



Santé des migrants :
Observation des pratiques professionnelles
dans des structures de soins dédiées

Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2017-2018**

Houda MERIMI

2018

Remerciements

J'adresse toute ma reconnaissance à Jean-Baptiste Combes et François-Xavier Schweyer qui ont fait preuve de beaucoup de patience et de bienveillance à mon égard dans l'encadrement de ce travail. Toute ma tendresse à Fabienne Azzeddine grâce à qui je me suis intéressée à cette thématique. Je remercie Arnaud Campéon et Régine Maffei pour leur implication particulière lors de mon stage.

J'adresse également ma gratitude et mon amitié à toute l'équipe du Comede pour son accueil et la générosité avec laquelle tous ses membres m'ont accompagnée au cours de mon stage.

Enfin, tout mon amour à la reine des abricots, en croisade contre les discordances de temps et les fautes de styles...

Sommaire

Table des matières

Introduction

| | |
|---|----|
| La santé des migrants : Un enjeu de santé publique | 2 |
| <i>L'expression « migrant »</i> | 2 |
| <i>Données socio-sanitaires</i> | 4 |
| <i>Une balance entre des politiques de santé publique et des politiques de contrôle migratoires au détriment de la santé des migrants</i> | 6 |
| <i>Cartographie des structures de santé auxquelles peuvent s'adresser les migrants</i> | 8 |
| Formulation de la problématique | 11 |

1ère Partie : La construction de l'interdisciplinarité professionnelle comme ajustement aux besoins de la population

| | |
|---|----|
| <u>I.</u> Le fonctionnement interdisciplinaire dans les structures étudiées | 16 |
| <u>A.</u> Taxinomie de l'interdisciplinarité..... | 16 |
| <u>1.</u> Multidisciplinarité- Polydisciplinarité- Pluridisciplinarité | 16 |
| <u>2.</u> Interdisciplinarité | 17 |
| <u>3.</u> Transdisciplinarité..... | 17 |
| <u>B.</u> Descriptif des structures étudiées : Historique et Activités | 18 |
| <u>1.</u> Le Comede | 18 |
| <u>2.</u> Le dispositif de premier accueil de Paris | 24 |
| <u>C.</u> Le dynamisme du travail interdisciplinaire au Comede | 27 |
| <u>1.</u> Le travail d'équipe | 27 |
| <u>2.</u> La coordination | 29 |
| <u>D.</u> Analyse de certains outils de l'interdisciplinarité | 30 |
| <u>1.</u> Le dossier du patient | 30 |
| <u>2.</u> Le secret professionnel partagé..... | 32 |
| <u>II.</u> Une approche en soins primaires, adoptée pour améliorer l'accès aux soins des migrants | 33 |
| <u>A.</u> Définitions, Eléments constitutifs et pertinence..... | 33 |
| <u>B.</u> L'approche globale en santé, inhérente aux soins primaires | 34 |

2^{ème} Partie: Un certain regard sur la santé des migrants: Des enjeux majeurs de traduction

| | | |
|-----|---|----|
| I. | La théorie de la traduction et sa pertinence en santé publique | 42 |
| A. | La théorie de la traduction | 42 |
| B. | Le réseau d'acteurs et les espaces de traduction | 45 |
| 1. | Les acteurs rencontrés au cours du stage | 45 |
| 2. | Les espaces de traduction | 46 |
| II. | Les phénomènes de traduction et leurs conséquences | 48 |
| A. | L'interdisciplinarité, une action de traduction entre différents champs disciplinaires | 48 |
| 1. | Statut et appartenance des professionnels observés | 48 |
| 2. | Une professionnalisation spécifique, liée aux enjeux de la population | 49 |
| 3. | Des identités professionnelles mises à l'épreuve | 53 |
| B. | Les représentations chez les professionnels et les migrants, une traduction nécessaire | 62 |
| 1. | Les représentations des acteurs | 62 |
| 2. | Le champ particulier de l'interprétariat..... | 70 |
| C. | Quel acteur stratégique pour l'adéquation des politiques publiques aux enjeux de santé publique concernant la santé des migrants ? Le point de passage obligé | 85 |
| | Bibliographie | 90 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|---------|---|
| AME | Aide médicale d'Etat |
| ANAEM | Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations |
| AP-HP | Assistance publique Hôpitaux de Paris |
| ARS IDF | Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France |
| CHUM | Centre d'hébergement d'urgence pour migrants |
| CLAT | Centre de lutte antituberculeuse |
| CMU | Couverture maladie universelle |
| CMU-c | Couverture maladie universelle complémentaire |
| Comed | Centre d'orientation médicale pour les demandeurs d'asile |
| Comede | Comité pour la santé des exilés |
| CPA | Centre de Premier Accueil |
| DASES | Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé |
| GIP HIS | Groupement d'intérêt public habitat et interventions sociales |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| IST | Infections Sexuellement transmissibles |
| MIG | Mission d'Intérêt Général |
| OFII | Office français de l'immigration et de l'intégration |
| OFPRA | Office français de protection des réfugiés et apatrides |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PASS | Permanence d'Accès aux Soins de Santé |
| PUMA | Protection Universelle Maladie |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

Houda MERIMI

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018

INTRODUCTION

« Votre lettre me demandant une définition de la santé publique m'a mis dans tous mes états. Je suis désolé de ne pouvoir vous répondre maintenant et, d'ailleurs, personne ne se soucierait de ma définition. Lorsque les chaleurs reviendront et que je pourrai réfléchir plus librement, je vous ferai peut-être quelque chose »¹. A l'instar de ce spécialiste éminent sollicité pour les phases préparatoires du symposium de l'Association Américaine de Santé Publique en 1928, je ne chercherai pas à citer les définitions toutes faites de la santé publique. Cette discipline dans laquelle je m'inscris est ainsi faite : constamment soucieuse de s'énoncer, de se caractériser et de se délimiter (Fassin, 2000). Mais, mon parcours m'inscrit dans une esquisse de ce qu'elle pourrait être. Médecin généraliste de formation avec une pratique très orientée en santé communautaire et finalisant aujourd'hui un master_ en politiques de santé publique, ma trajectoire est jonchée de rencontres avec des acteurs et des disciplines que je ne me serai pas attendue à croiser de par ma formation de départ. Ce sont ces rencontres et ces découvertes disciplinaires qui semblent conforter une conception large de la santé et alimenter cette supra-discipline que l'on nomme santé publique. Elle embrasse la connaissance des sciences dont l'application à la vie et à l'environnement humain a pour objectif d'influencer favorablement l'état de santé de la communauté dans son ensemble, sans pour autant constituer le syncrétisme des différentes disciplines qui l'alimentent. La santé publique surplombe la valeur négative de la maladie pour promouvoir, et même produire, de manière active et dynamique, la valeur positive qu'est la santé. Ainsi, multidisciplinaire et transdisciplinaire, elle se situe à l'interface de multiples problématiques et méthodologies et concourt à la production de nouvelles connaissances en matière de fonctionnement de système de santé, de politiques publiques avec leur impact sur la santé des populations et enfin de déterminants de santé (Spira, 2016). Ce sera donc via cette perspective que je m'attacherai dans ce travail à investiguer la thématique de l'accès aux soins des migrants et ce, dans deux cadres précis : un mémoire de master et un terrain particulier de stage. Ces cadres constituent donc la principale limite de cette amorce de recherche.

¹ Cité dans Fassin D., « Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre » EHESS

Houda MERIMI

La santé des migrants : Un enjeu de santé publique

Si la question de la migration et des politiques de migrations fait débat en France et en Europe depuis plusieurs années, la question plus particulière de l'accès aux soins des migrants constitue un enjeu important. Avant de poser les principales questions qui ont guidé ma recherche pour tenter d'aborder et d'analyser cet enjeu, du moins en partie, je dresserai tout d'abord, un état de l'art des éléments conditionnant l'accès à la santé des migrants : Ainsi, après avoir exposé, dans un premier temps, les difficultés à identifier cette population particulière puis, dans un deuxième temps, après avoir donné une vue générale sur les récentes données sanitaires et juridiques la concernant, je m'appliquerai, par la suite, à cartographier l'offre en présence des structures de soins auxquelles ont accès les migrants.

L'expression « migrant »

En ce qui concerne l'expression « migrant », il n'existe pas de définition unifiée de ce terme et il n'est pas aisé de catégoriser une population dont la seule caractéristique commune est le fait que les individus se soient déplacés d'un pays à un autre. La mise en perspective des différentes définitions retenues par l'Organisation Internationale pour les Migrations ainsi que par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé montre l'ambivalence de cette catégorie.

