mental et physique des personnes exilées et IDE 1 y inclut les angoisses majeures et la teneur du risque de conduites addictives. De plus, IDE 2 relève un autre impact psychique par des idées noires, un repli sur soi et des hétéro ou auto-agressivités. Le médecin explique que ces traumatismes peuvent notamment avoir des impacts sur les démarches administratives, avec pour exemple, les troubles mnésiques qui peuvent « compliquer les récits et interviews à l'OFPRA ».

2. Le continuum de soin

2.1. Le soin et ses différentes facettes

Afin de comprendre ce qu'est le soin, j'ai demandé à chacun des soignants de me donner sa propre définition. Avant tout, deux d'entre eux utilisent le terme « accompagnement ». IDE 1 précise que c'est un accompagnement en équipe. Ils le définissent tous comme un objectif d'amélioration de l'état de santé physique et psychique ou bien le fait de tendre vers l'acquisition d'un bon état de santé. Une des infirmières précise que cela peut se faire par le biais de la réalisation d'actes. IDE 2 et MED, parlent d'une prise en charge globale, le médecin ajoute-même que le soin, en son terme général, n'est pas quelque chose de « spécifique ». Il rejoint IDE 1 sur le rôle du social dans le soin, le soin social et de la réinsertion sociale.

2.2. Le continuum de soin

En vue d'un continuum de soin, chacun des professionnels prépare la sortie du patient différemment : IDE 2 prévoit un rendez-vous de fin de prise en charge et passe le relais à des infirmières

libérales dans le cadre d'une suite à la bonne observance des thérapeutiques. IDE 1, quant à elle, oriente son patient vers un médecin traitant. Elle est son équipe pluridisciplinaire penchent actuellement sur l'ébauche d'un travail partenarial avec le Réseau Louis Guilloux et des médecins de ville. Ce projet est mené dans le but d'une fluidité dans l'orientation des patients à leur sortie. L'objectif du continuum reste pour elle le fait d'avoir un point d'accroche. L'objectif de MED est de faire en sorte que les patients qu'il voit, rentrent ou retournent dans le droit commun. Pour un continuum de soin, il estime que si le patient n'a pas de droit et/ou qu'il n'est pas francophone, il l'orientera vers le Réseau Louis Guilloux pour un suivi médical. Lui et son service travaillent avec des médecins généralistes qu'il dit avoir un « côté un peu précarité ».

Malgré des méthodes différentes, nous pouvons constater que l'objectif de chacun est de permettre, par une orientation de réseau, une continuité des soins en fonction du besoin du patient.

2.3. Soigner une personne en exil

Pour traiter des différences de prise en soin d'une personne migrante, IDE 1 affirme qu'il n'y a pas de différence sur « la qualité de prise en soin mais sur l'organisation, sur l'accompagnement qu'il y a à côté, notamment au niveau social. »

IDE 1 et IDE 2 s'accordent sur le fait que la barrière de la langue peut complexifier la prise en charge. Elles ajoutent que la culture du patient peut être un ralentisseur de la prise en charge. IDE 2 donne l'exemple de la religion avec des femmes qui ne veulent parler qu'à des soignantes et inversement pour les hommes. Il est donc, selon elle, important de prendre en compte les mœurs de la personne soignée et la vision qu'elle a par rapport aux soins. Parallèlement, MED explique que selon le pays d'origine de la personne exilée, les représentations de la maladie ne seront pas les mêmes. Il faudra donc établir le contrat thérapeutique et la relation de confiance. Il souligne que pour se faire, il est important de savoir travailler avec ces représentations afin de construire une relation de confiance soignant-soigné adaptée en fonction de ce que le patient a compris, ce que cela représente pour lui et comment l'aborder.

3. La place de l'infirmière dans les réseaux de santé

3.1. Le rôle infirmier et sa place dans un réseau de santé

Quant à la place de l'infirmière au sein d'un réseau de santé, IDE 1 et MED s'entendent sur le fait que l'infirmière étant présente dans le quotidien du patient, son rôle est donc essentiel. L'infirmière explique que de ce fait, elle permet « d'individualiser, d'apporter de la cohérence, de la fluidité dans le parcours de soin et dans sa compréhension. » C'est en ce point qu'IDE 2 soulève l'aspect multiple de la prise en charge des patients migrants et qu'il faut considérer chacune des dimensions (sociale, sanitaire, physique et psychologique) et donc identifier les besoins « sous-jacent qui sont non prioritaires pour lui mais qui sont déterminants pour son devenir ». L'infirmière est, selon elle, « souvent le maillon principal soit le premier interlocuteur que le patient vient voir pour toutes demandes ». Ainsi, le médecin ajoute qu'elle permet au patient de renouer avec le soin. En ce sens, selon ces trois professionnels, l'infirmière a un rôle de coordination avec les partenaires et les autres professionnels dans le travail partenarial.

3.2. L'intérêt du travail en réseau et en partenariat

Au sujet de l'intérêt du travail partenarial, les points de vue ne sont pas portés sur les mêmes éléments selon les professionnels. Une infirmière marque le fait que cette pratique est « indispensable », il permet, selon elle, une meilleure prise en charge. Sa consœur explique que le travail en partenariat permet un meilleur maintien de la continuité des soins et du travail social. Cela permettrait alors de limiter voire d'éviter le risque de phénomène de rupture. MED explique, comme IDE 2 que « c'est essentiel pour ces personnes-là ». Selon lui il est nécessaire de coordonner afin d'être en lien avec les professionnels qui sont sur le terrain, au plus proches des personnes migrantes.

En précisant sur les partenaires, nous constatons que les deux infirmières exerçant dans des structures médico-sociales, travaillent en lien avec des structures publiques telles que les Centres Hospitaliers (CH) ainsi que d'autres structures associatives du territoire. A l'inverse, le médecin travaillant dans un service du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), relève que la majorité de ses partenaires se trouvent être des structures associatives médico-sociales ou sociales. Il souligne les différents professionnels

avec lesquels il est amené à collaborer : des infirmiers majoritairement mais aussi des éducateurs spécialisés.

Ainsi, le médecin nous donne un exemple : *un infirmier du restaurant social lui oriente une personne migrante. Cette personne nécessite alors des Lits Halte Soins Santé dû à une problématique de santé trop importante pour rester à la rue. Une fois orientée, c'est l'occasion pour la structure de mettre en exergue son réseau pour préparer la sortie vers des appartements de coordination thérapeutiques si nécessaire.* Il ajoute qu'« il y a quand même un continuum et ça se passe pas mal [...] entre les différents réseaux. »

3.3. Les atouts et limites du travail en réseau et en partenariat

Atouts

Au niveau des atouts du travail en réseau et en partenariat, la richesse est mise en avant par les deux infirmières.

IDE 1 parle de complémentarité, de regards variés, de remise en question et d'élaborations différentes tandis qu'IDE 2 exprime le fait que cela permette d'avoir plus d'outils de développements pour la prise en charge des patients. Elle parle d'une communication efficace car elle est facilitée par l'utilisation du « même langage ». Pour terminer, l'infirmière relève le fait que « se connaître rend les échanges et le travail plus facile aussi ». MED explique que si une structure ne sait pas vers qui orienter son patient, ça ne peut marcher. L'atout du réseau de santé serait donc, selon lui, un moyen de rendre possible une continuité des soins.

Limites

Les trois professionnels trouvent des limites au travail en réseau et en partenariat mais ne soulignent pas les mêmes points.

IDE 1 évoque le fait qu'avoir trop de partenaires veut dire avoir trop d'interlocuteurs, ce qui donne beaucoup d'informations et engendre un éventuel risque de perte ou de modification d'information. Elle ne le considère pas tant comme un obstacle mais plus comme un axe de travail car selon elle, c'est aussi une richesse d'être nombreux dans un réseau de travail. C'est le manque de temps qui est exposé

par IDE 2. Elle explique que parfois, les professionnels peuvent manquer de temps pour développer les partenariats. MED pense que « ce n'est pas compliqué si ça se passe bien entre les différentes institutions ». Il explique que les limites se présentent si cela ne se passe pas bien et qu'on y trouve des désaccords on se retrouve alors avec différents discours auprès de la personne soignée. Cela ne fonctionnera donc pas pour le patient.

3.4. L'influence du travail pluridisciplinaire

Les points de vue des professionnels sur le travail pluridisciplinaire sont différents, toutefois ils se lient par la place du patient au centre d'une prise en charge globale.

Selon IDE 1, la pluridisciplinarité permet différents « prismes de regards, de lecture de la personne », un accompagnement global et des questionnements sur sa pratique professionnels et ce afin d'assurer une prise en charge plus qualitative. La seconde infirmière évoque le fait que le travail pluridisciplinaire permet d'accompagner le patient du début à la fin, c'est-à-dire tel qu'IDE 1 sur la globalité de la prise en charge. Cela permet également de prendre son temps et ainsi de ne pas continuellement mettre le soin au centre mais prioriser le patient et ses besoins immédiats, ce qui rend alors possible de travailler d'autres axes de prise en charge. Le travail pluridisciplinaire a un intérêt dans la prise en charge médico-sociale selon MED. Si le problème est plus social alors le médical passera après. N'ayant pas les connaissances nécessaires dans le domaine des démarches sociales, c'est en ce sens qu'il estime qu'il est nécessaire d'avoir une équipe multi-professionnelle. C'est en discutant ensemble qu'ils arrivent à voir ce qui peut être le meilleur et le plus bénéfique pour le patient et donc amener à une prise en charge plus globale.

Les équipes pluriprofessionnelles sont constituées pour les trois interviewés de travailleurs sociaux et de soignants. Les deux infirmières ajoutent le secrétariat et l'une d'entre-elle évoque l'équipe technique, l'administration et l'institution.

DISCUSSION

Pour terminer l'analyse, l'intérêt sera ici de reprendre les éléments du cadre conceptuel ainsi que ceux de l'analyse descriptive afin de confronter et conforter les données et d'en comprendre les résultats principaux. C'est ainsi que la réponse à ma question de départ émergera : « ***En quoi l'infirmière, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, participe-t-elle au maintien du continuum des soins d'une personne migrante ?*** »

1. Le migrant

Il m'a semblé pertinent d'interroger les professionnels de santé sur leur définition de la personne migrante. Selon Amnesty International, il n'y a pas de définition exacte du terme « migrant ». Les Nations Unies le définissent, très largement, comme une personne qui réside durant plus d'un an sur un territoire d'accueil, de manière volontaire ou involontaire, de façon régulière ou irrégulière. J'ai trouvé censé de voir que chacun des professionnels de santé interviewés définissent « la personne migrante » comme une personne ayant quitté son pays d'origine pour des raisons géopolitiques, des mises en danger, des problèmes médicaux mais aussi des inéquations entre la pensée et la culture. Cet exil est selon deux d'entre eux, une quête de meilleur. Être migrant, comme le cite une infirmière « il y a une notion d'errance tandis que le réfugié, il est plus reconnu, il a un statut. » Il existe différents statuts pour les ressortissants étrangers en France, cela dépendra de sa situation et du contexte d'exil.

« La nature et la durée de la protection maladie des ressortissants étrangers sont directement corrélées au titre de séjour de la personne. » expliquent Maille et Lefebvre. C'est en ce sens que les trois soignants s'accordent sur le fait que les droits en matière de santé dépendent et évoluent en fonction de la situation de la personne. Il sera alors possible pour une personne en situation irrégulière de se voir octroyer l'AME en justifiant de trois mois sur le territoire français. Pour les personnes en situation régulière, trois mois de carence seront de rigueur avant de pouvoir prétendre à la CMU. De plus, il existe différents dispositifs médicaux pour les ressortissants étrangers sans droits sociaux sur le territoire Français. Selon InfoMigrants et les trois soignants, se sont des démarches longues et décourageantes.

D'après Parcours d'Exil, « Pour faire face à une menace, l'individu développe un stress physiologique qui lui permet de réagir de manière adaptée au danger. »(Association Parcours d'exil, 2020) Le psychotraumatisme est décrit par le DSM-5 comme des troubles psychiques liés au vécu d'événements traumatisants tels que des violences physiques et psychiques envers lui ou un proche, qui engendrent chez lui une peur ou horreur intense. Les trois soignants rejoignent le point de vue du cadre théorique pour définir le psychotraumatisme. Deux d'entre eux expliquent que le psychotraumatisme n'est pas la conséquence de l'exil mais bien souvent la cause. Selon une étude du Comede, 60% des troubles psychiques des migrants seraient composés de syndromes psychotraumatiques. Les interviewés relèvent que les répercussions sont importantes : insomnies, cauchemars, idées noires, isolement, auto-agressivité.

Je retiens alors que le migrant est défini par son statut législatif. Cependant, ce sont des personnes avec, pour certain, des vécus traumatisants qu'il faut savoir considérer pour identifier la personne soignée ou à soigner.

2. Le continuum de soin pour une personne en exil

En questionnant les différents professionnels, je me suis rendu compte que malgré ce qui fait le quotidien dans leur travail, il était difficile pour eux de définir ce qu'est le soin. Le Larousse le définit d'une manière médicale comme *“les actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps”*. Deux des soignants le voient comme un « accompagnement ». Pour les trois, l'objectif est de tendre vers l'acquisition d'un bon état de santé dans une prise en charge globale. Ils y incluent le soin social. En effet, selon Svandra, « Résumer le soin au seul acte médical serait donc faire preuve d'une vision étroite concernant une activité humaine essentielle. »(Svandra, 2008) D'après Maslow et Henderson, un bien être se compose de besoins vitaux, psychologiques et d'épanouissements. Entre autres, la Charte d'Ottawa met en avant l'importance d'avoir un logement, un accès à l'éducation, une bonne nutrition, un revenu et avoir droit à une justice sociale. De part cette analyse, je comprends que le soin est multidimensionnel. Par définition, le soin serait le fait de tenter de restaurer ou de faire prospérer le bien-être physique psychique et social de la personne tout en se souciant de ses besoins fondamentaux.

Le continuum de soin est un panel de services de santé qui vont des soins primaires, secondaires et tertiaires, en passant par l'éducation, la promotion et la prévention à la santé. C'est un dispositif qui

fait collaborer plusieurs acteurs dans une chaîne continue des soins. C'est un processus où il faut savoir mettre en avant les compétences de chaque intervenant. Les professionnels le mettent en exergue en préparant la fin de la prise en charge en collaborant avec des partenariats médico-sociaux et ce en fonction des besoins et droits du patient. Il est démontré que les professionnels doivent collaborer vers un objectif commun avec une philosophie commune. La clé serait donc le développement d'outils de communication pour la fluidité de la transmission des informations.

Selon une des infirmières interviewées, il n'y a pas de différence sur la qualité de prise en soin mais sur l'organisation et l'accompagnement social des personnes en exil. Il est décrit par les deux infirmières que la barrière de la langue et l'impact culturel peut s'avérer être un frein à la prise en charge. Le médecin ajoute à cela que, selon le pays d'origine, la représentation de la maladie ne sera pas la même. Le but du travail sera alors d'estimer ses représentations afin d'élaborer un contrat thérapeutique et une relation de confiance.