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations, « au niveau international, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant ». Ce terme s'applique habituellement lorsque la décision d'émigrer est prise librement par l'individu concerné, pour des raisons « de convenance personnelle » et sans intervention d'un facteur contraignant externe. Ce terme s'applique donc aux personnes se déplaçant vers un autre pays ou une autre région aux fins d'améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d'avenir ou celles de leur famille ». Le rapport de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, publié en 2016 sur la santé des migrants considère, pour sa part, que « la définition ou le comptage et la catégorisation des migrants en France sont l'objet de nombreux débats où l'on distingue les migrants (personnes nées à l'étranger et vivant sur le sol français, y compris les nationaux), les étrangers (non nationaux) et les français. Mais, d'autres classifications juridiques opposent les migrations de travail aux migrations de familles et de réfugiés, les migrations volontaires et les migrations forcées, les migrations selon l'âge, le sexe ou la qualification. Il existe également les migrations internes qui concernent les gens du voyage. On arrive aujourd'hui à une complication des

Houda MERIMI -

catégorisations de la migration, car beaucoup de migrants appartiennent à la fois à l'une ou l'autre de ces catégories (migrant de travail et d'asile, par exemple, ou migrant de travail venu dans le cadre du regroupement familial) ou entrent successivement dans celles-ci au cours de leur vie, ce qui n'était pas le cas dans le passé où les catégorisations étaient beaucoup plus étanches ». Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration et repris par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques pour le recensement démographique, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré (IRDES, 2016). Il n'existe par contre pas de définition consensuelle sur le migrant primo-arrivant en dehors d'être arrivé récemment sur le territoire français. Mais, il est généralement admis que le migrant primo-arrivant réside sur le territoire depuis moins d'un an.

Autre définition intéressante pour aborder l'aspect de la santé d'une partie de cette population, celle adoptée par le Comité Consultatif National d'Ethique en 2017. Il considère comme migrants toutes les personnes de nationalité étrangère qui, quelles que soient leur origine géographique, les motivations de leur déplacement et leurs conditions d'entrée en France, se trouvent dépourvues de titre de séjour sur le territoire français. Loin de recouvrir l'entière réalité humaine des personnes qu'il désigne, ce terme renvoie à une étape factuelle de leur existence, qui correspond à une décision qui s'impose à eux -et le cas échéant à leur famille-, décision d'un voyage d'exil sans retour pensable. Il indique cependant clairement pour les personnes en migration une atteinte grave à leur santé en leur faisant perdre tout état de bien-être, tant physique que mental et social, quand bien même seraient-ils pris en charge de façon empathique lors de leur séjour dans le pays d'accueil du moment. De ce fait, la santé des migrants s'avère être un élément fondamental, que leur présence soit temporaire ou durable (CCNE, 2017).

Données socio-sanitaires

Pour ce qui est des récentes données sanitaires, plusieurs observations doivent être faites. Tout d'abord, les trajectoires sociales, les caractéristiques sociodémographiques, l'origine géographique (Nord ou Sud du pays, milieu urbain ou rural), la communauté ou l'ethnie, la date d'arrivée et les raisons de la venue en France : tous ces éléments constituent un ensemble de parcours multiples et sont autant de facteurs qui peuvent potentiellement avoir un effet sur la santé des migrants en général.

En termes de morbidité, la prévalence de certaines maladies chez les personnes nées à l'étranger est supérieure à la moyenne nationale. Ainsi, il a été observé chez certaines populations étrangères, une surreprésentation de certaines pathologies infectieuses telles le Virus de l'Immunodéficience Humaine, les hépatites virales et la tuberculose, par rapport à l'ensemble de la population française (Santé Publique France, 2012). Etant donnée la provenance de pays à forte endémie pour les pathologies précitées, l'enjeu sanitaire de la prise en charge des personnes migrantes se conçoit tout d'abord en termes de santé publique. Mais l'association entre la migration et l'importation de maladies infectieuses n'est pas systématique (OMS Europe, 2017), d'autant que, par exemple, pour le cas particulier du Virus de l'Immunodéficience Humaine, si l'hypothèse d'une contamination antérieure à leur arrivée en France a longtemps été privilégiée, plusieurs travaux en Europe suggèrent qu'une partie des migrants subsahariens pourraient avoir été infectés par le VIH après la migration (European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe, 2014). Ainsi, en matière de dépistage, si l'Organisation Mondiale de la Santé recommande vivement de proposer et de pratiquer des examens médicaux afin que tous les réfugiés et migrants ayant besoin d'une protection sanitaire aient accès à des soins de santé, elle ne recommande pas le dépistage systématique des maladies dans les populations réfugiées et migrantes, car il n'existe aucune donnée démontrant clairement son intérêt ou son efficacité par rapport au coût, d'autant que ce contrôle peut être source d'angoisse pour certains réfugiés et pour la communauté d'accueil au sens large.

Un certain nombre d'études révèlent qu'à leur arrivée, les migrants, en dehors des réfugiés, sont en meilleur état de santé que la population générale (Hyman & Jackson, 2010). Mais, des études font constater que ces migrants finissent par connaître des taux de morbidité et des taux de mortalité plus importants que la population générale du pays (INSEE, 2012). Encore à titre d'exemple pour le Virus de l'Immunodéficience Humaine, l'étude Parcours estime que 35% à 49% des migrants africains suivis lors de

cette étude ont contracté le virus après leur arrivée en France (Desgrées du Loû et al., 2017). Concernant l'état de santé des migrants nouvellement arrivés vivant dans les camps ou dans les rues, des données récentes, bien que parcellaires, soulignent le retentissement négatif très important de ces conditions sur leur santé, tant sur le plan somatique que psychique. Ces situations sociales sont marquées par la grande fréquence des problèmes de santé (prédominance des problèmes infectieux dans les camps, risque accru de mortalité maternelle, syndrome post-traumatique et tableaux dépressifs) et le renoncement aux soins (Santé Publique France, 2017). En plus des effets d'âge ou de sexe communs à l'ensemble de la population, la situation des migrants tend à s'aggraver avec la durée de leur présence dans le pays d'accueil (Coirier, 2014). Des études ont permis de constater chez les migrants une prévalence plus importante de maladies chroniques et de psycho-traumatismes, requérant la continuité des soins. Ainsi, selon un rapport de l'Agence Nationale de l'Accueil des Étrangers et des Migrations (devenue l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration en 2005), l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète sont les principales pathologies auxquelles cette population doit faire face (ANAEM, 2005). Chez les demandeurs d'asile, la dimension psychique est un des volets d'action sanitaire prioritaires. Les traumatismes liés à des sévices ou à des tortures font l'objet d'une attention particulière.

Par ailleurs, d'autres facteurs de vulnérabilité ont été constatés parmi les migrants forcés : en plus du traumatisme de l'exil et des persécutions, il existe une exclusion liée à la précarité administrative, à des difficultés de communication et des différences culturelles, à l'inhospitalité et l'isolement social². Ces facteurs ont un impact négatif sur l'accès aux soins de santé, d'autant qu'ils consolident la fragilisation économique et sociale qu'entraîne la migration (Berchet & Jusot, 2012). Tous ces obstacles à surmonter par les migrants pour satisfaire leurs besoins essentiels sont autant de déterminants sociaux de santé dont le caractère négatif inscrit ces migrants dans une vulnérabilité durable (Devoto, 2010). Leurs conditions de vie épousent le gradient continu des inégalités sociales de santé décrit par le Haut Conseil de Santé Publique (Devoto, Op.Cit.). De plus, au-delà des caractères spécifiques, une proportion importante des populations migrantes se confond avec la population native en situation, elle aussi, de vulnérabilité et de grande précarité sociale (Devoto, Op.Cit.). Étant donnée l'importance de ces déterminants sociaux de la santé (Marmot et al., 2008), l'état sanitaire des

² In « la place du réseau migrant dans la prise en charge médico-sociale des migrants en Ille-et-Vilaine » EHESP, Module Interprofessionnel de santé Publique encadré par P. Jarno

migrants et leur accès aux soins deviennent alors, d'autant plus, un enjeu de santé publique.

Si la prise en charge de la santé des migrants est rendue complexe de par l'imbrication des différents déterminants sociaux de santé, le recours aux soins des migrants devient encore plus complexe à cause de la multiplication des niveaux d'intervention et de décision qui s'y rattachent. Ce recours aux soins met en tension les politiques de la santé et les politiques de l'immigration et du social.

Une balance entre des politiques de santé publique et des politiques de contrôle migratoires au détriment de la santé des migrants

Pourtant, en matière de droit, si nous nous référons à la loi, nous remarquons les prescriptions suivantes. « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les 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 possible³ ». Cependant, la balance des objectifs de protection de la santé publique d'un côté et des contrôles migratoires de l'autre, semble se déséquilibrer au profit de ces derniers (Klausser, 2017). Ainsi, selon Rechtman, « l'arrivée d'immigrants illégaux d'origines diverses change le paysage de l'immigration en France... L'irrégularité du séjour des étrangers en France transforme les demandeurs d'asile et les immigrés clandestins illégitimes jusque dans leurs besoins de santé » (Rechtman, 2010). En effet, et selon un responsable de la direction de la réduction des inégalités à l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, une des nouvelles caractéristiques de la dernière vague migratoire réside dans sa survenue brutale. Pour faire face à cette arrivée de personnes et dans le cadre de l'engagement européen au titre de la crise syrienne, la France s'est dit prête à accueillir 30 000 migrants en deux ans à partir de la fin de l'année de 2015. Aujourd'hui, en réalité, 3 000 personnes récupérées au niveau des hotspots grecs et italiens ont été relocalisées avec un statut de demandeur d'asile. Les réfugiés réinstallés, quant à eux, viennent des camps du Haut-Commissariat aux Réfugiés, comme celui de Jordanie. Toutes ces personnes sont en France en situation régularisée : soit en demandeurs d'asile soit en réfugiés. Mais, la réalité du plus gros nombre de nouveaux migrants est celle de ceux

³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002 Article L1110-1

qui arrivent par leurs propres moyens⁴. Parmi eux, une nouvelle catégorie se profile : les déboutés-dégoutés. Ce sont les personnes qui ont attendu pendant plusieurs mois (voire plus de deux ans) dans un autre pays européen, une réponse à leur demande d'asile avant qu'elle ne soit rejetée. Cela a été le cas de nombreux afghans après le rejet massif de leur demande d'asile par l'Allemagne. Ils sont, de surcroît, la plupart du temps, dublinés⁵ et leur nouvelle demande d'asile n'est que rarement examinée. Aujourd'hui, la dynamisation de la politique d'éloignement par la mise en place de mesures pour améliorer l'éloignement effectif des déboutés du droit d'asile est une des propositions majeures du projet de loi de 2018 concernant l'asile et l'immigration⁶. De plus, les pays d'où viennent ces nouveaux migrants, notamment l'Erythrée, l'Éthiopie, le Soudan et l'Afghanistan n'ont pas de liens historiques coloniaux avec la France, comme cela a été le cas pour de précédentes vagues migratoires. Leur destination initiale était d'ailleurs souvent la Grande-Bretagne car l'existence de certains liens coloniaux anciens avec ce pays justifiaient le désir de rejoindre une famille ou une communauté depuis longtemps installée sur place. Autre caractéristique de cette récente vague migratoire, toujours selon le responsable de la réduction des inégalités à l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France : les campements visibles. Finis les sans-papiers discrets originaires d'Afrique de l'ouest ou de Chine qui disparaissent dans la population locale. Les nouveaux venus adoptent une stratégie d'occupation visible dans des campements et des squats inédits.

En parallèle à ce contexte si particulier, il existe des durcissements en matière de politiques publiques de santé concernant les migrants. L'Aide Médicale de l'État, qui est une procédure spécifique pour les étrangers en situation irrégulière, est constamment fragilisée par les différentes positions des politiques. Selon le Comité pour la santé des exilés, elle est mal appliquée dans les pratiques des caisses d'assurance maladie (Fassin, 2017). De plus, elle n'offre qu'une protection relative par rapport au système général. La Sécurité sociale pour les étrangers en situation régulière présente, elle aussi, de nouvelles restrictions et de nouveaux obstacles. En effet, au vu de l'histoire de la protection sociale en France, l'ouverture de droit est un préalable à l'accès aux structures de soins. La mise en place de la Couverture Maladie Universelle en 1999 a

⁴ Mais, la population exilée en France, en situation irrégulière, sans titre de séjour, de façon transitoire et/ou permanente, n'excède pas cinq pour mille de la population entière (CCNE, Op.Cit.).

⁵ Néologisme renvoyant aux personnes sous couvert de la procédure de Dublin qui stipule qu'un seul État est responsable de l'examen d'une demande d'asile dans l'Union européenne : soit le pays par lequel se sont effectués l'entrée et le contrôle, soit l'État qui a accordé un visa ou un titre de séjour.

⁶ Immigration, asile et intégration, Annexe au projet de loi de finances pour 2018 , https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2018/pap/pdf/PAP2018_BG_Immigration_asile_integrations.pdf, consulté le 28 Décembre 2017

certes permis un certain accès aux soins pour les personnes les plus précaires. Mais auparavant, la loi Pasqua en 1993 avait avalisé l'exclusion des étrangers en séjour irrégulier hors des systèmes de protection sociale⁷. Ainsi, l'ouverture de droits restant un des problèmes majeurs pour les migrants qui n'ont pas de statut de réfugié⁸, force est de constater qu'ils se dirigent préférentiellement vers les quelques structures dédiées aux non-droits ou alors qu'ils renoncent très probablement aux soins, se maintenant ainsi à la marge du système de santé.

Cartographie des structures de santé auxquelles peuvent s'adresser les migrants

Le recours aux soins des migrants se fait auprès de différentes structures : des structures du système de droit commun, des structures d'accueil aux personnes exclues de ce même système et enfin, des structures créées pour favoriser un accueil spécifique aux populations migrantes. Il est évident qu'il n'existe pas de parcours de soins homogène pour les migrants. Il dépend des structures en place dans chaque zone géographique, de la connaissance que les personnes en ont, et de l'utilisation qu'elles en font, en fonction de leurs moyens.

Les services de droit commun comprennent les cabinets médicaux, les centres de santé et les hôpitaux publics et de service public. En matière de soins curatifs, l'accès à ces services est payant. La dispense d'avance de frais n'est possible qu'en cas de protection individuelle de base et complémentaire préalable. Toutefois, il est parfois possible de bénéficier de consultations gratuites en médecine ambulatoire ou d'être dispensé de paiement préalable au niveau des urgences hospitalières. Cependant, ces consultations peuvent être assorties de prescriptions de traitements ou d'explorations complémentaires qui restent payantes. En matière de prévention et de dépistage, les dispositifs de santé publique assurent des services gratuits pour l'ensemble de la population et peuvent, comme les Centres de Lutte Antituberculeuse ou les Centres Médico-Psychologiques, délivrer des médicaments gratuitement. Reste que la mobilité inhérente à la situation des migrants précaires vient mettre à mal le principe de sectorisation des centres médico-psychologiques, pour des raisons de domiciliation stable.

Malgré l'absence de données quantitatives probantes sur le sujet, il est très plausible de supposer que les migrants en situation de précarité font peu usage des services de droit

⁷ Décision n° 93-325 validée par le conseil constitutionnel le 13 Août 1993

⁸ Les étrangers en situation régulière et les demandeurs d'asile bénéficient de la Protection universelle maladie (PUMA), appelée auparavant Couverture maladie universelle (CMU). Les étrangers en situation irrégulière séjournant en France depuis au moins trois mois bénéficient de l'Aide médicale de l'État (AME).

commun autant pour des raisons matérielles et de lisibilité de système d'une part que pour des raisons de refus de soins d'autre part (Despres, 2017).

Concernant les exclus du système, et dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion de Juillet 1998, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ont été mises en place dans les établissements de santé. Elles sont en 2016 au nombre de 430 sur le territoire français. Mises en place dans le cadre des Programmes Régionaux Pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies, elles visent à leur faciliter l'accès au système de santé en prévoyant la prise en charge des consultations, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements et en les accompagnant dans leurs démarches pour la reconnaissance de leurs droits⁹. Définies par certains acteurs comme des structures de droit alternatif et par d'autres comme lieux de soins de droit commun à part entière, ces Permanences d'Accès aux Soins de Santé semblent présenter des dysfonctionnements fréquents qui peuvent se traduire par des restrictions de soins notamment à l'égard des étrangers démunis récemment arrivés en France, selon les observations du Comité pour la santé des exilés et de Médecins du monde¹⁰. Si certaines Permanences d'Accès aux Soins de Santé développent une approche systémique des situations complexes des migrants précaires (Georges-Tarragano & al., 2017), les contraintes financières sont un élément qui oriente de manière notable les politiques managériales de l'hôpital au détriment du fonctionnement de ces structures¹¹. De plus, le relai vers les autres lieux de santé de droit commun peine à se mettre en place¹².

Les structures spécifiquement destinées aux migrants, généralement de type associatif, sont inégalement réparties sur le territoire. Selon Rechtman, « pour répondre aux aspirations et aux éventuels besoins spécifiques de certaines populations, l'Etat concède à la société civile, c'est-à-dire aux associations, une marge de manœuvre significative qui va de la définition des besoins jusqu'à la mise en œuvre des réponses ». Ce type d'organisation spécifique aux migrants est issu de négociations dans des réseaux locaux constitués d'acteurs du médical, du social et du politique et consacre l'hétérogénéité des structures et des prestations de soins auxquelles peuvent accéder une partie des migrants. Il témoigne également du désengagement de l'Etat de la politique de

⁹ Article L6112-6 du Code de Santé Publique

¹⁰ Comede, « Migrants/Etrangers en situation précaire : Soins et accompagnement », Guide pratique pour les professionnels, Edition 2015

¹¹ Le financement repose sur la demande explicite de chaque établissement hospitalier auprès des Agences Régionales de Santé au titre des Missions d'Intérêt Général.

¹² Ce dernier constat a été retrouvé dans deux thèses de médecine dont l'objet d'étude était les Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

réduction des inégalités sociales en Santé (Fassin, 2011). Des années 1970 aux années 2000, l'accès aux soins des migrants tenait à quelques initiatives éparses, portées par des missions locales de Médecins Du Monde, des Organisations Non-Gouvernementales de solidarité et des associations régionales (D'Halluin & Hoyez, 2012).