Je comprends que le continuum de soin est un dispositif qui a pour but d'offrir une continuité des soins notamment par un accompagnement global et individualisé. Le continuum serait alors un concept fondamental à la prise en soin complexe de la personne migrante.

3. La place de l'infirmière dans les réseaux de santé

Selon Schweyer, le réseau de santé permet de donner des réponses organisées à des professionnels ou structures, sur un problème précis de manière personnalisée. C'est l'apanage de la collaboration pluridisciplinaire dans un but commun. Le partenariat est quant à lui un concept contractualisé permettant une pérennité des projets. Les soignants voient l'intérêt du travail partenarial comme « essentiel » pour une meilleure prise en charge. Il ouvre sur un maintien de la continuité des soins et du travail social afin d'éviter les phénomènes de rupture.

Les avantages sont multiples et les limites sont variées. Selon le cadre conceptuel, le travail en partenariat rend possible le fait de ne plus être seul sur des situations complexes et découvrir de nouveaux horizons afin de sortir de son quotidien. En effet une infirmière soulève la complémentarité, les regards variés, la remise en question professionnelle ainsi que des élaborations différentes. Comme démontré plus haut, le médecin évoque la continuité des soins et la seconde infirmière parle de langage commun pour faciliter les échanges. Pour ce qui est des limites, une des infirmières parle du manque de temps pour la mise en place des partenariats. Le médecin explique qu'il faut une bonne

entente entre les différents partenaires afin d'éviter des doubles discours auprès du patient. En ce sens, Mucchielli identifie les conditions de travail en collaboration telles qu'« Une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche » et « l'expression possible des désaccords et des tensions ». Au sujet de la communication, la seconde infirmière souligne qu'un grand nombre d'interlocuteur amène un risque de modification ou de perte d'informations. Cependant, elle voit le grand nombre d'intervenants comme une richesse sur laquelle il faut se pencher.

Pour travailler en réseau, selon Gabrillargues, l'infirmière devra se créer une nouvelle identité professionnelle en modifiant sa méthode de travail et en se confrontant à l'incertitude. Cela passera par la compréhension de soi, la collaboration et la formation et ce pour de nouvelles responsabilités. Il sera, selon une des infirmières, indispensable de considérer chacune des dimensions (sociales, sanitaires, psychologiques et physique) du patient pour identifier ses besoins prioritaires. Selon les professionnels de santé, l'infirmière étant proche du patient, elle a donc un rôle essentiel. Elle permet, selon eux, d'individualiser, de donner de la cohérence et de la fluidité ainsi que la compréhension de la prise en soin. En effet, « Elle peut être porte-parole du patient, auprès de l'équipe médicale, à qui elle transmet les informations pour une meilleure prise en charge. L'infirmière doit savoir travailler en équipe, dans l'intérêt du patient. En tant que pilier porteur, elle joue un rôle d'interface. » d'après le site internet Métier d'Infirmière. L'infirmière étant souvent le premier interlocuteur du patient en situation de précarité, elle sera le maillon principal et aura ce rôle de coordination dans une dynamique pluridisciplinaire.

Selon Viande, la pluridisciplinarité permet de répartir les tâches entre les professionnels qui serait un facteur élémentaire du travail d'équipe et ainsi donc être capable de répondre aux besoins des patients. Les soignants interviewés argumentent l'intérêt du travail pluridisciplinaire de part des prismes de regards divers qui permettent différentes lectures de la personne, ce en vue d'un accompagnement plus global pour une prise en charge plus qualitative. Il rend possible cet accompagnement, du début à la fin, en mettant le patient au centre du soin. De plus, il faut mettre ses compétences et connaissances en commun afin d'évaluer ce qui sera le plus bénéfique pour le patient.

En conclusion, le travail en partenariat est essentiel afin de rendre possible une continuité des soins pour les personnes migrantes, peu importe son statut. Dans la collaboration pluriprofessionnelle, il permet une complémentarité des savoirs et des compétences et donc d'avoir un recul sur la considération du patient. Etant bien souvent le premier interlocuteur du soigné, l'infirmière est le

maillon principal. De par cette promiscuité et en se créant une nouvelle identité professionnelle, elle a un rôle de coordination, de transmission d'informations et d'individualisation de la prise en charge médico-psycho-sociale.

En réalisant des recherches et en répondant à ma question de départ, mon questionnement a évolué et m'a permis, si nécessaire, de préciser ma question qui permet un angle plus étroit : *Dans quelle mesure l'infirmière considère l'impact de l'exil sur le migrant dans sa prise en charge médico-sociale ?* Cette question pourrait alors traiter de la relation de confiance et du contrat thérapeutique en abordant le psychotraumatisme, la culture, les mœurs et la langue.

CONCLUSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche avait pour but de répondre à la question « *En quoi l'infirmière, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, participe-t-elle au maintien du continuum des soins d'une personne migrante ?* » Pour ce faire, j'ai commencé par faire des recherches théoriques afin de définir les termes de ma question de départ. Pour comparer la théorie et la pratique, j'ai fait le choix d'interviewer quatre professionnels de santé travaillant dans le domaine de la précarité. L'analyse qualitative des m'a permis de voir que pour la plupart, les points de vue sont complémentaires et similaires. Il résultait d'informations fondamentales à la prise en charge des personnes migrantes. Ensuite, j'ai réalisé une discussion en croisant et confrontant les idées recueillies afin de faire transparaître les éléments clé à l'élaboration d'une réponse.

Ce travail de fin d'études m'a permis de comprendre ce que peut être une personne migrante, définir le continuum de soin et d'identifier le rôle de l'infirmière dans le travail en réseau et en partenariat. Pour conclure ce mémoire, nous pouvons comprendre que le migrant est une personne traumatisée qui fuit sa vie d'origine à la recherche de meilleur mais qui est aussi défini par son statut juridique. L'infirmière, elle, a un rôle essentiel dans la prise en charge multidimensionnel de la personne migrante. Le continuum de soin est un ensemble indissociable de partenaires actifs dans un objectif commun. L'infirmière étant le premier interlocuteur du patient migrant, elle se retrouve au cœur de cette prise en charge complexe et diverse. Dans le travail partenarial, l'infirmière, au sein de son équipe pluridisciplinaire, a un rôle central qui permet le maintien du continuum des soins d'une personne migrante en étant capable d'identifier les besoins prioritaires du patient dans son intégralité.

Elle est le pivot entre le patient et le corps soignant médico-social, au sein d'un réseau ou de partenariats. Le partenariat étant un ensemble d'intervenant collaborant de manière conventionnée, dans un objectif commun tandis que le réseau est un ensemble de ressources avec lesquels les acteurs sont en lien et moins formalisé.

Réaliser ce mémoire d'initiation à la recherche infirmière m'a amené à développer mes compétences d'analyse et de réflexivité professionnelle. J'ai aimé pouvoir construire un travail de recherche sur un domaine dans lequel je souhaiterais exercer en tant qu'infirmière diplômée d'état. Je me suis enrichie, je me sens alors plus munie face à la prise en charge de patients en exil grâce à la recherche et l'acquisition de connaissances sur le sujet. Hormis sur le plan professionnel, je pense que ce mémoire représente la fin de trois années de remise en question et de mûrissement.

De nombreux questionnements me sont venus tout au long de mes recherches. Sur le travail en partenariat et en réseau, quel est le fonctionnement du maillage territorial et son impact sur la prise en soin du patient ? Quels impacts la langue, la culture, les mœurs et la religion peuvent-elles avoir sur la relation soignant-soigné ? Etant en stage dans une structure médico-sociale, j'ai eu l'occasion de prendre en soin des mineurs étrangers. Les enfants semblent être régulièrement le porte-parole du parent, son interprète. En m'interrogeant sur mon sujet et en me recentrant sur mes situations d'appels, j'en suis venue à me demander : au sujet du psychotraumatisme et des conséquences de l'exil, quelles sont les répercussions sur les enfants issu de cette immigration ? Quels impacts la prise en charge d'un parent malade, a sur la construction identitaire de l'enfant et son rapport aux institutions ? Dans quelle mesure le fait d'avoir des parents migrants influe sur le devenir adulte de l'enfant et donc comment grandir quand on a été un enfant migrant ? C'est au fur et à mesure qu'une nouvelle question de recherche s'est éclaircie : ***Comment l'infirmière inclus et collabore avec l'enfant d'un patient migrant dans la prise en charge et la relation thérapeutique ?***

« La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité »

Préambule de la Constitution de l'OMS

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- Association Parcours d'exil. (2020). *Agir auprès du public exilé—Guide pour les bénévoles*. Paris.
- Dejours, C., & Bègue, F. (2009). *Suicide et travail : Que faire?* Paris : Presses universitaires de France.
- Guedeney, N. (2011). *L'attachement, un lien vital*. Paris : Fabert.
- Hameury, F. (2016). *DC1 : DEES-DEME : aspects psychologiques et connaissance de la personne*. Malakoff : Dunod.
- Le Boterf, G. (1998). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris : Les Éditions d'Organisation.
- Mucchielli, R. (2014). *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur.
- Mucchielli, R. (2019). *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur.

Dictionnaires :

- *Le petit Larousse illustré 2016*. (2015). Larousse.
- *Le Robert poche*. (2019). Robert.

Articles :

- *ASH, Le droit d'asile.* (2020, juillet). 3166, 14.
- AMC. Le financement du continuum des soins. (s. d.). *Association Médicale Canadienne*, 11
- Dhume, F. (2010, décembre). Du travail social au travail ensemble. *ASH*.
- Gabriel, O. (2017, septembre 5). Psychologie : Aider les migrants traumatisés, un défi de taille. *20 minutes*.
- Gabrillargues, M.-J. (2007, novembre). L'infirmière et le travail en réseau. *La revue de l'infirmière*, 135, 44.
- Lana, S. (2018). Migrant leur périple de soins. *L'infirmière magazine*, 391, 20.
- Le Boterf, G. (s. d.). Savoir travailler en réseau : Une compétence collective à développer dans les organisations et territoires. *Formation et territoire*, 13.
- Lefebvre, O., & Maille, D. (2019, mai). Accès aux droits, accès aux soins : Quels obstacles pour les migrants? *La revue du praticien*, 68(567), 72.
- Mias, L. (2009). *Maslow—Henderson-Soins*.
- OMS. *Document fondamentaux quarante-neuvième édition.* (2020). Organisation Mondiale de la Santé.
- Plante, H. (2001). *Vers l'établissement d'un continuum de soins et services palliatifs à l'intention des adultes en phase terminale.* Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal - Centre.
- Sanson, K. (2006). Pluridisciplinarité : Intérêt et conditions d'un travail de partenariat. *Le Journal des psychologues*, n° 242(9), 24-27.

- Schweyer, F.-X. (2005). le travail en réseau : Un consensus ambigu et un manque d'outils. *Sociologie pratiques*, 11, 89.
- Simon, J.-M. (2006). *Travail en réseau et partenariat en travail social et médico-social*. Arsea.
- SIAO 35. (2016). *Note d'information dispositif Skoazell*.
- Svandra, P. (2008). Un regard sur le soin. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 6-13.
- Vinet, C. (2018, juin 7) Immigration : Comprendre le règlement de Dublin en 3 questions. *Le Monde*.

Textes législatifs :

- *Article L1110-1—Code de la santé publique—Légifrance*.
(https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685741/)

Mémoire d'étude :

- Bretesché, G. (2015). *La collaboration interdisciplinaire autour de l'impalpable projet de soin personnalisé du patient*. Institut de Formation des Cadres de Santé, Université Paris Dauphine.

Sites internet :

- *Asile et immigration : Les changements apportés par la loi du 10 septembre 2018*. Vie publique.fr.

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/19455-asile-et-immigration-la-loi-du-10-septembre-2018>

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (sd). *Collaboration interprofessionnelle*.
https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/la-collaboration-interprofessionnelle_enonce-de-position.pdf?la=fr&hash=3EA2FF1F4DB39B01AC38FD5A66B6DB10E6B31C54
- *Comprendre ce que veut dire « migrant »*. (s. d.). Amnesty France.
https://www.amnesty.fr/focus/migrant?gclid=Cj0KCQiA9P__BRC0ARIsAEZ6irgw1PTHO033DCOBMz-CAqNClcHjP85YERTxFwTJIX5JQwN17E5f0YaAhd8EALw_wcB
- Coutant, G. (2015, février 2). *Les besoins fondamentaux de la personne selon Virginia Henderson*. Infirmiers.com.
<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>
- Daoudi, D. (2018, octobre). *Organisation du travail, rôle infirmier interprofessionnalité*.
<http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2018/10/2018-UE-3.3-S3-ORGANISATION-DU-TRAVAIL-ROLE-INFIRMIER.pdf>
- *Définition | OFPRA*. (s. d.). Office français de protection des réfugiés et apatrides.
<https://www.ofpra.gouv.fr/fr/apatridie/definition>
- *Définition continuum des soins | Dictionnaire français*. (s. d.). Reverso.
<https://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/continuum+des+soins>
- *Définitions*. (2017, octobre 3). Réfugiés et migrants.
<https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>

- Dispositif DATASAM – Le réseau Louis Guilloux. (s. d.). *Le réseau Louis Guilloux*.
<https://rlg35.org/index.php/datasam/>

- *Fédération des maisons médicales*. (s. d.).
<https://www.maisonmedicale.org/>

- *Fiche d'information sur la collaboration : La collaboration : Un outil pour assurer un suivi optimal de la clientèle*. (2014). Projet IPSPL.
<http://www.ipspl.info/collaboration.html>

- Initiative de ACI dans le cadre du Renforcement de systèmes de santé. (2011, mars 2).
Continuum de soins.
<https://acicontinuum.wordpress.com/presentation/>

- Joan. (2018). *C'est quoi le soin? Comme des fous*.
<https://commedesfous.com/le-soin/>

- *La Déclaration universelle des droits de l'homme*. (2015, octobre 6).
<https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

- Lember, C. (s. d.). *La définition du TRAVAIL SOCIAL inscrite dans le Code de l'Action Sociale et des familles*. Association nationale des assistants de service social.
https://www.anas.fr/La-definition-du-TRAVAIL-SOCIAL-inscrite-dans-le-Code-de-l-Action-Sociale-et-des-familles_a1082.html

- Les mineurs non accompagnés (MNA). (s. d.). *ACTION ENFANCE*.
<https://www.actionenfance.org/publications/les-mineurs-non-accompagnes-mna/>

- *Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)*. (2021, février 28). Ministère des Solidarités et de la Santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass>

- *Métier d'infirmière : Rôle et évolutions de carrières*. (s. d.).

<https://www.devenir-infirmiere.fr/metier.php>

- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa*.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

- *Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ?* Service Public

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>

- *Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ?* (s. d.). Amnesty France.