En matière de santé, deux types d'orientation prioritaires se sont développées dans les structures associatives destinées aux migrants. Le premier est celui spécifique de la santé mentale, du fait de la présence croissante de ce public dans les dispositifs du champ de la santé mentale (Chambon & Le Goff, 2016). Je cite, à titre d'exemple, les associations Parcours d'exil et le centre Françoise Minkowska en région parisienne. Le second concerne plus globalement les soins de santé primaire, par exemple, le centre médical du Réseau Louis Guilloux à Rennes, les Centres d'Accueil et d'Orientation de Médecins du Monde sur une partie du territoire français et le centre de santé du Comité pour la santé des exilés au Kremlin-Bicêtre en Île de France. Cette approche en soins primaires est emblématique de l'engagement pour la réduction des inégalités sociales en santé.

Formulation de la problématique et méthodologie

De fait, entre certaines Permanences d'Accès aux Soins de Santé et les dispositifs associatifs qui se sont, parfois par la force des choses, destinés quasi-exclusivement au recours aux soins des migrants, finalement, un système de soins primaires à destination des migrants s'est constitué et évolue, malgré tout, dans un cadre national universaliste qui se refuse à tout différentialisme. Visant au départ à pallier à des dysfonctionnements, ce système s'est pérennisé. Mais, tous ces dispositifs marginaux restent fragiles et sont soumis aux exigences des différents bailleurs. Ils oscillent entre l'essoufflement de financements réduits et les besoins grandissants d'une population sans cesse renouvelée et de plus en plus précaire. Les négociations et compromis permanents des acteurs de ce système, en font, selon la théorie de la traduction de Callon, un réseau : « En effet, les réseaux résultent de négociations, de processus de coproduction où contexte et contenu, acteurs et projets s'entre-définissent les uns les autres en permanence. De cette entre-définition, de ces négociations surgissent des compromis qui sont autant de points d'ancrage des réseaux. » (Callon, 1998). Il faut dire que certains de ces dispositifs se sont construits une légitimité grâce à une expertise qui s'est développée de par l'accueil et la prise en charge exclusive des migrants. En effet, les structures qui se sont orientées vers ce type d'approche globale joueraient un rôle crucial quant aux innovations dans les pratiques professionnelles en matière d'accès aux soins (D'Halluin & Hoyez, Op.Cit.). En outre, confrontés aux difficultés d'accompagnement d'une population victime de l'« Inverse Care Law »¹³, des professionnels s'organisent dans des équipes pluri et multidisciplinaires et travaillent dans ces structures dédiées pour prendre en compte les particularités des migrants. Pour pallier aux difficultés de suivi et d'accompagnement, leurs modalités d'intervention sont valorisées pour leur utilité et leur inventivité (D'Halluin & Hoyez, Op.Cit.). Il semble donc pertinent d'examiner plus finement la manière dont ces structures de soins s'organisent pour permettre un accès différencié aux soins de ce public rendu vulnérable par la complexité liée aux contextes économique, social, politique et culturel. Il s'agirait donc d'observer les modalités de mobilisation et d'organisation de ces professionnels en fonction des priorités repérées pour l'action en santé et en fonction de ce qui est faisable au sein de contextes politiques et économiques nationaux changeants.

¹³ L'Inverse Care Law décrit ce phénomène qui réside dans le fait que les communautés qui ont les plus grands besoins en matière de santé seraient celles qui reçoivent le moins de soins de santé et de moindre qualité (Hart, 1971). Une des raisons avancées pour expliquer cette situation est que les populations précaires sont plus difficiles à suivre.

J'ai débuté ce type d'observation au cours de mon stage de première année de master par l'évaluation d'un dispositif d'appui aux professionnels au niveau du Réseau Louis Guilloux à Rennes. Mon stage au centre de santé du Comité pour la santé des exilés Comede m'a permis, quant à lui, d'observer d'une manière assez approfondie la collaboration entre les professionnels qui accompagnent les migrants primo-arrivants dans la structure. Le cadre d'exercice de ces professionnels du secteur médico-social se construit, en effet, dans une approche multidisciplinaire centrée sur des migrants au parcours complexe. **Comment se construit la multidisciplinarité de l'exercice professionnel au vu du contexte et des enjeux inhérents à la politique migratoire ? Comment se construit ce type de professionnalisation au gré des différentes trajectoires et identités professionnelles ?**

Ma méthodologie de recherche s'est construite autour d'une revue de bibliographie, des résultats de l'observation et des discussions informelles et enfin, des entretiens semi-directifs. Ces trois démarches ne sont pas articulées de manière chronologique, elles se sont entrecroisées tout le long du stage.

- La revue bibliographique très générale au départ s'est affinée au fur et à mesure de l'avancement du travail. J'ai utilisé les moteurs de recherche Cairn, Banque de Données Santé Publique, Google scholar. La recherche a concerné les mots-clefs suivants :
 - La santé des migrants : politiques publiques, accès aux soins ;
 - Les soins de santé primaire : organisation, centres de santé, permanences d'accès aux soins de santé, déterminants sociaux de santé, inégalités sociales en santé ;
 - La pluridisciplinarité, la transdisciplinarité et l'interdisciplinarité ;
 - La santé mentale : les psycho traumatismes, la médecine générale.

Cette revue a également concerné les publications du Comede (le Guide du Comede et Maux d'exil) et les rapports de l'Observatoire du Samu Social de Paris. Enfin, les conventions concernant le fonctionnement du dispositif de Premier Accueil ont été passées en revue.

- L'observation et les discussions informelles ont concerné trois structures : le centre de santé du Comede et deux dispositifs de premier accueil : Le Centre de Premier Accueil de la Chapelle et le Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine.

Houda MERIMI -

- Enfin, des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec différents acteurs :
 - Des professionnels du sanitaire et du social et coordinateurs des différentes structures observées (25 personnes).
 - Des cadres dirigeants du Comede, du Samu Social de Paris et de l'Agence Régionale de Santé de l'Île de France (4 personnes),
 - Des personnes migrantes primo-arrivantes admises en tant que patients au niveau des structures de soins précitées ou uniquement logées au niveau des dispositifs de premier accueil (16 personnes). La plupart de ces entretiens étaient individuels. Cependant, il y a eu un entretien concernant un couple, un autre concernant un groupe de quatre personnes et un dernier concernant deux personnes. Ces migrants étaient d'origines diverses : afghane, albanaise, éthiopienne, érythréenne, irakienne, ivoirienne, soudanaise et syrienne.

Ces entretiens ont été menés sur la bases de grilles différenciées et évolutives en fonction des personnes interrogées. Les grilles d'entretien des professionnels abordent les caractéristiques du public accueilli, son parcours au niveau de la structure de soins, le descriptif de la pratique professionnelle, de la collaboration pluridisciplinaire et l'utilisation du dossier. Les grilles d'entretien pour les personnes migrantes, quant à elles, ont abordé leur origine géographique et la description de leur trajectoire migratoire. Il leur a été demandé d'évaluer la prise en charge en santé telle qu'ils l'avaient vécu à leur arrivée en France.

Je tiens à noter qu'au cours de mon stage au Comede, j'ai eu l'opportunité de pouvoir réaliser un stage parallèle organisé par le pôle de sciences humaines et sociales de l'Université Sorbonne Paris Cité autour du thème des trajectoires migratoires et du soin¹⁴. L'observation a porté sur le pôle santé du Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine.

Je rappelle ici que le travail qui m'a été demandé par le Comede consiste à évaluer le parcours de soins des migrants primo-arrivants au niveau du dispositif de Premier Accueil de Paris. Ce dispositif comprend deux structures différentes : le Centre de premier accueil CPA de la Chapelle et le Centre d'hébergement d'urgence pour migrants CHUM d'Ivry-sur-Seine. Etant donné l'orientation de ma recherche, mon terrain de stage autant que mon terrain de mission se prêtent bien à l'observation de la mise en pratique de cette approche. Cependant, l'organisation du Comede d'un côté, et celle du

¹⁴ Trajectoires migratoires, parcours d'habitantes et de soins pour les femmes primo-arrivantes : focus sur les parcours de soin durant la grossesse. Groupe encadré par C. Gasquet-Blanchard. Du 19 au 25 Juin 2017.

Houda MERIMI

dispositif de premier accueil de l'autre, sont différentes. Les pôles santé du dispositif de premier accueil conjuguent en même temps la pluridisciplinarité professionnelle et la diversité institutionnelle. Ainsi, l'analyse au niveau du dispositif de premier accueil ne sera abordée dans ce mémoire que si la pertinence de comparaison s'avère nécessaire.

Par l'étude de l'accompagnement professionnel d'une population spécifique au parcours complexe, j'ambitionne d'entamer une réflexion plus générale sur les actions innovantes issues du travail en multidisciplinarité. La présentation du travail qui va suivre est articulée en deux parties.

La première partie, je la réserve à la description aussi minutieuse que possible des structures observées. Je chercherai à décrire comment pour améliorer l'accès aux soins des migrants, le fonctionnement interdisciplinaire s'est ajusté aux besoins évalués de la population des migrants et comment l'approche en soins primaires est adoptée comme démarche de justice sociale.

La deuxième partie, par le biais de la lecture par la théorie de l'innovation de Callon et Latour, met en exergue les enjeux majeurs de traduction en cours dans le champ de la santé des migrants.