<https://www.amnesty.fr/focus/droit-asile>

- Salmona, M. (s. d.). *Psychotraumatisme*. mémoire traumatique et victimologie.

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>

- Viande, C. (2015). *Le travail en équipe : Définition, problématique et enjeux*.

<https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/presentations-matin-travail-en-equipes.pdf>

- *Who_constitution_fr.pdf*. OMS

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

- *Sans-papiers, demandeurs d'asile : À quelles aides médicales avez-vous droit en France ?*
(2019, mai 29). InfoMigrants.

<https://www.infomigrants.net/fr/post/17194/sans-papiers-demandeurs-d-asile-a-quelles-aides-medicales-avez-vous-droit-en-france>

- *Termes clés de la migration*. (2015, février 19). Organisation internationale pour les migrations.

<https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>

- *Travailler en réseau : Bénéfices et difficultés*. (2019, juillet 1). Guide Social.

<https://pro.guidesocial.be/articles/echos-du-terrain/travailler-en-reseau-benefices-et-difficultes#:~:text=Travailler%20en%20r%C3%A9seau%20pr%C3%A9sente%20de,%C3%A0%20g%C3%A9rer%20et%20sembler%20inextricables>.

ANNEXES

- I. Guide d'entretien
- II. Retranscription des interviews
 - a. Entretien n°1
 - b. Entretien n°2
 - c. Entretien n°3
- III. Tableaux d'analyse
 - a. Tableau n°1
 - b. Tableau n°2
 - c. Tableau n°3
- IV. Documents

I. Guide d'entretien

Thème	Questions
Présentation de la structure	<ul style="list-style-type: none"> -L'institution -Les missions -La population accueillie
Présentation du professionnel	<ul style="list-style-type: none"> -Quels sont vos rôles et missions ? -Quels sont les actes/soins réalisés ? -Quels sont les prérequis afin de travailler au sein de ce service ? Le poste nécessite-t-il des aptitudes et compétences particulières ?
Le soin	<ul style="list-style-type: none"> -Quelle serait votre définition du soin ?
La pluridisciplinarité	<ul style="list-style-type: none"> -De qui est constituée votre équipe pluridisciplinaire ? -Quels sont les rôles et missions de vos collègues infirmiers ? -Qu'est-ce que cela apporte dans votre pratique d'avoir une équipe pluridisciplinaire ? -En quoi ça influe sur la prise en charge du patient ?
Le migrant	<ul style="list-style-type: none"> -Comment peut-on définir la personne migrante ? -Quels statuts ont les patients migrants que vous prenez en charge ? -Est ce que le fait d'être migrant modifie la prise en soin ? -Quels sont les droits et accessibilités en matière de soin des migrants ? -Quelles sont les causes et conséquences du psychotraumatisme de l'exil ?
Le continuum de soin	<ul style="list-style-type: none"> -Comment préparez-vous la sortie ? -Vers qui les patients sont-ils orientés ?
Le réseau et partenariat	<ul style="list-style-type: none"> -Travaillez-vous en partenariats et en réseaux ? → Si oui, avec qui et dans quel but ? -Selon vous, quel est l'intérêt du travail en réseau et en partenariat ? -Quels atouts y voyez-vous ? Quelles limites peuvent s'y trouver ? -Quelle est selon vous la place de l'infirmière dans le travail en partenariat ?

II. Retranscription des interviews

a. Entretien IDE 1 :

Alors euh est ce que tu peux me présenter l'institution, les missions de l'institution et la population accueillie ?

Alors euh donc l'institution donc c'est l' AIS35 : Association pour l'Insertion Sociale. Donc qui regroupe différents services qui vont du CHRS aux Lits Halte Soins Santé et à la Résidence Autonomie, au service juridique avec le SAS, la Passrelle et enfin des maisons relais entre autres. Le public accueilli c'est des personnes en situation de précarité avec voilà des petites, comment dire, des petites différences en fonction du lieu d'accueil. En tout cas, notre population c'est population précaire

OK et du coup comme toi tu es au sein de Lits halte soins santé, est ce que tu peux m'expliquer un peu tes missions ?

Donc nous, on accueille des personnes sans domicile fixe quel que soit leur statut administratif. Qui ont besoin de soins et sans être dans une phase aiguë, c'est à dire qu'il n'y a pas besoin d'hospitalisation et on n'est pas sur des pathologies chroniques non plus. Donc concrètement c'est les personnes qui par exemple ont une fracture de la malléole qui viennent pour la suite de la prise en charge parce qu'un plâtre en situation de précarité ou dans la rue concrètement c'est compliqué. C'est un exemple parmi tant d'autres mais voilà.

Et du coup quels sont les actes et les soins que tu es amenée à faire ?

Euh ça va du soin du rôle propre d'aide à la toilette au rôle prescrit distribution des traitements, soins techniques, pansements divers et variés, bilan sang. Tout ce qui est coordination médicale : prise de rendez-vous, accompagnement aux rendez-vous euh voilà relais avec les partenaires et puis tout ce qui est construction de projet pour l'établissement aussi.

OK, donc est-ce qu'il y a des pré requis afin de travailler au sein de ce service ou est-ce que ce poste nécessite des aptitudes et compétences particulières ?

Alors les aptitudes déjà par le public euh un public avec un vécu souvent traumatique, avec des parcours de rue avec beaucoup de, enfin beaucoup, avec régulièrement des problématiques addictives, problématique psychologiques/psychiatrique. Donc il faut être quand même à l'aise avec ça. Après, avoir un bagage de soins techniques c'est aidant aussi parce que du coup la population, les pathologies sont très variées donc ça passe aussi bien de l'hépatite, à la gastro, à la psychiatrie en passant par l'addictologie, à l'ortho, enfin voilà.

OK et du fait de tes missions, pardon, quelle serait ta définition du soin ?

Euh... Ma définition du soin... : un accompagnement et parfois la réalisation d'actes qui permettent d'aller vers un bien-être biologique, psychologique, voire sociologique enfin social *rire*. Voilà en gros un accompagnement enfin, pas toute seule, avec toute l'équipe, pour que la personne ait un meilleur nombre de cartes en main pour pouvoir aller bien, se sentir bien.

OK, très bien, merci et du coup tu parlais de toute l'équipe et donc de qui est constituée l'équipe pluridisciplinaire ici ?

Alors, d'une chef de service, d'un travailleur social, d'un médecin, d'une psychologue qui intervient également quand il y en a besoin, d'un agent d'entretien mais aussi toute l'équipe autour institutionnelle, donc ça va des collègues de cuisine ou au service administratif voilà tout ce petit monde-là.

Et quels sont les rôles et missions de tes collègues et à quel moment tu te tournes vers eux ?

Leur rôle et leur mission c'est en fonction de leur métier. Donc mon collègue travailleur social ça va être tout ce qui est accompagnement social sur les ouvertures de droit, sur l'accompagnement vers un logement sur, ça peut être sur une mise sous protection juridique. Le médecin bah ça va être tout ce qui est médical, la psychologue ça va être tout ce qui est accompagnement psycho avec éventuellement un relais psychiatre si besoin est, psychiatrie. La responsable de service ça va être euh tout ce qui est organisation interne mais aussi c'est elle qui fixe enfin qui est représentante et garante du cadre de l'institution aussi auprès des résidents donc quand il y a besoin de refaire des recadrages, voilà elle met sa casquette de chef de service et elle voit les résidents avec nous en entretien euh quand c'est aussi pour travailler sur des projets enfin voilà elle est garante du cadre de l'institution. Euh notre collègue agent d'entretien c'est plutôt euh c'est tout ce qui est entretien des chambres, des locaux, parties communes euh je crois que j'ai fait le tour et puis après les agents administratifs je crois que c'est comme dans toute entreprise ou association tous cas en œuvre entre la compta et tout ça et tout ça.

OK et du coup qu'est-ce que ça apporte dans ta pratique d'avoir une équipe pluridisciplinaire ?

Euh différents regards différents prisme de lecture de la personne et du coup avoir un accompagnement plus global et ça permet aussi une un questionnement sur nos pratiques et sur le pourquoi quand comment on fait et pour qui voilà le contexte

Et du coup ça influe sur la prise en charge du patient

Bah ça lui offre prise en charge plus large oui du coup à mon avis plus qualitatif

D'accord sur ce qui est plutôt du sujet des migrants et de l'accessibilité au soin, comment est-ce qu'on peut définir une personne migrante ?

soupir euh une personne migrante.... Bonne question. Hum définition large euh personnes migrantes ça va faire sur la personne qui euh... c'est migrante étrangère ?

Après, il n'y a pas de définition exacte de la personne migrante. Savoir un peu plus quelle est ta définition, qu'est-ce que toi tu en vois en fait, et ce que toi tu en comprends ?

Sur la façon pas très large, assez restrictive, je dirais une personne voilà qui quitte son pays pour selon lui un mieux que ça soit parce qu'une situation géopolitique extrêmement difficile, parce que ça peut être au niveau culturel aussi s'il y a des mises en danger. Parce que dans certains pays voilà par exemple homosexualité fait qu'avoir fait preuve de leur homosexualité euh leur pronostic vital est, entre guillemets, est mis à mal voilà en gros les migrants c'est ça : partie d'ailleurs pour chercher du meilleur. En l'occurrence sur le territoire français

Et du coup quel statut ont les patients migrants que tu prends en charge ici ?

Euh quasiment tous demandeurs d'asile parfois arriver à être débouté, donc du coup sans papier euh sur les Lits Halte Soins Santé on a quelques déboutés mais pas tant que ça, on est quand même sous pour la majorité sur des demandes d'asile en cours ou en cours de recours.

D'accord. OK euh est ce que le fait d'être migrants modifie la prise en soin ?

Euh alors peut-être pas sur la qualité de prise en soin mais plus sur l'organisation des soins, sur l'accompagnement qu'il y a à côté, notamment au niveau social. Parce que, parce qu'il faut en fonction des ouvertures de droits si elles sont faites ou pas si on est dans les délais de 3 mois de carence ou pas ça ne simplifie pas toujours les choses euh ça peut aussi même les compliquer hein pour notamment avoir les traitements, des choses comme ça euh j'ai perdu ta question.

C'était sur le, est-ce que ça change la prise en soin.

Ah oui et euh et l'autre chose qui rentre en ligne de compte c'est aussi la barrière de la langue euh et parfois culturel aussi qui peut qui peut être euh voilà hein peut être pas un frein mais un ralentisseur de la prise en charge

OK et est-ce que tu sais quels sont les droits et l'accessibilité en matière de soins des migrants ?

Alors euh enfin il va falloir que tu me précises ta question

Les droits qu'ils ont en fait par rapport au soin

Ca va dépendre de leur statut, ça dépend de leur statut. En tout cas, ils ont le droit à l'aide médicale d'état à partir du moment où ils peuvent justifier de 3 mois sur le territoire français euh après voilà tout ça ça évolue effectivement s'ils sont réfugiés demandeur d'asile alors entre autres euh voilà ça va modifier ça. Et puis après nous on travaille beaucoup en partenariat avec le Réseau Louis Guilloux qui est un gros partenaire et qui a une bonne partie de ses missions autour de cette population migrante. On travaille aussi beaucoup avec la cellule PASS donc la Permanence d'Accès aux Soins du CHU euh voilà et qui sont aussi, et dans des aides et des partenaires et dans l'accompagnement et aussi dans nos connaissances en fait pour savoir vers où aller. Mais il y a eux mais il y a aussi COALLIA. Enfin il y a plein d'organismes différents euh avec qui on travaille pour ces personnes-là, pour essayer d'avoir une meilleure prise en charge leur garantir un meilleur avenir.

Donc du coup ça serait quoi, pour toi, l'intérêt du travail en réseau et en partenariat ?

Pouvoir maintenir une continuité, alors que ça soit d'un soin, que ça soit dans les ouvertures de droit, dans le travail social, dans l'accompagnement social, ça évite les ruptures et du coup les souvent quand il y a rupture, il y a arrêt. Poursuivre c'est compliqué pour eux souvent donc voilà ça permet ça permet d'aller au bout des démarches et les accompagner tout au long des démarches sans phénomène de rupture en fait.

Ok et du coup tu y trouves quels atouts et quelles limites dans le travail en partenariat ?

Euh les atouts c'est la richesse, c'est la complémentarité, c'est les différents regards, c'est la remise en question, c'est des élaborations qui sont différentes qui sont complémentaires. Les limites c'est des fois trop de partenaires du coup peuvent faire qu'il y a trop d'informations et aussi qu'on perd des informations, c'est pouvoir transmettre recevoir les informations des bons interlocuteurs au bon moment sur le bon sujet. Donc ça c'est plus tout ce qui est parfois coordination et des choses comme ça mais on y arrive. Mais du coup voilà, plus on est de d'interlocuteur et bien plus il y a de maillon et

plus des fois la communication c'est... plus y'a de maillon, plus on peut avoir des pertes d'informations des modifications d'informations. Voilà ça reste un petit point faible, je n'irai pas jusque-là, mais qui doit être travaillé sans arrêt. Après c'est ce qui fait aussi la richesse et de travailler ensemble pour tout fluidifier.

Oui OK et du coup en vue d'un continuum de soins je voulais savoir comment est-ce qu'ici, le service, du coup comment toi plutôt tu prépares la sortie des résidents ?

C'est en cours de travail, dans le sens ou actuellement s'ils ont un médecin traitant on les redirige vers le médecin traitant qu'ils avaient auparavant. Dans certaines situations le médecin qui intervient sur la structure les poursuit, enfin continue de les voir dans son activité libérale mais ça commence à devenir de plus en plus compliqué de par la multitude de personnes qu'il a à voir. Et là on travaille du coup, on est sur l'ébauche d'un travail avec notamment le Réseau Louis Guilloux et certains médecins de ville pour voir quelle orientation on pourrait faire à la sortie, dans l'idée qu'ils partent de la structure enfin de la Halte Soins Santé et avec au mieux une première rencontre, au pire on va dire, entre guillemets, un rendez-vous vers un médecin extérieur en fait, un médecin libéral ou du réseau mais qu'ils aient un point de raccroche à leur sortie.

OK donc du coup ils sont orientés vers le médecin traitant et sinon est-ce qu'ils seraient orientés vers d'autres structures ?

Ils peuvent être orienté vers l'équipe enfin avec le Réseau Louis Guilloux par exemple. Après ça va dépendre d'où est-ce qu'ils en sont aussi dans leurs ouvertures de droit euh parce qu'ils vont savoir d'où, de quelle structure ils viennent, vers quoi ils se dirigent euh parce qu'en fonction du lieu de sortie on ne va pas avoir les mêmes possibilités donc voilà. Et puis aussi on travaille avec l'ensemble des partenaires libéraux que ce soit les infirmières libérales, les kinés libéraux, les officines de ville voilà.

Ok et du coup dans l'idée ils retournent à la rue ou ils sont hébergés ailleurs après ?