1^{ère} PARTIE :
La construction de l'interdisciplinarité
professionnelle comme ajustement
aux besoins de la population

I. Le fonctionnement interdisciplinaire dans les structures étudiées

A. Taxinomie de l'interdisciplinarité

Pour décrire les approches par lesquelles des professionnels de champs d'expertise variés tentent de travailler ensemble, un certain nombre de termes particuliers ont été utilisés comme : coordination, coopération, collaboration, multidisciplinarité ou partenariat. Quel que soit le terme utilisé, c'est aujourd'hui la tendance de tout dispositif ou système tourné autour des populations vulnérables de développer la multidisciplinarité (Sousa & Costa, 2010). En effet, compte tenu de la complexité des problèmes sociaux, l'approche pluriprofessionnelle a été adoptée dans le monde occidental comme une pratique de travail souhaitable (Sousa & Cost, Op.Cit.). Cette approche apparaît comme un moyen par lequel il est nécessaire d'articuler les similitudes et les différences personnelles et professionnelles des intervenants. Ceux-ci doivent développer de nouvelles aptitudes, en particulier l'interdépendance, la flexibilité et la réflexion sur le processus et les résultats de l'approche pluriprofessionnelle (Sousa & Costa, Op.Cit.).

1. Multidisciplinarité- Polydisciplinarité- Pluridisciplinarité

On remarque une convergence entre les termes de pluridisciplinarité, de polydisciplinarité et de multidisciplinarité qui semblent recouvrir des acceptations similaires chez la quasi-totalité des auteurs.

La pluridisciplinarité se définit comme l'association de disciplines qui concourent à une réalisation commune, mais sans que chaque discipline ait à modifier sa propre vision des choses et ses propres méthodes (Kleinpeter, 2013).

De même, la classification de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques OCDE définit la multidisciplinarité comme une approche qui juxtapose des disciplines, favorisant l'élargissement du savoir, de l'information et des méthodes. Les disciplines demeurent distinctes, les éléments disciplinaires conservent leur identité originale et la structure du savoir existante n'est pas mise en doute.

2. Interdisciplinarité

Quand l'intégration et l'interaction deviennent proactives, on franchit alors la ligne qui sépare la multidisciplinarité de l'interdisciplinarité (Klein, 2011). Ce concept semble déjà bien introduit dans les sciences dites exactes. S'il est préconisé comme idéal, il n'est en rien évident. Pourtant, il traverse aujourd'hui à peu près tous les champs sociaux de la recherche et des pratiques sociales du monde du travail. L'un des principaux facteurs actuels de l'interdisciplinarité réside dans la nécessité de résoudre des problèmes sociétaux (Klein, Op. Cit.). Ainsi, sur le plan de la pratique interdisciplinaire, Boix-Mansilla décrit parmi les différentes approches possibles, celle qui est centrée sur les résultats : La « pragmatic interdisciplinarity » qui aspire à apporter des solutions à des problèmes dans les domaines sociaux, médicaux, techniques et politiques (Boix-Mansilla, 2006).

Certaines sous-catégories de l'interdisciplinarité vont apparaître, parmi lesquelles :

- L'interdisciplinarité « composite » désigne le recours à des compétences complémentaires afin de régler des problèmes complexes ou d'atteindre un objectif commun.
- L'interdisciplinarité « large » ou étendue est complexe et se produit entre des disciplines peu ou pas du tout compatibles. Ces disciplines possèdent des méthodes et des paradigmes différents.
- L'interdisciplinarité « coopérative » exige un travail d'équipe, et crée une nouvelle communauté de spécialistes partageant un langage commun.

En médecine sociale et en sociologie de la santé, l'interdisciplinarité est apparue quand les chercheurs se sont concentrés sur la complexité du rapport causal entre une maladie et des facteurs psychologiques, sociaux et éthiques. Ce rapport ne figure pas dans la hiérarchie du modèle biomédical (Boix-Mansilla, Op.Cit).

3. Transdisciplinarité

Par rapport aux soins de santé, la transdisciplinarité décrit une approche holistique du travail d'équipe. Dans la littérature récente, on rencontre globalement deux caractéristiques principales de la transdisciplinarité : d'une part, la création d'un cadre conceptuel commun et d'autre part, la transgression des barrières disciplinaires qui servent à la compartimentation des connaissances. Ces dernières sont perçues comme un frein à une connaissance globale.

Houda MERIMI

B. Descriptif des structures étudiées : Historique et Activités

1. Le Comede

a) Historique

En 1979, le Centre d'Orientation Médicale pour les Demandeurs d'asile COMED fut créé par le Groupe Accueil et Solidarité GAS pour répondre à l'urgence de l'augmentation brutale du nombre des candidats au statut de réfugié, venus notamment d'Amérique latine et d'Asie du Sud-Est. Cette augmentation avait suscité la mobilisation d'un réseau de professionnels de la santé, soucieux de leur offrir des consultations gratuites. L'initiative, qui au départ n'était due qu'à la seule bonne volonté de quelques médecins, allait être soutenue par la suite par deux organisations de défense des droits de l'homme, la Cimade et Amnesty International, qui en ont assuré le financement. En 1982, le centre d'accueil adopte la forme du Comité Médical pour les Exilés COMEDE, dont le centre de santé est hébergé au sein de l'hôpital Kremlin-Bicêtre, au sud de Paris¹⁵. Sa population cible est principalement constituée de demandeurs d'asile. L'objectif est d'assurer la prise en charge des personnes exclues du système de soins.

A mesure qu'il se professionnalise en passant du bénévolat au salariat et qu'il s'institutionnalise en bénéficiant de subventions publiques, le Comede finit par prendre une place croissante dans l'espace public. Ainsi, le Comede avec une vingtaine d'autres associations ont constitué la Coordination Française pour le Droit d'Asile CFDA où ils regroupent leurs efforts contre les politiques de plus en plus restrictives du gouvernement en la matière.

Dans ce dispositif médico-social visant une prise en charge globale de la personne, les professionnels font des dimensions psychologique et psychiatrique un élément structurel de l'activité, et ce depuis la création du centre de santé¹⁶.

¹⁵ L'initiative du Comede qui a initialement démarré à Bicêtre, a été délocalisée pendant un temps à l'hôpital Bichat- Claude Bernard avant de revenir à Bicêtre.

¹⁶ L'historique de la création du Comede est mentionné dans l'ouvrage de Didier Fassin et Richard Rechtman « L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime », Flammarion 2011, p 341-343

Houda MERIMI -

b) Les activités du centre de santé et le parcours du patient en 2016¹⁷

En 2016, le centre de santé du Comede a délivré plus de 10 000 consultations¹⁸. La file active moyenne est de 2706 personnes reçues. Le nombre de consultations médicales, sociojuridiques et psychologiques a augmenté pour chacune d'elles de 26% par rapport à l'année précédente. La durée de suivi moyenne par personne est d'une année. Un tiers des consultations ont lieu en langue étrangère, nécessitant le plus souvent de l'interprétariat professionnel.

En mai 2017, l'équipe pluridisciplinaire du centre de santé compte 24 salariés et 20 bénévoles, outre les interprètes professionnels.

Les consultations médicales sont accessibles sur rendez-vous donnés en priorité aux personnes en situation de vulnérabilité sociale, les consultations infirmières intervenant en appui de l'accueil pour les situations complexes, ou pour les personnes qui ne peuvent attendre le délai de rendez-vous en médecine. Par la suite et selon la situation, des rendez-vous seront proposés pour les autres consultations spécialisées. Ce parcours interne, encore opérationnel jusqu'en Juin 2017, se trouve aujourd'hui en pleine restructuration, notamment par l'adjonction d'une consultation médicale sans rendez-vous et l'élargissement des prestations d'accueil.

c) La sélection du public

Le Centre de santé du Comede a défini la combinaison de huit critères¹⁹ de vulnérabilité sociale. Les personnes qui remplissent au moins cinq de ces huit critères

¹⁷ Toutes les données ci-dessous sont extraites du rapport d'activités du Comede de 2016. Les informations d'ordre administratif et les critères de vulnérabilité sont recueillis au service accueil sur format papier et sur un logiciel Chorus (qui permet la facturation des prestations à la CPAM qui est l'un des principaux bailleurs du Comede). Par la suite ces données sont cumulées aux données recueillies au niveau des différentes consultations sur une base Access et ce depuis l'année 2000 (en plus du dossier papier). Ceci permet par la suite d'obtenir de l'information d'ordre épidémiologique. Le choix des données à recueillir puis à traiter sont discutées avec la totalité de l'équipe.

¹⁸ Plus de la moitié des patients du Centre de santé, 54%, sont orientés par des particuliers, 20% par des associations, 13% par des services publics, 3% par des services de santé, alors que 3% des patients ont connu le Comede par internet.

¹⁹ Les critères sont les suivants :

- Alimentation. Lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?
- Langue. Pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une demande de droits.
- Hébergement précaire. Y a-t-il des problèmes avec l'hébergement ? selon la personne
- Isolement relationnel. N'avoir personne sur qui compter, avec qui partager mes émotions
- Difficultés de déplacement, pour des raisons physiques (handicap) ou psychosociales (peur, coût du trajet etc.)
- Protection maladie. Absence de dispense d'avance des frais (ni CMU-C ni AME en cours)
- Séjour : pas de droit au séjour
- Ressources financières : inférieures au plafond de la CMU-C.