Hum ça dépend. On aimerait bien qu'ils aient tous un petit toit sur la tête. On essaie de faire le maximum pour qu'ils ne retournent pas à la rue, après la situation sanitaire actuelle fait que on n'a pas eu à faire de retour à la rue on a fait le choix de les garder un petit peu plus longtemps sur leur structure en attendant d'une place dans 115 pour la majorité des cas. Alors il y a eu des retours à la rue, les retours à la rue qu'il a eu c'était principalement, en tout cas sur la dernière année, c'était parce qu'un comportement inadapté sur le collectif avec des mises en danger donc du coup, là c'était voilà, c'était fin de prise en charge, entre guillemets sèche, mais du coup c'est des choses qu'on n'a pas pu anticiper. Et il y a eu en début d'année dernière un accompagnement dans un squat.

Mais on évite dans la mesure, enfin pour nous ce n'est pas des, enfin ce n'est pas des accompagnements dans la rue ou dans un squat ce n'est pas des solutions de sortie satisfaisantes. Donc c'est pour ça on tend à minima une sortie vers le 115 après on peut faire aussi des sorties avec d'autres associations avec bienvenue en fonction des ouvertures de droit, vers des CHRS, vers des ACT voilà. Après c'est assez individualisé, du coup des prises en charge individualisées il y a pleins de possibilités de sorties, de chaque statut et est-ce qu'il y a toujours une problématique de santé ou pas et laquelle en fait.

Oui d'accord et euh du coup on a bientôt terminé, est ce que tu pourrais me partager une situation symbolique dans ton parcours auprès des migrants, une situation qui t'a plus touché ou heurté, ou je ne sais quoi ?

Ah il y en a plusieurs, non après c'est plus euh c'est plus ce qui m'interpelle le plus c'est le parcours migratoire, la violence du parcours migratoire pour la majorité. La lenteur administrative, la lenteur de l'administration française et cette force de caractère, malgré toutes les difficultés, à toujours croire en quelque chose de mieux en fait. Se dire que ça va être mieux et que voilà leur vie elle peut être ici, elle peut être bien ici malgré toutes les difficultés les batailles juridiques, les batailles administratives, physique, psychologique voilà et ils ne lâchent rien et c'est et la violence en fait, enfin c'est des parcours hyper violents en fait tant psychiquement que physiquement fin c'est plus ça qui résume le parcours migratoire voilà. Après aussi pour beaucoup ils nous disent de chouettes belles rencontres en fait, que ça soit des rencontres de personnes dans la rue, des rencontres de professionnels donc euh voilà.

Donc euh voilà d'accord merci ! Est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose avant de conclure ?

Good luck ! *rires*

***rires* ! Merci ! Je te remercie pour tes réponses et pour le temps que tu m'as accordé**

Questions envoyées par mail :

Selon vous, quel est le rôle et la place de l'IDE dans le travail en partenariat ?

Dans le rôle partenariale, l'IDE à un rôle essentiel car présente dans l'accompagnement quotidien de la personne. Elle permet d'individualiser, d'apporter de la cohérence, de la fluidité dans le parcours de soins et dans sa compréhension.

Quelles sont les causes et conséquences du psychotraumatisme de l'exil ?

A mon sens, les causes du psychotraumatisme de l'exil sont liées : au parcours de vie qui a mené à cet exil (avec parfois une notion de violence , de danger de mort), a la notion de deuil/ rupture avec sa « vie d'avant, sa famille , ses amis »..., aux dangers et à la précarité lors de ce parcours et à la méconnaissance de ce dernier.

Les conséquences sont multiples ont on voit particulièrement resurgir des syndromes de stress post traumatiques, avec des troubles du sommeil important (insomnie, cauchemars...), des angoisses majeures, des conduites addictives...

b. Entretien IDE 2 :

Est-ce que tu peux présenter l'institution les missions et la population accueilli s'il te plaît ?

Alors du coup moi je suis donc infirmière sur le réseau Louis Guilloux c'est une association de loi 1901 qui a été créée dans les années 90 pour les personnes suivies pour le VIH pour pouvoir faire du lien entre la ville et l'hôpital. Euh voilà l'activité a été gardé pendant quelques années puis bah voilà depuis que le VIH se porte bien on va dire dans le sens des suivis ils se sont orientés sur une autre population qui avait besoin justement de ressources au niveau de la ville et du coup ils se sont orienté sur le centre médical Louis Guilloux qu'ils ont créé qui accueille des personnes précaires autochtone, primo-arrivants France.

Voilà au fil des années l'activité s'est modifiée, il y a plusieurs pôles d'activité t'as le centre médical, le pôle d'interprétariat avec pas mal de langues aujourd'hui, le pôle d'appartement de coordination thérapeutique c'est à dire que on propose des appartements à des gens en grande précarité avec des problèmes sociaux et médicaux qui n'ont pas forcément accès au logement ou qui ont un logement mais trop loin des lieux de soins pour une durée à peu près de 6 à 18 mois ça varie un petit peu. Euh y a le pôle sur lequel je suis, le centre de lutte anti tuberculose euh donc le centre de lutte anti tuberculose s'est rattaché aussi CHU de Rennes avec plusieurs services et le CH de Saint Malo aussi pour pouvoir couvrir la lutte anti tuberculose sur tout le département. Voilà donc moi je travaille essentiellement sur le centre de lutte anti tuberculose et de temps en temps je fais des vacances sur le centre médical voilà, pour pouvoir faire les consultations infirmière après y a d'autres pôles d'activité qui sont en lien aussi avec le centre médical, le DATASAM où on forme les médecins de toute la région pour pouvoir avoir la meilleure prise en charge possible pour les personnes migrantes. Le dernier qui est arrivé c'est le CIME, en fait ce sont des consultations pour les personnes non francophones euh pour qui on va leur proposer un bilan de santé chez un médecin généraliste du bassin rennais avec un interprétariat et remboursé par la sécurité sociale.

Après il y a d'autres pôles aussi, y'a le pôle de santé sexuelle qui est tout ce qui est sur la prévention autour des maladies sexuellement transmissibles tout ce qui est violence sexuelle tout c'est pareil sur le département et sur la région aussi qui se développe.

D'accord je connaissais quelques services mais pas tout ça. Quel est ton rôle du coup, ton rôle et tes missions au sein du CLAT ?

Je fais un gros travail de veille sanitaire je fais tout ce qui est enquête autour des cas à partir du moment où un patient qui est malade d'une tuberculose le médecin va lui diagnostiquer va faire ce qu'on appelle la déclaration obligatoire c'est une maladie qui est à déclaration obligatoire sur la France dans chaque département tu as un centre de lutte anti tuberculose c'est essentiellement rattaché à l'hôpital l'ARS a choisi de déléguer les missions p au réseau Louis Guilloux puisqu'on accueille beaucoup de migrants de public précaire. La tuberculose est essentiellement rattachée à ces publics là donc moi ça c'est mon rôle d'aller voir les gens qui ont la tuberculose, d'évaluer un petit peu leur histoire de vie, essayer de recenser les personnes qui ont été en contact avec eux si c'est contagieux et de développer et de proposer un dépistage à ses publics cibles, proposer ce qu'on appelle l'aide à la bonne observance ça s'apparente à l'éducation thérapeutique c'est à dire prendre en charge les personnes qui sont sous traitement anti tuberculeux qui est souvent très long et complexe quand tu vis dans la rue ou quand t'as des difficultés pour la langue ou parce que tu as déjà une maladie chronique. Nous on a créé ce programme-là, on n'a plus les gens et on les aide sur 6 mois, quand c'est des multisensibles au niveau de la tuberculose et quand c'est des multirésistantes ça va au-delà de 6 mois ça peut aller jusqu'à 2 ans pour les multirésistante. Du coup on les suit jusqu'à ce que l'on soit sûr que le traitement soit pris d'une manière optimale voilà. Sinon ma mission c'est aussi d'aller vers le public précaire que ce soit des autochtones en route et migrants à leur proposer un dépistage autour de la tuberculose essentiellement des radios, au moins des prises de contact pour pouvoir les orienter sur les bons dispositifs la formation des professionnels l'information du public les soins parce que je continue les soins même si j'en fais un peu moins voilà mais on a quand même pas mal de soins surtout beaucoup de gens qu'on pas de droit donc tout ce qui est injection prise de médicaments préparation de semainier vaccination pansement quand il y a besoin je fais aussi voilà

Et à ton avis du coup quels sont les prérequis afin de travailler au sein de service ou est-ce que le poste nécessite des aptitudes particulières ?

Il faut aimer les maladies infectieuses déjà, je pense que voilà il faut aimer prendre en charge le patient dans sa globalité parce que malheureusement c'est ce qu'on voit aujourd'hui, c'est ce qui se développe beaucoup hein, le parcours de soin du patient. Si tu prends ton patient juste parce qu'il a une pathologie, que tu penses qu'a ta pathologie, tu vas passer à côté de beaucoup de choses. Là ce qui est bien ici c'est qu'on prend les gens dans leur globalité ça c'est super important de pouvoir voilà optimiser la prise en charge. Des compétences particulières, je ne pense pas. Je pense qu'il faut vraiment être à l'écoute du patient, ça c'est vraiment l'empathie, être disponible, rigoureux et autonome parce que mine de rien on a quand même des responsabilités au niveau du patient mais aussi de la hiérarchie. Mais on reste assez autonome, on a des prises de position à prendre voilà.

Est-ce que tu pourrais me donner une définition du soin ta définition du soin ?

C'est une bonne question, le soin pour moi bah ça serait vraiment de prendre en charge une personne qui n'est pas, comment dire, pour qui son bien être quotidien n'est plus du tout voilà actuelle et il faut prendre part à améliorer le mieux-être de la personne dans sa globalité que ce soit physique, mental, psychique voilà.

Ce n'est pas une question facile. Tout à l'heure tu parlais de d'autonomie mais du coup tu travailles dans une équipe pluridisciplinaire et du coup elle est constituée de qui cette équipe ?

Alors moi, sur le pôle tuberculose sur le réseau on est... il y a un médecin donc du coup Dr *** qui du coup chapote la coordination de la lutte anti tuberculose sur le département. Enfin, vérifie bien tout ce qui est sur le bon déroulement des enquêtes voilà tout ce qui est bas lien avec les médecins c'est plutôt lui ça dépend ça dépend sur voilà sur le enquête médicale de toute façon il fait systématiquement par lui au départ avant que moi j'engendre sur une autre sur enquêtes des sujets contacts euh il y a *** qui est la secrétaire c'est elle qui fait tout ce qui est accueil téléphonique l'administratif voilà mais qui par son expérience écoute et puis sensibilise aussi rassure les personnes qui appelle ici pour avoir n'importe quel renseignement sur la tuberculose même quand ils sont sujets contact et qu'ils ont besoin de d'informations sur ce qu'il pourrait se passer voilà c'est encore une maladie tabou avec plein d'interrogation donc voilà elle est là aussi dans ce but là. il y a un travailleur social à 40 % qui est Karine JOUAS qui m'aide en fait elle m'aide dans les enquêtes de temps en temps mais son travail c'est surtout de m'aider sur le programme d'aide à la bonne observance parce qu'on se rend compte que les gens qui ont pas de droit qui n'ont pas de logement s'il y a personne pour les aider dans ce dans cette sphère-là Ben il n'y arrivera pas parce que aujourd'hui on se rend bien compte que c'est pas forcément leur priorité la santé et si y'a pas un minimum de repères voilà le traitement va être mis à mal sachant que ça des traitements longs et lourds Karine c'est son travail c'est vraiment d'optimiser la sphère dans lequel le patient va se retrouver y'a la sortie d'hospitalisation

OK, du coup qu'est-ce que ça t'apporte dans ta pratique d'avoir une équipe pluridisciplinaire aussi variée ?

Dans ma pratique au quotidien ?

Oui tu préfères, en quoi ça influe sinon sur le patient ?

Attends répète moi bien la question

Qu'est-ce que ça apporte dans ta pratique le fait de travailler dans une équipe disciplinaire est ce que ça en quoi ça influe sur prise en charge du patient ?

Alors moi ce que ça m'apporte, et bien moi ce que j'aime c'est la coordination de parcours voilà c'est de vraiment être sûr que le patient, de A à Z, il soit bien pris en charge. Donc pour moi c'est vraiment important d'être ici parce que je peux faire des choses avec le patient, de prendre vraiment dans sa globalité. Je peux prendre mon temps, ça c'est hyper important. J'ai quand même travaillé pas mal avant dans les services et je me rends bien compte que malheureusement on est pris par le temps et on n'a pas forcément le temps d'aller creuser. C'est ce qui manque dans les services de soin aujourd'hui alors qu'ici on a cet avantage-là de pouvoir prendre les gens comme ça, de prendre le temps avec eux, de les voir régulièrement le temps qu'on souhaite. En tout cas pouvoir vraiment creuser les choses et établir un lien de confiance, ce qui se fait quasiment systématiquement donc ça c'est plutôt chouette. Ça a changé ma pratique, ma manière de voir les choses, la souffrance que pouvaient avoir les gens bah on se rend compte de la précarité enfin voilà. La migration ce n'est pas simple tous les jours mais quand tu le vis au quotidien t'entends des choses, tu vois des choses dans lequel tu n'es pas forcément confronté en tant qu'étudiant même voilà au quotidien je pense. Mettre à pied dans la réalité ça ne prend pas le même versant quand tu prends la personne en charge voilà. Ça c'est vachement... ça influe vachement sur ta prise en charge et pour le patient je pense que bah c'est quand même plutôt agréable d'avoir des gens qui sont en face de toi et qui comprennent que la santé ce n'est pas forcément ta priorité. Donc tu vas l'aider euh ton rôle c'est quand même de l'aider dans sa santé mais voilà, tu vas travailler d'autres axes et c'est quand même sur ton lien de confiance bah c'est sûr il est établi, parce que forcément il y a toujours des loupés mais dans l'ensemble les gens ils sont plutôt heureux de savoir que tu vas pouvoir t'occuper d'autre chose que de parler de la santé alors qu'ils ne sont pas forcément... ce n'est pas leur priorité.

Ok, alors du coup on va plutôt passer du côté du migrant et ses accessibilités aux soins euh est ce que tu pourrais me donner ta définition de la personne de la personne migrante ?

C'est une personne qui a fui son pays pour des raisons médicales euh ou parce qu'il y a eu des violences autour de lui, autour d'elle ou autour de sa famille mais aussi pour fuir la guerre et essayer d'être accueilli dans un pays il ne rencontrera pas les mêmes difficultés la même le même quotidien.

Quel statut ont les patients migrants que vous prenez ici en charge dans le service ?

Alors nous on voit un peu tout, enfin un peu comme le centre médical on voit des gens qui ont des statuts de demandeurs d'asile, qui sont en pleine procédure pour pouvoir obtenir leur titre de réfugiés. Des gens qui sont déboutés donc qui arrivent à la fin de leurs procédures et qui sont en fin de droit donc sur la perspective d'avenir c'est toujours plus compliqué pour mettre les choses en place et puis même pour eux pour s'inclure dans un cadre de soin. On a des gens qui sont sans droit, enfin sans statut qui arrivent par le biais de de visa touristique ou de choses comme ça. Il y en a très peu qui arrive pour la raison de touriste et qui se font soigner parce qu'il n'a pas de bol, il tombe malade pendant leurs vacances. C'est vrai que ça arrive ça, c'est arrivé quelquefois mais c'est vraiment très rare. Mais il y a beaucoup de migrants qui arrivent avec des visas parce qu'aujourd'hui c'est des espaces sûrs et des pays sûrs et du coup ils arrivent avec leurs 3 mois de visa. Ici les gens du coup sans droit voilà qui ont la perspective de venir se faire soigner parce qu'ils savent généralement quand même qu'ils sont malades euh et voilà du coup c'est souvent ces personnes-là. Enfin moi en tout cas sur la tuberculose multirésistante donc des fois ça leur permet quand même d'ouvrir des droits autour des dossiers étrangers malades.

D'accord

Oui donc ce n'est pas pour ça qu'ils obtiennent mais ça marche quand même plus facilement que la demande d'asile quand ils viennent de pays sûrs voilà.

Et est-ce que le fait d'être migrants ça modifie la prise en soin ?

Oui, automatiquement. Malheureusement le fait déjà de pas être francophone c'est forcément la prise en charge à complexifier. On a la chance quand même, au réseau, de pouvoir avoir facilement accès à l'interprétariat même s'il faut faire la demande et tout mais il y a des fois où il y a toujours un interprète, hors contexte covid, mais on a toujours un interprète sous la main au moment où en a besoin, qui vas venir me dépanner mais voilà. C'est une richesse qui n'est pas négligeable parce que sans ça on n'avance pas et on ne peut pas creuser des choses et établir le lien de confiance. Après je pense que ça a modifié aussi la prise en charge par rapport à la culture, la religion, la vision que tu as par rapport aux soins. Des gens pour qui la santé c'est secondaire pour eux voilà. Donc ce n'est pas la même chose. Par rapport à la religion, fait que bah des fois les femmes veulent parler qu'aux femmes. Avant on avait un travailleur social homme mais ça pouvait être gênant pour la femme et inversement il y a des hommes qui me font bien comprendre qu'on est une femme. Mais voilà les mœurs sont complètement différentes donc il faut prendre tout en compte quand on voit les personnes.

Est-ce que tu sais quels sont leurs droits et accessibilité en matière de soins ?

Et bien moi sur le centre sur le centre de lutte anti tuberculose on va dire que y a à peu près la moitié qui ont des droits quand même euh de par leur statut vie privée familiale ou réfugiés donc ont souvent une CMU. Il y a quand même beaucoup de gens qui ont des AME. Donc voilà c'est quand même assez précaire même s'ils ont quand même quelque chose voilà c'est les choses... et puis on a des gens qui n'ont pas du tout droit et là c'est la galère.

OK euh du coup, là on parle plus sur le continuum de soins du coup, comment est-ce que vous préparez la sortie ici ? Parce qu'il n'y a pas trop de, enfin ils ne restent pas vivre là mais comment ça se passe une fois qu'ils sont, entre guillemets, traités ?

Alors au retour de la tuberculose quand je suis dans le cas d'une enquête simple nous on ne va pas forcément les suivre, c'est des gens qu'on va voir juste le temps de l'entretien d'enquête qu'on va rappeler 2-3 fois pour avoir d'autres informations sur les sujets contacts et tout. En tout cas la sortie on va dire, elle se ferait avec ce qu'on appelle la fiche d'issue de traitement qui est rempli par le médecin qui est déclarant et qui dit que la personne est traitée. Donc le dossier se finalise comme ça pour les personnes que l'on suit dans le programme d'aide à la bonne observance. Là c'est différent parce que tout patient inclus dans ce programme-là, on fait un rendez-vous de fin de prise en charge. Alors l'aide à la bonne observance ça peut aller de l'infirmier libérale qui va passer juste une fois par semaine pour faire le semainier ou un petit coup de téléphone de temps en temps pour voir si tout va bien, vérifier s'il va bien chercher ses médicaments à la pharmacie, s'il a bien été aller à son rendez-vous. Comme ça peut être un passage quotidien infirmier ou un passage ici une fois par semaine, une prise quotidienne ici voilà, donc c'est assez large. Donc quand ils sortent c'est qu'on soit sûr que le traitement a été bien conduit de A jusqu'à Z, qu'ils ressortent guéris et qu'ils ressortent dans des bonnes conditions après traitement quoi et on fait toujours un rendez-vous de fin de contrat, ce n'est pas très joli mais si c'est ça, fin de contrat avec le patient ou la personne qui va s'en occuper et ou moi ou et ou Karine la travailleuse sociale.

D'accord. Est-ce qu'ils sont orientés sinon vers d'autres structures après ?

Oui, il y en a beaucoup. Il y en a qui sont sur les personnes suivies juste pour la tuberculose bah il reste voilà il retourne dans le droit commun ça il n'y a pas de souci. Il y a beaucoup de gens pour qui on demande des orientations sur des lits halte soins santé et sur les appartements de coordination thérapeutique, sur les structures non médicales comme des structures d'hébergement d'urgence voilà

type 115 et compagnie. Pour les gens pour qui il n'y a pas de solution autre les CHRS aussi de réinsertion. Voilà c'est à peu près les structures vers qui, nous en tout cas, on oriente quoi et puis bah il y a comme qui arrivent après un suivi très long à repartir sur de bonnes bases à partir avec un appartement.

Mais ça du coup au niveau du réseau et du partenariat si tu travailles pas mal en partenariat, réseau, du coup avec qui et pour toi quel est l'intérêt du travail en réseau et en partenariat ?

Alors au-delà du partenariat qu'on peut avoir avec les liens qu'on a à travers le CLAT avec le CHU de Rennes et du CH de Saint-Malo, enfin on travaille aussi énormément avec des services hospitaliers qui reçoivent le plus de tuberculose comme les maladies infectieuses. Moi je participe au staff des maladies infectieuses tous les 15 jours pour leur faire part des patients qui posent problème hein. Bien sûr qu'il y a des contextes sociaux et médicaux défaillant alors euh après le lien avec les partenaires médico-sociaux bah comme les lits halte soins santé voilà par exemple hein mais on est amené à travailler avec eux, à les appeler les solliciter pour toutes les démarches parce que c'est indispensable. On ne peut pas prendre une prise en charge enfin va prendre un patient en charge sans penser à travailler avec des partenaires pour nous aider sur la bonne prise en charge et la meilleure prise en charge en tout cas pour le patient.

D'accord et du coup tu trouves quel atout et quelle limite au fait de travailler en partenariat ?

Alors les atouts c'est que bah on a plus de richesse au niveau des outils du développement pour trouver des solutions aux patients, ça c'est clair que voilà on parle le même langage aussi, ça facilite les choses, et puis maintenant que le réseau est créé, qu'on se connaît avec les partenaires c'est quand même riche en tant qu'humain et pour les personnes c'est vraiment chouette. Ça après les limites je pense que malheureusement dans le contexte covid ou hors covid on est on a tous rappelé par le temps, qu'on a tous nos missions et que bah développer le partenariat c'est chouette mais qu'il y a des fois malheureusement on n'a pas le temps de développer outre le petit lien qu'on va avoir et qui voilà. Il nous manque des choses et qui malheureusement n'a pas le temps développer ça c'est quand même bien critique, je pense que voilà ça c'est vraiment le point faible voilà.

OK ça marche. Est-ce que tu pourrais partager une situation symbolique dans ton parcours auprès des migrants que t'as pu trouver belle ou difficile ?

Symbolique euh ouais bah j'en ai pleins euh oui, je dirais symbolique alors j'ai 2 situations qui me viennent un peu en tête :

- Il y a un monsieur qu'on avait pris en charge un jeune d'ailleurs qui a été reconnu mineur non pardon qui arrivait mineurs non accompagnés et qui a été reconnu majeur au moment de son diagnostic de tuberculose donc au niveau des droits c'était une catastrophe parce qu'il y avait le droit à rien il a été basculé chez nous parce que on a découvert une tuberculose multirésistante donc là les traitements se complexifient euh sans droit sans logement c'est complètement hallucinant et voilà il a fallu mettre en place des prestataires de santé mais sans droit ouais bah on pouvait pas du coup le patient venait ici faire ses soins une fois qu'il est sorti de l'hôpital sur un Picline. Donc sur quand même des soins bien techniques euh voilà. La rue c'était compliqué donc on a mis en place un logement d'urgence dans une structure que nous avons trouvée avec des aides à domicile et puis bah des infirmières à domicile voilà. Ça c'est un jeune qui c'était pas fait forcément pour rester qui avait d'autres projets dans la tête parce que arriver mineur pour lui que bah pour lui c'est plutôt la bonne chose. Il s'est pris voilà une grosse claque quand même quand on lui dit qu'en fait il est reconnu majeur tout s'effondre autour de lui. Il n'avait droit à rien, pas de formation, pas de ressource, rien. Donc du coup voilà on l'a hébergé

et aidé pendant tout le long de son traitement qui a duré presque 18 mois et aujourd'hui il a réussi à trouver, à avoir, à obtenir un titre de séjour d'étranger malade. Il a trouvé une formation, il travaille en intérim et actuellement il est dans une structure de réinsertion dans un CHRS de Rennes. C'est plutôt voilà c'est chouette ! Voilà c'était la bonne nouvelle, notre patient et voilà on ne va pas dire que c'est notre petit chouette mais on l'a vu quand même pas mal.

– Et puis un autre jeune qui arrivait, un patient géorgien qui arrivait avec son papa en France pour se faire soigner parce qu'ils avaient vu son oncle mourir d'une tuberculose résistante dans son pays ça et que d'origine arménienne pour lui il n'était pas forcément traité de la même manière qu'un géorgien. Il ne voulait surtout pas mourir de ça, il savait qu'en France il y avait les traitements qui pourraient l'aider donc il est arrivé ici vraiment mal en point avec son papa. Ils dormaient dans une tente aux Gayeulles au moment lui il était hospitalisé. Grâce à l'ironie du sort, une erreur de la CPAM, il a pu avoir des droits et du coup ça a pu sauver pas mal de choses mine de rien parce que bah voilà pas de facture sur le dos en sortant de l'hôpital, ce qui arrive souvent. Donc là c'était quand même plutôt bénéfique et puis bah pareil on a mis en place un hébergement d'urgence parce que Picline, parce qu'injection 3 fois par jour, parce que voilà. Il est arrivé avec son papa, on leur a prêté l'appartement. Et puis bas surprise là-bas y avait aussi sa maman et ses 2 sœurs qui auraient aussi des signes de tuberculoses on n'était pas sûr. Mais il souhaiterait aussi faire venir tout le monde donc tout le monde est arrivé 3 mois plus tard. Surtout que bah là c'est compliqué de loger une famille de 5 mais bon voilà avec les partenaires on a réussi à trouver, à faire en sorte que les gens soient plus rapidement, les enfants rapidement qu'ils sont arrivés, ils ont été pris en charge, dépisté et soigné. Donc ça c'était vraiment chouette de pouvoir avoir des ressources des partenaires et au niveau d'hébergement, on les a hébergés comme on a pu parce que 5 c'est tout de suite beaucoup plus dur. A savoir que la maman on lui a découvert aussi une tuberculose multirésistante donc même traitement que son fils, même injection ou pareil une situation, une prise en charge très compliquée ou du coup au jour d'aujourd'hui ils ont été relogés dans un appartement beaucoup plus grand et bien adapté pour 5 personnes. Lui il vient de terminer son traitement après 18 mois, il a un titre de séjour aussi en tant qu'étranger malade. Pareil il est en train d'accéder à une formation, il n'a pas encore d'emploi mais voilà je pense que ça ne devrait pas tarder. Il apprend le français, il a des cours de français 2 fois par semaine et la maman, toujours malade, en pleine forme parce qu'elle a plus les injections et le traitement concrètement ça se passe bien. Elle vient juste d'obtenir son titre de séjour, elle s'est battue elle a remué ciel et terre pour qu'on trouve du travail, des choses comme ça et bah elle a une proposition d'emploi depuis hier dans un, je sais plus si c'est un restaurant, enfin voilà donc chouette ! Les autres enfants sont scolarisés, tout va bien pour eux maintenant donc c'est chouette.

Est-ce que tu souhaiterais ajouter quelque chose avant de conclure ?

Non, je pense que voilà ce genre de poste, mine de rien, ça t'ouvre les yeux et ça permet d'avoir une autre vision du soin qu'on n'a pas forcément quand on est étudiant et même avant. C'est, je pense que c'est bien de pouvoir avoir la chance de faire ça avec son métier, de pouvoir ouvrir autant de portes.

Et bien merci beaucoup pour tes réponses et pour ton temps.

Questions envoyées par mail :

Selon vous, quel est le rôle et la place de l'IDE dans le travail en partenariat ?

Pour moi et sur mon poste au réseau, je dirai que l'infirmière a un rôle de coordination essentiel afin de mettre en place tous les partenaires nécessaires à la prise en charge du patient migrant. La complexité de ces patients est surtout qu'il ne faut négliger aucun aspect de sa personne, c'est-à-dire

physique, psychologique, social et sanitaire. J'entends par là qu'en premier lieu c'est l'infirmière qui détermine les réels besoins du patient mais recherche ceux sous-jacent qui sont non prioritaires pour lui mais qui sont déterminants pour son devenir. L'infirmière au réseau est souvent le maillon principal soit le premier interlocuteur que le patient vient voir pour toutes demandes.

Quelles sont les causes et les conséquences du psychotraumatisme de l'exil ?

Les causes du psychotraumatisme de l'exil sont souvent liées à la violence physique et/psychique subie au pays envers soi ou la famille, l'emprisonnement, la dureté du trajet migratoire mais aussi l'arrivée en France qui signifie espoir et qui n'est malheureusement pas ce à quoi il espérait.

Dans le contexte du centre de lutte anti tuberculose, je ne vois pas les patients dans ce cadre mais pour déterminer les sujets contacts qu'il pourrait avoir contaminer et rechercher le cas source à l'origine de sa contamination.

Cependant dans mon entretien d'enquête ou visite d'entourage, il est nécessaire de connaître l'histoire de vie du patient (prise en charge du patient dans sa globalité) , c'est pourquoi nous échangeons sur le pourquoi de cette venue en France , leur trajet migratoire. C'est là qu'au cours de la conversation se révèle les traumatismes de l'exil. Souvent en découle des difficultés pour mettre leur santé « physique » en premier lieu et ça c'est une véritable conséquence de l'exil. De plus, l'observance du traitement est souvent compliquée du fait que leur priorité n'est pas celle de la santé. Le repli sur soi, les idées noires, la violence envers soi ou autrui, les troubles du sommeil ... sont autant de conséquences.