Houda MERIMI

sont considérées en situation de détresse sociale, et bénéficient d'un accueil prioritaire. Les situations de vulnérabilité sociale des patients du Centre de santé sont régulièrement évaluées en interne. Ainsi, sur une durée moyenne de 7,5 mois entre la première et la dernière évaluation effectuée pour chaque patient entre 2012 et 2016, il a été observé que la situation s'est améliorée en premier lieu sur le plan de la protection maladie ; dans une moindre mesure sur le plan du séjour, de l'hébergement, de l'accès à l'alimentation, des ressources ; et plus faiblement, en matière de maîtrise du français, du relationnel, et de déplacement.

Les indicateurs de vulnérabilité sociale sont liés aux antécédents de violence subie, en particulier pour les personnes en situation de détresse sociale. Les antécédents de torture et de violence liée au genre sont associés à la précarité du quotidien et de l'hébergement, à l'isolement social et encore plus à l'isolement relationnel (Veisse et al., 2017).

d) Les prestations du centre de santé

- **La mission d'accueil** réclame de la part des professionnels à la fois une écoute active, de la patience ainsi qu'une grande disponibilité pour rassurer les personnes fragilisées. Les consultations sont effectuées dans un bureau dédié, principalement pour les personnes qui se présentent spontanément au Centre de santé, ainsi que pour des patients adressés au Comede par les autres consultants en vue d'une orientation personnalisée vers les services et les réseaux sociaux. Les personnes accueillies demandent principalement des soins médicaux (60%), une aide sociale et juridique (12%), un soutien pour la procédure étrangers malades (9%), un certificat médical pour la demande d'asile (7%), et/ou un soutien psychologique (4%). Les professionnels de l'accueil orientent en majorité vers les différents dispositifs du Comede (91% des appels et 70% des consultations), et plus précisément vers les consultations du Centre de santé. Les orientations externes concernent principalement les services de santé de droit commun (63%), les autres associations d'aide et de soutien (18%), et les services publics (16%).
- **Les consultations infirmières** sont assurées par des infirmiers qui interviennent en complément et en appui au service Accueil pour les missions d'évaluation et d'orientation des patients. En matière de soutien pour l'accès aux soins, ceux-ci travaillent en collaboration avec le Service social et juridique. Les consultations infirmières comportent des missions de prévention spécialisée, notamment en

Houda MERIMI -

matière d'éducation pour la santé. Ceci a pour but de développer l'autonomie de la personne dans la préservation de sa santé et ainsi favoriser l'échange avec les différents acteurs de santé. Ces consultations abordent différentes questions : la contraception et la sexualité, la prévention et le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles IST, les facteurs de risque des maladies chroniques, le suivi de grossesse et les suites de couches. Enfin, des activités de vaccination sont programmées systématiquement depuis 2010. Depuis juin 2016, les mineurs isolés adressés par Médecins du Monde en bénéficient également.

- **La consultation médicale** constitue le pivot de la prise en charge par le centre de santé. Les médecins généralistes peuvent orienter leurs patients vers les consultations de prévention, psychothérapeutiques, sociojuridiques et ostéopathiques. Ils consacrent une part importante de leurs consultations à la prévention et à la réalisation du bilan de santé recommandé (Effectué chez 96% des patients reçus en 2016). Au terme de la première consultation et avec l'accord du patient, les médecins complètent l'examen clinique - incluant l'évaluation psychologique - par la réalisation d'examens complémentaires ciblés. Pour les patients encore dépourvus de protection maladie ou en cas de dépistage parasitologique, les examens complémentaires sont réalisés et pris en charge avec le soutien de la Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé DASES de la Ville de Paris, partenaire conventionnel du Comede depuis 1984. Les examens biologiques sont effectués à l'hôpital Saint-Antoine de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris AP-HP et les examens radiologiques au centre Edison (Centre de Lutte Anti Tuberculeuse CLAT 75). Adressés au Centre de santé, les résultats de ces tous ces bilans sont remis au patient et commentés lors de la consultation suivante. Cette pratique permet la prévention, le dépistage précoce et les soins de diverses affections graves. Le bilan est complété, le cas échéant, par d'autres examens indiqués au terme de l'examen clinique. Les prescriptions médicales sont réalisées dans les pharmacies et laboratoires de ville du lieu de vie, lorsque les personnes détiennent une protection maladie intégrale. Les consultations de médecine peuvent conduire à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede dans l'attente de l'ouverture des droits. Une demande d'admission immédiate à la protection Complémentaire de la Protection Maladie universelle PUMA ou d'instruction prioritaire à l'Aide Médicale d'Etat AME est indiquée lorsqu'il est nécessaire de recourir sans délai à un examen spécialisé, au médecin spécialiste, ou encore pour permettre la continuité d'un traitement médicamenteux, en particulier

Houda MERIMI

chez les personnes qui présentent une maladie chronique. Par ailleurs, les médecins sont régulièrement confrontés aux demandes de certification médicale, en particulier à l'appui d'une demande d'asile, ou en matière de droit au séjour pour raison médicale. Enfin, dans le cadre des activités jugées prioritaires pour les femmes, le Comede a mis en place en juin 2016 une consultation de gynécologie, ainsi qu'une consultation de sage-femme en avril 2017 pour le suivi des femmes enceintes.

- **L'éducation thérapeutique des patients** est assurée par un médecin et une infirmière. Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, l'éducation thérapeutique vise à améliorer les connaissances et les compétences afin de renforcer leur autonomie en termes d'orientation dans le système de santé et d'accès aux droits. Cela permet aux professionnels d'assurer la continuité des soins tout en permettant aux patients de maîtriser leur traitement, plus particulièrement par l'adaptation en cas d'incident. L'éducation thérapeutique du patient est centrée sur la personne et prend en compte les conditions de vie, l'alimentation, l'accès aux soins et d'autres aspects importants dans la gestion de la maladie. Elle se déroule sous forme de réunions d'information collectives et de séances individuelles. L'implication de « patients-experts », les ateliers cuisine et les activités sportives sont mis en place dans le cadre de partenariats avec différentes associations. Un atelier « soins des pieds » pour les patients diabétiques est animé par une pédicure-podologue une fois par mois étant donné l'importance du retentissement du diabète sur les extrémités des membres.
- **Un atelier de danse** a été initié en 2014. Programmé deux fois par mois, il constitue un lieu de soin psychothérapeutique en dehors du centre de santé. Jalonné par plusieurs temps, l'objectif de cet atelier est d'amener des femmes à endosser le rôle actif dont elles ont été dépossédées pendant leur parcours migratoire, suite aux traumatismes vécus. Ces ateliers sont proposés au cours de la consultation psychothérapeutique.
- **Les consultations d'ostéopathies** ont pour objectif de réduire les pertes de mouvement et les douleurs qui sont le plus souvent liées à des séquelles de violences. Rendre leur mobilité aux structures anatomiques représente ainsi davantage qu'un simple soulagement de la douleur. La personne est restaurée dans son intégrité.
- **Les consultations de psychothérapie** répondent à la nécessité de proposer des suivis soutenus pour des patients qui présentent souvent des troubles psychiques

Houda MERIMI -

graves, en lien avec des violences ou des tortures. Au Centre de santé, l'orientation initiale vers le psychothérapeute est proposée par le médecin, généralement après les résultats du bilan de santé. Les troubles psychiques constituent la principale cause de morbidité chez les exilés, surtout chez les femmes. Les patients souffrent pour la grande majorité d'entre eux de syndromes psycho-traumatiques qui prennent parfois des formes particulièrement graves. Si les violences ont un grand impact sur la vie psychique des personnes, le retentissement psychologique de la situation d'exil en tant que telle découle de la séparation d'avec les proches, la découverte d'un environnement nouveau et inconnu. En outre, il faut ajouter à cela la précarité sociale et administrative, associée au contexte politique de l'accueil. Le suivi des patients recouvre des modes de prises en charge - thérapies d'orientation psychanalytique et/ou thérapies de soutien - que l'on cherche à adapter à la situation du patient. Face à un tableau clinique de syndrome psycho-traumatique et/ou de dépression, les psychologues et médecins peuvent conduire l'essentiel des prises en charge requises, les médecins prescrivant au besoin des traitements allopathiques.

- **Le service social et juridique** intervient lui pour les questions relatives au droit de la santé ou pour des activités de soutien social pour les personnes les plus vulnérables. Le service social intervient très souvent en matière d'aide à la vie quotidienne, directement ou à travers une orientation vers les partenaires publics ou associatifs. Il doit également faire face à l'aggravation des carences des dispositifs publics d'hébergement d'urgence. Dans ce contexte, le suivi médical et l'accompagnement des familles sont particulièrement difficiles, qu'il s'agisse de la scolarisation des enfants ou de l'inscription dans un dispositif médical pérenne (à l'hôpital ou en ambulatoire). Le service se trouve confronté à des attitudes parfois discriminatoires en termes d'accès à un hébergement de la part de certaines structures d'accueil²⁰.
- **Les intervenants du Suivi médical** sont dédiés à la coordination et à la continuité des soins pour les patients du Centre de santé. Ils traitent l'ensemble des courriers médicaux et effectuent la mise à jour des dossiers en vue d'informer l'équipe soignante. Ce service assure une fonction de veille et de filet pour les personnes en grande vulnérabilité ou porteurs de maladies graves. Le Suivi médical occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et les soins apportés aux exilés. A partir de ses activités quotidiennes, le Comede peut dresser une carte

²⁰ Le cas des mineurs adolescents isolés refoulés à la porte des structures d'hébergement parfois par les vigiles qui estiment, sans raison objective, qu'ils ne sont pas mineurs a fréquemment été discuté au Comede.