Certains des patients que l'on suit au CLAT viennent eux en France pour se soigner de cette tuberculose multirésistante, leur exil est donc différent mais ce n'est pas pour cela que c'est plus simple. Ils viennent aussi avec le bagage de leur vécu au pays et donc avec des troubles psychotraumatiques. Il faut donc chercher tout ce qui peut être frein à l'observance du traitement et mettre en place le partenariat idéal pour répondre à leur besoin.

c. Entretien MED :

Est-ce que tu peux me présenter l'institution, les missions de l'institution et la population accueillie ?

Alors du coup moi, Jean Dambricourt, je suis médecin au CHU de Rennes. Donc l'institution c'est le CHU euh hôpital Pontchaillou donc je travaille à la permanence d'accès aux soins, à la cellule de coordination PASS. Donc la PASS c'est un dispositif transversal, on appelle ça à l'hôpital, je sais pas si ça tu sais, donc ça veut dire que tout le monde fait de la PASS mais entre guillemets ça a été décidé de ne pas faire une PASS spécifique, de ne pas faire un service précarité ou un service migrants mais que vraiment tous les assistants sociaux puissent faire euh enfin si t'es hospitalisé en infectiologie et bah tu vas rencontrer l'assistante sociale d'infectiologie, y'a pas un truc vraiment dédié PASS et le médecin que tu sois précaire ou pas et Ben tous les médecins de l'hôpital sont censés voir des gens qui sont en situation de précarité qu'ils soient migrants qu'ils soient français tout ça donc on dit que c'est une PASS transversale à l'hôpital de Rennes il y a pas de service dédié précarité

D'accord

Donc voilà mais nous on travaille au sein de l'hôpital du coup dans ce qu'on appelle une cellule de coordination PASS ou du coup on peut donner des avis médicalement s'ils les patients ont des

questions, les médecins ont des questions particulières sur les profils parce qu'ils savent pas effectivement les migrants ou ils peuvent vivre dans les squats ou avoir des questions un peu sur la particularité de la population ou les assistants sociaux qui avec qui on travaille qui peuvent, donner des conseils aussi faire une veille un peu des nouvelles lois sur l'AME, sur les situations irrégulières voilà accompagner les assistants sociaux en plus

D'accord

Donc ça c'est notre travail intra hospitalier qui ne représente pas beaucoup de notre part de travail et notre grosse part de travail c'est le l'extra hospitalier on essaye de faire de la prévention ou on va sur des lieux de d'accueil en fait pour essayer de faire en sorte que les gens ne viennent pas au CHU, aux urgences mais voilà de voir un peu pour l'ouverture des droits et pour prendre en charge les problèmes de santé qu'ils peuvent avoir.

Ok

Voilà

Et du coup toi ton rôle et mission c'est quoi exactement ?

Donc moi en gros globalement notre travail c'est d'être en relation avec les gens qui sont sur le terrain donc là on parlait des infirmiers donc beaucoup avec les infirmiers que ce soit euh Sarah à PUZZLE donc sur les différents accueils de jour, points santé on appelle ça donc les points santé il y en a 3,4 quoi globalement, y a un restaurant social donc il y a *** un infirmier il y a euh PUZZLE accueil de jour, là, donc il y a *** il y a aussi euh le Réseau Louis Guilloux donc *** l'infirmière mais bon comme il y a des médecins aussi là-bas c'est pas forcément moi le premier interlocuteur mais ça peut être le cas quand même quand il y a vraiment des problèmes d'accès aux soins et que y a besoin d'être orienté à l'hôpital, et *** je ne sais pas si tu la connais, *** de la maraude sociale du SIAO du 115 donc là il y a une infirmière aussi et c'est elle qui peut rencontrer des gens dans la rue qui va plutôt nous interpeller nous y'a pas de médecin traitant s'il y a de la grande précarité et s'il va falloir refaire tout ce côté-là de de réinsertion et de de réorienté vers le soin quoi. Donc on travaille beaucoup avec ces personnes-là, on travaille beaucoup avec des éducateurs.

OK

Des travailleurs sociaux qui peuvent nous interpeller que ce soit dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile ou dans les hébergements d'urgence, les jeunes notamment le relais centre-ville là qui a des éducateurs de prévention avec des jeunes dans la rue donc il faut nous interpeller s'il y a des problématiques médicales et on y va aussi sur place faire des permanences pour discuter avec eux faire du lien, essayer de de les rencontrer.

D'accord et euh et du coup qu'est-ce que ça apporte dans ta pratique le fait d'avoir une équipe pluridisciplinaire très variée ?

Bah euh du coup dans l'équipe il y a 2 assistants sociaux avec qui on fait toutes les permanences et toutes les consultations on les fait à 2 toujours, parce que le vraiment l'intérêt du travail et la prise en charge problème quoi donc médico-social. Le problème peut être plus sociale et puis le médical passe après donc on a intérêt à travailler ensemble, travailler pour les patients et puis surtout moi il y a plus de chose que je ne sais pas, sur l'ouverture des droits, les hébergements tous ces trucs-là et donc on arrive en discutant ensemble à voir ce qui peut être meilleur et plus bénéfique pour le patient.

D'accord donc c'est surtout en ça que ça influe sur la prise en soin ?

C'est ça qui fait enfin, toute notre prise en charge est basée là-dessus quoi. Sur la précarité toute façon il faut voir si une personne a des ressources, si t'es alcoolique et que t'es à la rue, je ne vais pas lui dire d'arrêter de boire alors qu'il est à la rue il faut voir niveau psychologique, il faut voir, il faut un hébergement et après travailler sur l'alcoolisme, enfin c'est des choses comme ça quoi. Donc il faut avancer étape par étape en fonction de ce qui est prêt à faire le patient et comment on peut le réinsérer petit à petit quoi, et les 2 sont nécessaires

Est-ce que tu pourrais me donner une définition du soin, ta définition du soin ?

Euh je n'en sais rien, c'est, moi je le vois pas mal comme un accompagnement en tout cas, un accompagnement des personnes vers, en fonction de la problématique de la pathologie qu'ils peuvent avoir que ça ne soit pas forcément des soins très... Enfin il y a le soin psycho le soin au niveau social aussi, de se réinsérer. Pour moi, on travaille beaucoup là-dessus en tout cas, ouais sur ces problématiques-là, après c'est tellement divers ce qu'on a, que ce soit de l'addicto, du psy, des cancers enfin on voit un peu de tout quoi donc c'est vraiment ce que je dis, donc prise en charge globale quoi, il y a un peu de tout et vraiment essayer de faire en sorte que tout aille un peu mieux pour avancer quoi. Donc on peut dire que c'est ça le soin quoi, essayer de prendre la personne dans sa globalité sans être très spécifique sur une euh... ouais, on n'est pas du tout spécialisé quoi donc c'est vraiment global pour accompagner vers les différents médecins ou les différentes structures qui pourrait faire la prise en charge.

Du coup, là on va passer plutôt du côté du migrant et ses accessibilités donc est ce que tu pourrais me donner une nouvelle définition mais cette fois c'est la personne migrante et du coup ta définition aussi ?

Il y en a énormément de personnes migrantes, donc il y en a pleins, pleins de situations différentes nous globalement les personnes qu'on voit et sur lesquels on s'attarde beaucoup c'est une personne migrante primo-arrivants quoi qui viennent d'arriver en France et qui sont souvent dans un parcours de demande d'asile, voilà après on voit des personnes en situation irrégulière. Mais globalement on accompagne des personnes qui viennent d'arriver et qui connaissent pas du tout les démarches système de santé, voilà donc les personnes migrantes c'est plutôt cette personne-là. Après ça arrive qu'il des gens qui ont des regroupements familiaux qui ont de la famille qui vit en France depuis 15 ans qui rapatrie un peu leur maman et voilà, il y a des soins à faire pour rapidement donc on les voit mais globalement ce n'est pas ces personnes-là. Donc euh, donc les personnes migrantes qu'on voit ta de toutes sorte quoi.

Mais c'est quoi ta définition de la personne migrante ?

Il n'y a pas de définition, c'est quelqu'un qui a bougé son pays pour de multiples raisons, qui s'est déplacé soit pour un exil politique soit pour des violences soit parce qu'il recherche la découverte d'une vie meilleure, économique... il y a plein de différents types de migration quoi, familial.

Merci. Est-ce que le fait d'être migrants du coup modifie la prise en soin ?

Par rapport à qui ? par nous ? on change notre prise en charge ? bah clairement, t'as pas les mêmes problématiques parce que déjà ils ont pu avoir, s'ils ont une maladie ciblée enfin, je sais pas ils ont un diabète par exemple typiquement le diabète il va pas être prise en charge toute la même façon que tu sois au Congo en Afghanistan au Maghreb donc il y a énormément de de représentations de la maladie en fait, qui va être pas du tout la même que tu sois français ou originaires d'autres pays donc toutes

ces représentations de la maladie il va falloir travailler avec et le fait d'avoir un contrat de confiance aussi de travailler cette relation de confiance avec le patient et bah tu lui dis des choses d'emblée ça marche comme ça et que il a entendu pendant 15 ans ou 20 ans que c'était pas ça que dans son pays c'était pas la même chose bah voilà ça va pas marcher quoi donc le contrat thérapeutique qui est la relation de confiance tu vas devoir l'établir donc clairement tu vas pas avoir alors va falloir aborder un peu la maladie d'une façon différente et de voir ce qu'il a compris qu'est-ce que ça représente pour lui et comment l'aborder pour ça ça change pas mal le truc après nous on fait aussi ça change pas mal de truc parce que ceux qui ont bougé qui ont été en Libye en prison en Géorgie on sait qu'il y a y a beaucoup de tuberculose donc c'est maladie dépistage de santé publique on doit les faire, donc de toute c'est pas la même chose. C'est sûr que quand je vois un précaire dans la rue je ne vais pas forcément faire les mêmes dépistages, les mêmes choses que quelqu'un qui vient d'arriver qui était en prison en Lybie ou on sait qu'il y a plein de tuberculose. On va dépister ça de façon plus rapprochée. La vaccination, toutes ces mises à jour un peu en santé publique.

Très bien, merci. Est-ce que tu sais quels sont les droits et accessibilité en matière de soins des migrants ?

Bah ça dépend de leurs situations administratives quoi. Donc soi tes en situation irrégulière et tu vas pouvoir avoir ce qu'on appelle l'aide médical d'état donc avec un délai de carence de 3 mois, quand t'es situation irrégulière, on va pouvoir jouer dessus s'il y a vraiment besoin de soins urgent en fait donc typiquement un diabétique qui est là depuis un mois qui a besoin de soins à l'hôpital où d'ordonnances, de médicaments et bah nous c'est notre rôle un peu de faire ce tri entre guillemets pour voir lesquels ont besoins de soins urgents, on le fait dans toutes nos consultations en fait, voilà lui il a besoin de médicaments de faire des bilans de façon vraiment urgente on va contacter notre service pour le faire, avec l'hôpital. Soit il n'en a pas besoin et on peut temporiser un peu pendant trois mois et on va faire l'ouverture un peu classiques des droits, donc ça pour les personnes en situation irrégulière c'est l'AME. Si tu penses aux migrants globalement on voit beaucoup de personnes demandeuses d'asile euh donc là pareil ils ont accès plutôt à la CMU quoi, enfin la CSS maintenant. Donc la CMU qu'on a au bout de 3 mois de vie en France, et donc pareil ça nous retarde un peu pour faire les bilans, dépistages et tout, mais on les fait globalement 3 mois voilà. Et après y'a plein de statues en fonction de la situation, regroupement familial tu vas pouvoir avoir des droits tout de suite, voilà donc c'est pour ça qu'on a besoins d'AS pour nous dire ce qu'on peut faire un peu parce que c'est assez complexe. Que ce soit européen, européen si tu travailles là tu vas avoir la CMU normal, si tu travail tu vas avoir une AME donc ouais c'est assez complexe y'a quand même beaucoup de choses et ça change énormément depuis un an et demi 2 ans, il y a beaucoup de modifications donc il y a besoins de travail social quoi. Mais globalement c'est le rôle de notre service donc on est censé être un peu à jour là-dessus.

En vues d'un continuum de soin, comment est-ce qu'ici, enfin vous n'avez pas d'accueil vous ne les hébergez pas les gens ici ?

Non

Non et euh sur le suivi, il y a un moment vous arrêtez de les suivre comment ça se passe du coup ?

Ca dépend vraiment de la population globalement on suit pas vraiment des gens, parce que moi je vois en consultations les gens qui ont pas droit voilà donc a priori quand il y a des droits notre objectif c'est vraiment les basculer vers le droit commun euh donc s'il peut voir un médecin généraliste s'ils peuvent voir voilà un médecin, faire tous leurs examens normalement à partir de ce moment-là il y a plus de raison que je les suivent. Donc on réoriente soit c'est des gens qui sont francophones qui sont déjà

installés et qui vont pouvoir aller chez un médecin généraliste avec qui on travaille ou ont saisi qu'ils ont un peu ce côté « précarité », bah on les oriente là-bas. Soit ils ne sont pas francophones c'est un peu compliqué la prise en charge classiques donc on va les orienter au Réseau Louis Guilloux quoi on va faire le suivi parce qu'il a besoin d'un interprète et c'est pas possible en médecine de ville et après moi j'en suis un peu, des gens qui sont très précaires, vraiment à la rue pour qui c'est difficile de les inscrire dans le droit commun pour l'instant. Tant qu'il y a besoin d'une prise en charge un peu médico-sociale et qu'ils sont trop loin du soin on peut continuer à les suivre un peu mais ce n'est pas l'objectif. L'objectif c'est vraiment de retourner dans le droit commun et le schéma un peu plus classique.

Vous travaillez en partenariat et en réseau mais du coup c'est dans quel but ?

C'est de faire la coordination donc effectivement on travaille en réseau quoi c'est du repérage être en lien avec les gens qui sont encore plus sur le terrain, nous on est quand même relativement sur le terrain, et réorienté vers les différentes structures donc ce que je te dis là, il y a, il y a avant nous donc globalement les points santé et le repérage par les infirmiers qui nous contact s'il y a besoin. Voilà après nous on les voit et après pareil, on peut les voir une fois, deux fois, 2 mois, 6 mois et puis on réoriente vers les médecins généralistes ou vers le réseau Louis Guilloux ou vers l'hôpital si besoin. donc il y a un gros réseau sur Rennes, mais qui est assez simple finalement à comprendre, assez vite donc voilà moi aussi j'ai infirmier du fourneau m'orienter quelqu'un que j'ai besoin des LHSS pour cette personne parce qu'il y a des problématiques trop importantes, c'est trop compliqué que ça peut pas être faire à la rue tout ça, et bah ça peut être l'occasion de se mettre avec eux après eux ils déclenchent leur réseau si il y a besoin d'appartement thérapeutique ou de choses comme ça donc il y a quand même un continuum et ça se passe pas mal quand même entre les différents réseaux.

Et du coup tu vois quels atouts et limites au travail en réseau ?

Euh bah y'a beaucoup, il y a beaucoup d'atouts parce que parce que parce que ça c'est essentiel pour ces personnes-là quoi, en fait on est quand même vraiment ce qu'on appelle des dispositifs un peu tremplin donc la personne... voilà l'objectif c'est de passer un peu à l'état d'après, par un autre biais quoi donc que ce soit le restaurant social, la PASS, les lits halte soins santé puis normalement après on est censé aller un peu mieux quoi. entre guillemets aller mieux et accéder à quelque chose de moins précaire entre guillemets donc c'est ça le réseau enfin c'est c'est y a besoin de ça de toute façon donc t'es tu passes étape par étape donc si t'as pas le réseau et si tu sais pas vers qui orienter après Ben ça va pas marcher toute façon donc ça c'est essentiel et après en quoi c'est compliqué euh bah c'est pas compliqué si ça se passe bien entre les différentes institutions donc ça c'est pas toujours le cas, il y en a avec qui ça se passe moins bien et donc euh voilà il faut tout soit cohérent donc si entre les différentes institutions ça se passe pas bien et qu'on est pas d'accord et bah ça va pas marcher pour les patients et quand il y a des soucis avec certaines institutions et bah on voit qu'on a pas le même discours auprès des personnes et donc ça va pas marcher c'est pas terrible voilà il y a plusieurs associations il faut qu'il y ait du monde sur le coup

D'accord ouais merci on à bientôt terminé je vais juste une avant dernière question : Est-ce que tu peux me partager une situation symbolique dans ton parcours, une situation auprès d'un migrant qui t'aurait plus marqué ?

Une situation symbolique auprès des migrants... j'sais pas toutes les situations sont vachement différentes en fait euh là y'a gars qu'on suis là, il a des papiers maintenant donc c'est pas mal, un jeune homme originaire du Congo que j'avais repéré enfin qu'on avait vu au restaurant social initialement qui était dans une grande détresse, qui avait été déboutée de la demande d'asile alors qu'il avait des critères quand même assez valables apparemment parce qu'il était musicien il jouait dans un groupe au

Congo et c'était des satire contre le pouvoir, donc le pouvoir en place et y a eu des violences des menaces et tout ça et il a quand même des troubles psy important qui était difficilement étiqueté quoi donc c'est compliqué c'est trouble psy de stress post-traumatique de violence on sait pas trop s'il y a vraiment une psychose il y a des troubles psychotique ou si le stress post-traumatique évolue comme ça avec un peu des hallucinations, des malaises un peu bizarre qui était difficile à étiqueter et euh et finalement la quand même essayer de faire la demande de titre de séjour pour raisons de santé quoi, pour dire qu'il était malade, qu'il avait besoins de soin et d'être ici il a eu un titre de séjour il y a pas longtemps là, donc ça c'était assez chouette et euh et euh bon y'a toujours compliqué hein le réseau justement avec les psy c'est très compliqué parce qu'on travaille pas de la même façon médecin et psychiatre, et il y a énormément de demande et je pense qu'ils sont pas trop aidé malheureusement, ils ont pas beaucoup d'outils, pas d'outils mais de finances enfin c'est la misère en psychiatrie on dirait vraiment qu'ils ont pas accès du tout à tout ce dont ils aurait besoin, et donc lui est suivi en psy, et il a son titre de séjour pour soins et demander... en fait l'OFII ils demandent des compte rendu assez régulier pour être sûr qu'il fait bien son suivi et tout ça et là ça a été compliqué parce qu'il me répondait pas du tout en psychiatre. Finalement j'ai eu le compte rendu hier donc j'ai pu transmettre à l'OFII pour qu'il continue à avoir son séjour pour soins et donc il bosse et tout donc ça c'était assez agréable, il y a quand même beaucoup de de situation qui ne fonctionne pas et donc quand il y en a qui marche ça fait plaisir.

Est-ce que tu souhaiterais ajouter quelque chose ?

Euh non, pas forcément

Merci beaucoup pour ton temps et tes réponses

Questions envoyées par mail :

Selon vous, quel est le rôle et la place de l'IDE dans le travail en partenariat ?

Je pense que l'ide peut avoir des rôles différents selon sa structure et sa mission ; je pense que l'ide est plus proche du patient que le médecin, l'ide le connaît mieux, est à son contact régulièrement. L'ide a un rôle d'éducation pour les patients, selon son positionnement cela peut être de renouer le contact avec le soin, de mieux comprendre une maladie, améliorer l'observance... Le tout dans un contexte de soin, d'accueil. L'ide peut aussi avoir un rôle de coordinateur notamment dans ces contextes multi partenariaux, de faire le lien entre le médecin traitant, les spécialistes, et aussi avec les infirmiers libéraux qui interviennent pour les soins plus techniques.

Quelles sont les causes et conséquences du psychotraumatisme de l'exil ?

Je ne sais pas si on parle réellement de psychotraumatisme de l'exil... on peut plutôt parler de psychotraumatisme et d'exil. Je ne pense pas que l'exil en lui-même soit traumatisant pour la plupart des patients que l'on rencontre, c'est souvent une volonté de leur part de quitter leur pays. Le traumatisme a souvent eu lieu dans leur pays et est souvent la cause de l'exil, il peut aussi évidemment avoir lieu lors du trajet. La cause du psychotraumatisme est la survenue d'un événement particulièrement violent ou répété qui va avoir des répercussions importantes sur le psychisme de la personne que ce soit par des cauchemars, des reviviscences, des troubles mnésiques, des céphalées etc... Je ne sais pas quel mécanisme fait qu'un même événement vécu par deux personnes va pouvoir engendrer chez l'un psychotraumatisme et chez l'autre un souvenir difficile. Question à poser aux psychologues ! Les conséquences en sont donc multiples, que ce soit au niveau de la santé mentale ou

physique mais également administrative car les troubles mnésiques peuvent être majeurs et donc compliqué les récits et interview à l'OFPPA pour les demandeurs d'asile.

III. Tableaux d'analyse

a. Tableau n°1 :

Thème	Le migrant			
Objectif 1	Déterminer le migrant et ses statuts			
Classification	<p><u>La définition</u></p> <p>IDE 1 : « Personne qui <u>quitte</u> son pays »</p> <p>IDE 2 : « Personne qui <u>fui</u> son pays »</p> <p>Med. : « Personne qui <u>a bougé</u> de son pays »</p> <p><u>Pourquoi ?</u></p> <p>IDE 1 : « Situation géopolitique difficile. [...] Niveau culturel (homosexualité) [...] Mises en danger. »</p> <p>IDE 2 : « Des raisons médicales ou parce qu'il y a eu des violences autour de lui ou autour de sa famille mais aussi pour fuir la guerre. »</p> <p>Med. : « des raisons multiples, qui s'est déplacé soit pour un exil politique soit pour des violences [...] familial. »</p> <p><u>Dans quel but ?</u></p> <p>IDE 1 : « Partir d'ailleurs pour chercher du meilleur »</p> <p>IDE 2 : « Essayer d'être accueilli dans un pays où il ne rencontrera pas les mêmes difficultés. »</p>	<p><u>Le statut</u></p> <p>IDE 1 : « Demandeur d'asile [...] débouté [...] sans papier [...] demandeur d'asile en cours et en cours de recours »</p> <p>IDE 2 : « Demandeur d'asile [...] réfugié [...] débouté [...] sans statut [...] visa touristique [...] mineur non accompagné »</p> <p>Med. : « Primo arrivant [...] demandeur d'asile [...] personne en situation irrégulière »</p>	<p><u>Les droits de santé</u></p> <p>IDE 1 : « <u>Ça va dépendre de leur statut.</u> » « Ils ont le droit à l'aide médicale d'état à partir du moment où ils peuvent justifier de 3 mois sur le territoire français. » « Ça évolue effectivement s'ils sont réfugiés, demandeur d'asile. »</p> <p>IDE 2 : « A peu près la moitié ont des droits [...] <u>de par leur statut</u>, donc ont souvent une CMU, il y a quand même beaucoup de gens qui ont des AME. » « C'est quand même assez précaire », « on a des gens qui n'ont pas du tout de droit et là c'est la galère. »</p> <p>Med. : « <u>Ça dépend de leur situation administrative</u> donc si t'es en situation irrégulière et tu veux pouvoir avoir ce qu'on appelle l'Aide Médicale d'Etat avec un délai de carence de 3 mois » « les personnes en situation régulière, [...] ils ont accès plutôt à la CMU enfin à la CSS maintenant, qu'on a au bout de trois mois de vie en France. » « Après il y a pleins de statut en fonction de s'il y a regroupement familiale, tu vas pouvoir avoir des droits</p>	<p><u>Le psychotraumatisme de l'exil</u></p> <p><u>Causes :</u></p> <p>IDE 1 : « public avec un vécu souvent traumatique » « problématiques psychologiques, psychiatriques. » « Les causes du psychotraumatismes de l'exil sont liées : au parcours de vie qui a mené à cet exil (avec parfois une notion de violence, de danger de mort), a la notion de deuil/ rupture avec sa « vie d'avant, sa famille, ses amis », aux dangers et à la précarité lors de ce parcours et à la méconnaissance de ce dernier. »</p> <p>IDE 2 : « liées à la violence physique et/psychique subie au pays envers soi ou la famille, l'emprisonnement, la dureté du trajet migratoire mais aussi l'arrivée en France »</p> <p>Med. : « Je ne pense pas que l'exil en lui-même soit traumatisant pour la plupart des patients que l'on rencontre », « le traumatisme a souvent eu lieu dans leur pays et est souvent la cause de l'exil, il peut aussi évidemment avoir lieu lors du trajet »</p> <p><u>Conséquences :</u></p> <p>IDE 1 : « Les conséquences sont multiples on voit particulièrement ressurgir des syndromes de stress post traumatiques, avec des troubles du sommeil important (insomnie,</p>

	<p>Med. : « Recherche de découverte d'une meilleure vie »</p> <p>IDE 1 : ajoute que « pour le migrant il y a une notion d'errance tandis que le réfugié, il est plus reconnu, il a un statut. »</p>		<p>tout de suite » « si tu travailles tu vas pouvoir avoir une CMU normale si tu ne travailles pas et bien tu vas avoir une AME parce que tu es en situation irrégulière » ça change énormément depuis un an et demi, deux ans, il y a beaucoup de modifications. »</p>	<p>cauchemars...), des angoisses majeures, des conduites addictives »</p> <p>IDE 2 : « Souvent en découle des difficultés pour mettre leur santé « physique » en premier lieu et ça c'est une véritable conséquence de l'exil. » « Le repli sur soi, les idées noires, la violence envers soi ou autrui, les troubles du sommeil »</p> <p>Med. : « La cause du psychotraumatisme est la survenue d'un événement particulièrement violent ou répété qui va avoir des répercussions importantes sur le psychisme de la personne que ce soit par des cauchemars, des reviviscences, des troubles mnésiques, des céphalées etc... », « Les conséquences en sont donc multiples, que ce soit au niveau de la santé mentale ou physique mais également administrative car les troubles mnésiques peuvent être majeurs et donc compliqués les récits et interview à l'OFPRA pour les demandeurs d'asile. »</p>
--	---	--	---	---

b. Tableau n°2 :

Thème	Le continuum de soin		
Objectif 2	Déterminer l'exercice professionnel dans le continuum		
Classification	<p><u>Le soin et ses différentes facettes</u></p> <p>IDE 1 : « Un accompagnement » et la « réalisation d'acte qui permettent d'aller vers un bien-être biologique, psychique [...] voir social. »</p> <p>IDE 2 : « Prendre en charge une personne pour qui son bien-être n'est plus du tout actuel » c'est-à-dire « améliorer le mieux-être de la personne, dans sa globalité que ce soit physique ou psychique. »</p>	<p><u>Continuum de soin</u></p> <p>IDE 1 : « c'est en cours de travail, dans le sens où actuellement, s'ils ont un médecin traitant on les redirige vers le médecin traitant qu'ils avaient auparavant, dans certaines situations, le médecin qui intervient sur la structure les poursuit enfin continue de les voir dans son activité libérale mais ça commence à devenir de plus en plus compliqué ». « On est sur l'ébauche d'un travail avec notamment le réseau Louis Guilloux et certains médecins de ville pour voir quelle orientation on pourrait faire à la sortie, dans l'idée qu'ils partent de la structure [...] avec au mieux une première rencontre au pire [...] un rendez-vous vers un médecin extérieur [...]</p>	<p><u>Soigner une personne en exil</u></p> <p>IDE 1 : « Pas sur la qualité de prise en soin mais sur l'organisation des soins, sur l'accompagnement qu'il y a à côté, notamment au niveau social » « en fonction des ouvertures de droits si elles sont faites ou pas, si on est dans les délais de trois mois de carence ou pas, ça ne simplifie pas toujours les choses, ça peut aussi même les compliquer ». Elle ajoute « la barrière de la langue et parfois culturel aussi qui peut être, peut-être pas un frein mais un ralentisseur de la prise en charge. »</p> <p>IDE 2 : « le fait déjà de ne pas être francophone [...] la prise en charge est complexifiée. » « ça modifie aussi la prise en charge par rapport à la culture, la religion la vision que tu as par rapport aux soins, des gens pour qui la santé c'est secondaire. » par exemple « la religion fait que</p>

	<p>Med. : « Un accompagnement des personnes, en fonction de la problématique pathologique qu'ils peuvent avoir. » Il ajoute « le soin psychologique et le soin au niveau social, de se réinsérer ». Il conclut par le fait de « faire en sorte que tout aille un peu mieux pour avancer » c'est-à-dire « prendre la personne dans sa globalité sans être très spécifique ».</p>	<p>mais qu'ils aient un point d'accroche à leur sortie. »</p> <p>IDE 2 : « on fait un rendez-vous de fin de prise en charge, alors de l'aide à la bonne observance ça ça peut aller de l'infirmier libéral qui va passer juste une fois par semaine pour faire le semainier ou un petit coup de téléphone de temps en temps pour savoir si tout va bien, comme ça peut être un passage quotidien infirmier »</p> <p>Med. : « notre objectif c'est vraiment les basculer vers le droit commun euh donc s'il peut voir un médecin généraliste s'ils peuvent voir voilà un médecin » « on réoriente » « francophones qui sont déjà installés et qui vont pouvoir aller chez un médecin généraliste avec qui on travaille ou ont saisi qu'ils ont un peu ce côté « précarité » [...]soit ils sont pas francophones c'est un peu compliqué la prise en charge s classiques donc on va les orienter au réseau Louis Guilloux quoi on va faire le suivi parce qu'il a besoin d'un interprète »</p>	<p>des fois les femmes veulent parler qu'aux femmes [...] et inversement » « les mœurs sont complètement différents donc faut prendre tout en compte quand on voit les personnes. »</p> <p>Med. : « clairement tu n'as pas les mêmes problématiques » « typiquement le diabète il ne va pas du tout être pris en charge de la même façon au Congo, en Afghanistan ou au Maghreb donc il y a énormément de représentations de la maladie en fait qui va être pas du tout la même que tu sois français ou originaire d'autres pays. [...] il va falloir travailler avec et le fait d'avoir un contrat de confiance aussi, de travailler cette relation de confiance avec le patient et si tu lui dis des choses d'emblée ça ne marche pas comme ça et que lui il a entendu pendant 15 ans ou 20 ans que ce n'était pas ça dans son pays [...] ça ne va pas marcher. Donc le contrat thérapeutique et la relation de confiance tu vas devoir l'établir [...] il va falloir aborder un peu la maladie d'une façon différente et de voir ce qu'il a compris, qu'est-ce que ça représente pour lui et comment l'aborder. »</p>
--	--	---	---

c. Tableau n°3 :