épidémiologique permettant de cerner les besoins, d'évaluer les actions de santé en cours et de cibler les actions prioritaires à mettre en place.

2. Le dispositif de premier accueil de Paris

a. Historique

En 2016, la création du Centre de Premier Accueil Dubois, également dénommé Centre Humanitaire Paris Nord 18, a été voulue par la maire de Paris et l'Etat²¹. L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France ARS IDF a assuré le financement du pôle santé du dispositif tandis que le Samu social de Paris avec d'autres associations en a assuré la gestion. Le rôle de l'Etat a été de soutenir les missions d'accès aux soins de santé sous la responsabilité de l'Agence Régionale de Santé et confiées par elle au Samu social de Paris, en veillant à la coordination avec les autres services de santé relevant de sa compétence propre ou déléguée. Dans le cadre d'une convention avec l'Agence Régionale de Santé datant de Janvier 2017, le Comede a proposé d'assurer le suivi psychologique de soixante personnes adressées par le pôle santé du centre de premier accueil, sous réserve d'une prise en charge sanitaire en amont et du maintien de la personne dans un centre d'hébergement dans la région parisienne pour pouvoir assurer l'accompagnement psychologique sur une période de neuf à douze mois²².

b. Les activités des pôles santé²³

Piloté par l'ARS et opéré par le Samu Social de Paris, le pôle santé avait pour mission d'assurer une veille sanitaire pour l'ensemble des hébergés des centres de Premier Accueil, de réaliser des bilans infirmiers individuels, de repérer les vulnérabilités particulières, notamment liées à des souffrances psychologiques, et de faire remonter ces informations pour adapter les orientations proposées aux hébergés. Le Samu social de Paris avait pour rôle particulier de délivrer aux personnes accueillies une information sur la prévention des risques sanitaires, de procéder à une pré-évaluation sanitaire (somatique et psychologique) des personnes accueillies par la mise en œuvre de diagnostics infirmiers, d'apporter, si nécessaire, les premiers soins et orienter le cas échéant les personnes concernées vers les services de santé de droit commun.²⁴

²¹ Agence Régionale de Santé Ile de France, « Action de l'ARS dans la prise en charge des migrants », Décembre 2016

²² Mairie de Paris, « Protocole d'accord relative au premier accueil des primo-arrivants sans abri à Paris ayant vocation à demander l'asile », 16 Septembre 2016

²³ Les données épidémiologiques des pôles santé du dispositif de premier accueil sont exploitées à partir des bilans infirmiers réalisés par le Samu Social de Paris et la Croix-Rouge et qui sont notés sur un document papier nommé « Bilan sanitaire d'orientation ». Un exemplaire de ce document est remis au patient. L'exploitation des données se fait à partir d'un autre exemplaire non-nominatif.

²⁴ Op.Cit Mairie de Paris

A noter qu'à ce niveau, les équipes d'Emmaüs Solidarité étaient chargées d'assurer l'accueil, la gestion des flux et la prise de rendez-vous au sein du pôle santé et de garantir le lien entre le pôle, les équipes d'Emmaüs Solidarité et les bénévoles.

Entre Novembre 2016 et Avril 2017, le pôle santé a réalisé plus de 2500 consultations infirmières, 2100 consultations médicales et plus de 350 consultations psychiatriques²⁵.

c. La sélection du public

Les migrants reçus au Centre de Premier Accueil étaient d'arrivée récente sur le territoire français. Pour moins de la moitié, le temps passé sur le territoire est inférieur à un mois et pour 90%, il est inférieur à un trimestre. Au moins quatre personnes sur cinq avaient séjourné dans la rue pour la quasi-totalité des personnes interrogées, alors que 14% étaient passé par un campement²⁶.

d. Les prestations des pôles santé du dispositif de premier accueil de Paris

Au niveau du CPA de la Chapelle, après accueil dans une structure gonflable, certains migrants, avant d'aller en unité d'hébergement, passent par le Pôle Santé où un bilan d'orientation leur est proposé. Ce bilan est réalisé sur la base du volontariat, mais reste fortement conseillé. Le traitement des pathologies courantes est pris en charge, mais les patients nécessitant des soins plus lourds sont orientés vers les Permanences d'Accès aux Soins de Santé PASS ou vers les Centres Médico-Sociaux CMS²⁷.

A la Chapelle, le Samu Social de Paris effectue une veille sanitaire constante sur le site. Il dispose d'une capacité de trois postes infirmiers permanents et d'interprètes. Ce personnel est chargé de réaliser pour les hébergés volontaires des bilans infirmiers et d'assurer les soins de première nécessité. Il accorde une vigilance particulière aux souffrances psychologiques des personnes hébergées. En outre, il est chargé d'orienter en lien avec l'ARS les personnes nécessitant une prise en charge médicale en fonction des pathologies détectées et de faire des recommandations sur motif sanitaire en matière de localisation et d'adaptabilité des logements.

Médecins du Monde a participé au suivi sanitaire des hébergés par des consultations de médecine générale et a mis à disposition deux médecins généralistes présents cinq matinées par semaine. Par des consultations auprès de ses propres psychiatres et psychologues, l'organisation participe

²⁵ Goudjo A., « Les Pôles santé du CPA Paris La Chapelle et du CHU Migrants d'Ivry, Mission du Samu Social de Paris », 19 Mai 2017, Présentation Publique à l'Université Paris-Diderot.

²⁶ Observatoire du Samu Social de Paris, « Centre de Premier Accueil des migrants paris nord. Caractéristiques des personnes ayant eu un bilan infirmier au cours du mois de Janvier 2017 », Rapport. Février 2017

²⁷ Agence Régionale de Santé Ile de France, « Action de l'ARS dans la prise en charge des migrants », Décembre 2016

au diagnostic, à la mise en place de premiers soins et à l'orientation des personnes hébergées souffrant de troubles psychologiques. La participation de Médecins du Monde s'est arrêtée en Juin 2017, remplacée par la présence d'infectiologues hospitaliers du service public et de médecins généralistes de la Croix-Rouge française.

L'équipe mobile psychiatrie précarité EMPP du service public hospitalier a réalisé des consultations psychiatriques et a ainsi participé au diagnostic, à la mise en place de premiers soins et à l'orientation des personnes hébergées souffrant de troubles psychologiques.

Au Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine, à tous les intervenants décrits plus haut, il faut ajouter les professionnels de Gynécologues Sans Frontières, les psychologues de Traces et les sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile PMI de Paris, nécessaires à une population constituée essentiellement de familles et de femmes isolées.

La Ville de Paris a soutenu les missions de bilans, d'orientation et d'accès aux soins de santé assurées par le Samu Social de Paris et par Médecins du Monde. En cas de diagnostic requérant une orientation particulière, Emmaüs Solidarité transmettait l'information au Groupement d'intérêt public habitat et interventions sociales GIP-HIS qui en informait notamment l'Office français de l'immigration et de l'intégration OFII²⁸.

²⁸ Préfecture de Paris et d'Ile de France, « **Rôle des intervenants et gouvernance du Centre de premier accueil de Paris** », 9 Novembre 2016

C. Le dynamisme du travail interdisciplinaire au Comede

1. Le travail d'équipe

L'évolution institutionnelle et organisationnelle influence sans nul doute le travail en équipe qui est nécessaire au fonctionnement d'une structure. En matière d'approche interdisciplinaire, le travail collectif peut sembler, à première vue, problématique quand une discipline s'apparente, par définition, à un système clos: « Une discipline tend naturellement à l'autonomie, par la délimitation de ses frontières, le langage qu'elle se constitue, les techniques qu'elle est amenée à élaborer ou à utiliser et éventuellement par les théories qui lui sont propres » (Morin, 1990). Dans l'interdisciplinarité, les intervenants de chaque discipline en présence s'attachent à créer des liens entre leurs champs de compétences et s'allient pour produire un résultat partagé issu des apports méthodologiques ou théoriques de chacun d'eux (Huutoniemi, 2010).

Pour décrire l'équipe pluridisciplinaire du Comede, une partie de l'entretien que j'ai réalisé avec certains des professionnels consistait à évaluer le travail d'équipe par rapport aux points suivants :

- a) L'approche centrée sur le patient,
- b) Les relations entre les professionnels,
- c) La complémentarité,
- d) L'engagement
- e) Les compétences.