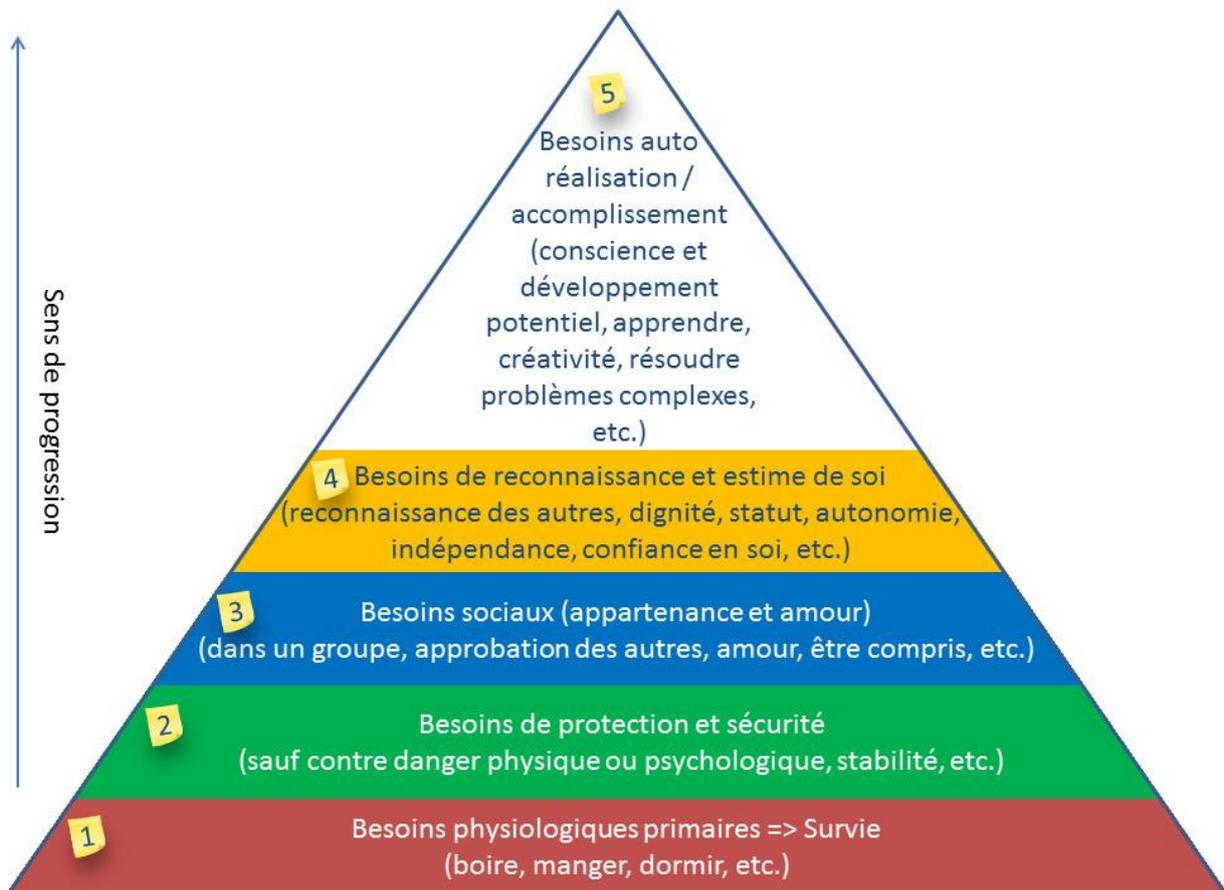
Thème	La place de l'infirmière dans les réseaux de santé			
Objectif 3	Identifier la place de l'infirmière dans le travail en réseau et en partenariat			
Classification	<p><u>Le rôle IDE et sa place dans un réseau de santé</u></p> <p>IDE 1 : « Ça va du soin du rôle propre [...] au rôle prescrit », « Tout ce qui est coordination médicale [...], relais avec les partenaires et puis tout ce qui est construction de projet pour l'établissement »</p> <p>IDE 2 : « travail de veille sanitaire [...] enquête autour des cas », « aller voir les gens [...] évaluer [...] recenser les personnes qui ont été contact [...] proposer un dépistage [...] proposer ce qu'on appelle l'aide à la bonne observance, ça s'apparente à de l'éducation thérapeutique. » « Aller vers le public précaire [...]</p>	<p><u>L'intérêt du travail en réseau et en partenariat</u></p> <p>IDE 1 : « pouvoir maintenir une continuité, alors que ça soit d'un soin, que ça soit dans les ouvertures de droit, dans le travail social, dans l'accompagnement social, ça évite les ruptures [...] ça permet d'aller au bout des démarches et les accompagner tout au long des démarches sans phénomène de rupture »</p> <p>IDE 2 : « c'est indispensable, on ne peut pas prendre une prise en charge [...] sans penser à travailler avec des partenaires pour nous aider sur la bonne prise en charge et la meilleure</p>	<p><u>Les atouts et limites du travail en réseau et en partenariat</u></p> <p><u>Atouts</u></p> <p>IDE 1 : « la richesse, c'est la complémentarité, c'est les différents regards, c'est la remise en question, c'est des élaborations qui sont différentes, qui sont complémentaires. »</p> <p>IDE 2 : « on a plus de richesse au niveau des outils du développement pour trouver des solutions aux patients [...], on parle le même langage aussi, ça facilite les choses, et puis</p>	<p><u>L'influence du travail pluridisciplinaire</u></p> <p>IDE 1 : « Différents regard, prisme de lecture de la personne. » Permet « un accompagnement plus global, [...] un questionnement sur nos pratiques ». « Ça lui offre une prise en charge plus large, [...] à mon avis plus qualitative ».</p> <p>IDE 2 : « Être sûr que le patient, de A à Z, soit bien pris en charge. » Cela permet de « prendre mon temps et ça c'est hyper important ». « Ça influe vachement sur la prise en</p>

<p>orienter sur les bons dispositifs, la formation des professionnels, l'information du public, les soins »</p> <p>Med. : « Je pense que l'ide peut avoir des rôles différents selon sa structure et sa mission ; je pense que l'ide est plus proche du patient que le médecin, l'ide le connaît mieux, est à son contact régulièrement. L'ide a un rôle d'éducation pour les patients, selon son positionnement cela peut être de renouer le contact avec le soin, de mieux comprendre une maladie, améliorer l'observance... le tout dans un contexte de soin, d'accueil. »</p> <p><u>La place IDE</u></p> <p>IDE 1 : « Dans le rôle partenariale, l'infirmière a un rôle essentiel car présente dans l'accompagnement quotidien de la personne. Elle permet d'individualiser, d'apporter de la cohérence, de la fluidité dans le parcours de soins et dans sa compréhension. »</p> <p>IDE 2 : « Pour moi et sur mon poste au réseau, je dirai que l'infirmière a un rôle de coordination essentiel afin de mettre en place tous les partenaires nécessaires à la prise en charge du patient migrant. » « La complexité de ces patients est surtout qu'il ne faut négliger aucun aspect de sa personne, c'est-à-dire physique, psychologique, social et sanitaire. J'entends par là qu'en premier lieu c'est l'infirmière qui détermine les réels besoins du patient mais recherche ceux sous-jacent qui sont non prioritaires pour lui mais qui sont déterminants pour son devenir. L'infirmière au réseau est souvent le maillon principal soit le premier interlocuteur que le patient vient voir pour toutes demandes. »</p> <p>Med. : « L'IDE peut aussi avoir un rôle de coordinateur notamment</p>	<p>prise en charge en tous cas pour le patient. »</p> <p>Med. : « C'est essentiel pour ces personnes-là ». « C'est de faire la coordination », « être en lien avec les gens qui sont encore plus sur le terrain », « et réorienter vers les différentes structures »</p> <p>Ex : « un infirmier du fourneau m'oriente quelqu'un que j'ai besoin des LHSS pour cette personne parce qu'il y a des problématiques trop importantes, c'est trop compliqué que ça ne peut pas être fait à la rue tout ça, et bah ça peut être l'occasion de se mettre avec eux après eux ils déclenchent leur réseau si il y a besoin d'appartement thérapeutique »</p> <p>« Il y a quand même un continuum et ça se passe pas mal quand même entre les différents réseaux. »</p> <p><u>Avec qui ?</u></p> <p>IDE 1 : non renseigné</p> <p>IDE 2 : « à travers le CLAT, avec le CHU de Rennes et du CH de Saint-Malo enfin on travaille aussi énormément avec des services hospitaliers qui reçoivent plus de tuberculose, comme les maladies infectieuses », « après avec les partenaires médico-sociaux, comme les lits halte soins santé »</p> <p>Med. : « beaucoup avec les infirmiers [...] *** à PUZZLE donc sur les différents accueils de jour, points santé [...] il y a le restaurant social donc il y a *** un infirmier [...], le Réseau Louis Guilloux donc *** l'infirmière » « *** de la maraude sociale du SIAO, du 115 donc là il y a une infirmière aussi », « on travaille beaucoup avec des éducateurs spécialisés. Des travailleurs sociaux qui peuvent nous interpellé [...] des éducateurs</p>	<p>maintenant que le réseau est créé, qu'on se connaît avec les partenaires, c'est quand même riche en tant qu'humain »</p> <p>Med. : « aller mieux et accéder à quelque chose de moins précaire entre guillemets donc c'est ça le réseau », « tu passes étape par étape donc si t'as pas le réseau et si tu ne sais pas vers qui orienter après Ben ça ne va pas marcher de toute façon »</p> <p><u>Limites</u></p> <p>IDE 1 : « des fois trop de partenaires, du coup, peuvent faire qu'il y a trop d'informations et aussi qu'on perd des informations », « plus on est d'interlocuteurs, plus il y a de maillons et plus des fois la communication plus il y a de maillons plus on peut avoir des pertes d'informations, des modifications d'informations voilà, ça reste un petit point faible [...] qui doit être travailler sans arrêt » elle ajoute que « c'est ce qui fait aussi la richesse et de travailler ensemble pour tout fluidifier »</p> <p>IDE 2 : « On est tous rappelé par le temps, on a tous nos missions et que développer le partenariat c'est chouette mais il y a des fois, malheureusement on n'a pas le temps de le développer »</p> <p>Med. : « ce n'est pas compliqué si ça se passe bien entre les différentes institutions donc ça ce n'est pas toujours le cas », « si entre les différentes institutions ça ne se passe pas bien et qu'on n'est pas d'accord et bah ça ne va pas marcher pour les</p>	<p>charge. » Elle ajoute « je pense que c'est quand même plutôt agréable d'avoir des gens qui sont en face de toi et qui comprennent que la santé ce n'est pas forcément ta priorité. », « cela permet de « travailler d'autres axes. »</p> <p>Med. : « L'intérêt du travail et la prise en charge du problème médico-sociale. Le problème peut être plus sociale et puis le médical passe après donc on a intérêt à travailler ensemble. [...] de choses que je ne sais pas, sur l'ouverture des droits [...] donc on arrive en discutant ensemble à voir ce qui peut être meilleur et plus bénéfique pour le patient. »</p> <p><u>Avec qui ?</u></p> <p>IDE 1 : « une cheffe de service, un travailleur social, un médecin, une psychologue [...], un agent d'entretien mais aussi toute l'équipe autour institutionnelle, donc ça va des collègues de cuisine ou au service administratif »</p> <p>IDE 2 : « un médecin (qui chapote la coordination de la lutte anti tuberculose, enquête médicale faite systématiquement par lui) [...], secrétaire (fait tout ce qui est accueil téléphonique, l'administratif. Mais aussi par son expérience écoute et puis sensibilise, rassure). Une travailleuse sociale (elle m'aide dans les enquêtes de temps en temps mais son travail c'est surtout de m'aider sur le programme d'aide à la bonne observance parce qu'on se rend bien compte que ce n'est pas forcément la priorité la santé) »</p>
---	--	--	---

	dans ces contextes multi partenariaux, de faire le lien entre le médecin traitant, les spécialistes, et aussi avec les IDE libéraux qui interviennent pour les soins plus techniques. »	spécialisés de prévention avec des jeunes dans la rue »	patients », « pas le même discours auprès des personnes »	Med. : « Il y a deux assistants sociaux (avec qui on fait toutes les permanences et toutes les consultations »
--	---	---	---	---

IV. Documents

Pyramide de Maslow



<https://www.formation-deaes-vae.com/pages/formation-deaes/la-pyramide-de-maslow.html>

NOM : LE GAL
PRENOM : Azenor
TITRE : Santé & migration : l'infirmière au cœur du continuum
<p>Summary : The subject of my thesis discusses the role of the nurse with migrant patients by treating the notions of psycho-medico-social support, legal aspects including law and statuses, the nurse's role and the concepts of multidisciplinary collaboration and the continuum of care. This thesis attempts to answers to the question: How does the nurse, within a multidisciplinary team, participate in maintaining the continuum of care for a migrant? The qualitative analysis methodology, based on interviews with caregivers, founded upstream by theoretical research, permits me to study the initial question and come to the following conclusion: the nurse has a central role, within a multidisciplinary partnership, in the continuum of care for the migrant population by being the pivot between the patient and the medico-social staff.</p>
<p>Résumé : L'objet de mon mémoire de fin d'études porte sur la place de l'infirmière auprès des patients migrants en traitant les notions d'accompagnement médico-psycho-social, des aspects légaux dont le droit et les statuts, le rôle infirmier ainsi que les concepts de collaboration pluridisciplinaire et du continuum de soin. J'aborde le sujet en répondant à la problématique : En quoi l'infirmière, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, participe-t-elle au maintien du continuum des soins d'une personne migrante ? La méthodologie d'analyse qualitative, basées sur des entretiens réalisés avec des professionnels de santé, appuyée en amont par une recherche théorique, m'ont permis d'étudier la question de départ et d'aboutir à la conclusion suivante : l'infirmière a un rôle central, au sein d'un partenariat pluridisciplinaire, dans le continuum de soin auprès de la population migrante en étant le pivot entre le patient et le corps médico-social.</p>
key words : migrant, continuum of care, multidisciplinary, partnership, medico-social
mots cles : migrant, continuum de soin, pluridisciplinaire, partenariat, medico-social
<p>INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes</p>
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2021