Les différents items devaient être notés de 1 à 5 (1 signifiant très mauvais ou totalement en désaccord et 5 signifiant très bon ou totalement d'accord). Je me suis inspirée de la catégorisation de l'approche pluriprofessionnelle de Sousa et al. (2010) pour définir les items à évaluer. Aucune définition préalable des catégories n'a été donnée aux professionnels. Dans les cas où l'un d'entre eux me demandait ce que j'entendais par l'une des catégories, je lui demandais de me définir ce que le mot signifiait pour lui avant de le noter. Six professionnels (deux assistantes sociales et quatre médecins²⁹) ont réalisé l'exercice. Les professionnels interrogés ont noté à plus

²⁹ Il n'y avait pas de volonté particulière à choisir ces deux types de professionnels. C'est leur disponibilité au cours des entretiens et l'évolution de la grille (qui n'incluait pas cet élément au départ) qui en est à l'origine. En ce sens, les réponses concernant des médecins et des assistantes sociales et excluant d'autres professionnels comme les psychologues, les infirmiers et les agents administratifs et d'accueil peuvent constituer un biais.

de quatre sur cinq chacun des items. La synthèse des résultats concernant chacun des items est développée ci-dessous.

- Si l'approche centrée sur le patient fait l'unanimité, la qualité de cette approche peut être altérée par des difficultés inhérentes au calendrier des professionnels (le temps à prévoir pour préparer une formation par exemple) ou à des conflits interpersonnels.
- En matière de relations interprofessionnelles, Les médecins et assistants sociaux s'accordent pour dire que ces relations sont influencées par la situation des personnes qui consultent au centre de santé.

« Des fois, on se laisse submerger par la vulnérabilité des gens et ça peut faire violence, et on oublie que c'est dû à la précarité des gens et on accuse les uns les autres...Je pense qu'il faut intellectualiser parfois que là, on est en train de faire miroir à la personne qu'on a en face et que c'est attention quoi... c'est la société qui merde et c'est pas la faute de la personne. » Assistante sociale Comede

De plus, le lien interpersonnel qui relie les professionnels entre eux a pu être décrit comme positif, potentialisant l'action de deux professionnels qui sont dans le partage autant sur leur lieu de travail que dans le cadre de rencontres privées. Mais, il a également été abordé de manière plus critique dans le sens où tous les intervenants devraient pouvoir travailler ensemble : ils devraient se diriger les uns vers les autres sans tenir compte de leurs affinités

« Ce qui me gêne un peu, c'est qu'il y a des préférences : On ne va pas voir la personne qui est là, on va voir la personne qu'on préfère... Et puis ça va plus vite, parce que moi je ne veux pas voir la personne, ce que je veux voir c'est le travail, fonctionner de manière professionnelle » Médecin Comede

- Les professionnels mettent en avant l'objectif de la complémentarité qui a été décrite comme étant le degré d'investissement d'un professionnel dans l'activité d'un autre professionnel. En plus d'une meilleure compréhension du travail de chacun, cet intérêt pour le travail de l'autre permet également de modifier ou d'adapter son propre travail et parfois d'élargir son réseau d'orientation à l'extérieur du Comede.
- L'engagement a été décrit tour à tour comme militant (vis-à-vis des opinions et des croyances) et comme professionnel. L'empiètement possible de l'un sur l'autre a été relevé par l'un des intervenants. Il différencie fortement le militantisme et le professionnalisme arguant qu'il changeait la portée du regard d'un interlocuteur externe. Selon lui, si le professionnalisme est source de pragmatisme, l'empathie et la compassion du militant font prendre le pas de l'affect sur le professionnel.
- Enfin, en ce qui concerne les compétences professionnelles, les personnes que j'ai interviewées les ont notées en fonction du statut de salarié ou de bénévole, au

Houda MERIMI -

désavantage de ces derniers. Cependant, les compétences des bénévoles du Comede ont été jugées comme parfois supérieures aux compétences des bénévoles d'associations partenaires³⁰. Le niveau de compétences, défini comme étant très bon dans les différents services, a été cependant nuancé par l'insuffisance d'échanges entre ces services.

2. La coordination

La vocation médicale du centre de santé du Comede a été nettement dominante, aussi la fonction de coordination de l'équipe a longtemps été l'apanage des médecins. Mais, depuis près de deux ans, le choix d'un coordinateur du centre de santé de formation juridique va de pair avec cette approche de plus en plus globale et un peu moins médicale de la santé. Ainsi, selon ce même coordinateur, ce choix a été fait pour contrebalancer le fait que la place du médecin soit particulièrement prééminente au Comede.

Si l'activité de coordination se situe à la croisée de plusieurs territoires professionnels, elle intervient aussi dans des relations hiérarchiques complexes parce qu'elle crée une hiérarchie intermédiaire.

"...Ma relation avec l'autorité est clarifiée depuis longtemps, et je sais d'ailleurs que je ne le suis pas ici, ce qui a pas mal d'avantages. Mais, du coup, j'ai une posture. [...] Il y en a [...] qui me testent comme ça ... Ça fait partie du boulot [...] Je lui ai dit : « Tu questionnes ma légitimité et mon autorité. Mon autorité, moi je ne la questionne pas parce qu'elle est là, on me l'a donnée, elle est là. Il n'y a pas à la questionner, elle est là. Ensuite, tu questionnes la légitimité technique. [...] Ce n'est pas moi qui vais t'apprendre à faire des consultations. En revanche, si tu traites mal le patient, c'est moi, si tu ne t'inscris pas dans le pluridisciplinaire et les missions du Comede, c'est moi. Mais, en gros, c'est comme ça et que tu sois médecin ou pas médecin, tu es salarié du Comede ... Mais, à rebours, moi je suis juriste de formation, j'ai déjà eu des juristes, j'ai aussi quelques compétences en travail social etc. [Mais], je ne rentrerai pas dans les entretiens juridiques, les dossiers sur le plan technique. Ce n'est pas mon boulot, c'est un autre travail. » Coordinateur Comede

Dans cet extrait, nous voyons comment un travail d'ajustement et d'éclaircissement est entrepris pour construire la légitimité du coordinateur.

Le travail de coordination est essentiellement relationnel et reste soumis à la rationalisation croissante des pratiques et des outils. Il vise à rapprocher les services sanitaire et social vers une prise en compte globale et évolutive des besoins des migrants primo-arrivants. Porteur de réformes managériales, le coordinateur provoque le changement à condition de composer constamment avec les injonctions émanant de

³⁰ Un des bénévoles d'une association partenaire engagé au niveau de différentes associations m'a confié qu'il trouvait le travail au Comede « un peu trop professionnel et un peu moins humain » par rapport à ce qu'il concevait du travail de bénévolat.

sa propre hiérarchie, d'une part, et le poids des réformes tel qu'il est perçu par les professionnels, d'autre part. Car en effet, les médecins, les travailleurs sociaux et les professionnels paramédicaux, ne voient pas toujours d'un bon œil ceux qui interviennent dans la régulation de leur activité au prétexte de la rendre plus efficace (Bloch & Hénaut, 2014). Pour exemple, au centre de santé du Comede, le coordinateur a à cœur la transmission de la pratique aux nouveaux professionnels recrutés :

« Autre aspect qui est la transmission ou la capitalisation : L'acclimatation au Comede se développera aussi quand on arrivera à développer les temps où les personnes se parlent et du coup se transmettent les choses. Tu ne peux pas avoir de pratique homogène si chaque consultant... et là c'est surtout les médecins... Une des questions, c'est « est-ce que le médecin a sa patientèle ? » Quand tu poses la question au médecin, ce n'est pas simple. Et pourtant ils ont importé leur pratique du libéral, ils revoient leurs patients et ont du mal à les lâcher ou à les faire voir par un autre. Pourtant, la doxa du Comede, c'est qu'ici, c'est la patientèle du Comede. Donc, c'est mieux qu'il revoie toujours le même médecin, mais ce ne sont pas « nos » patients ». Coordinateur Comede

Une réflexion poussée sur les pratiques, notamment par l'exemple de la pratique médicale décrit ci-dessus, constitue une véritable force à l'origine de la transformation des professions et des relations entre professions. Ainsi, le coordinateur met en place les outils d'ajustement mutuel et la standardisation des normes. Il développe ainsi une capacité de remise en cause continue indispensable pour accompagner le changement, tout en gérant les difficultés à assoir sa légitimité.

D. Analyse de certains outils de l'interdisciplinarité

1. Le dossier du patient

Le dossier du patient est capital en matière d'accompagnement en santé. Sa bonne tenue est une obligation réglementaire car c'est un outil majeur dans le suivi et la coordination des soins. Son archivage est nécessaire pour le recueil de données épidémiologiques et pour la production de connaissances nouvelles. De plus, étant le support des informations concernant la santé d'une personne, le dossier devient accessible à la personne elle-même selon le code de la santé publique³¹. Cependant, je m'interroge à quel point le dossier du patient est pensé aujourd'hui comme outil de l'interdisciplinarité. De fait, c'est un outil de partage de données entre les professionnels, comme le stipule la matrice de maturité des soins primaires³², élaborée par la Haute Autorité de Santé, qui en fait un élément-clé dans son référentiel³³. Par ailleurs, le dossier

³¹ Art. L. 1111-7 du Code de la santé publique

³² Haute Autorité de Santé, « **Matrice de Maturité en Soins Primaires. Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires** », Novembre 2014.

³³ Le système d'information incluant le partage de données stipule que :

- L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage des données
- L'équipe échange des données par messagerie sécurisée
- Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier

Houda MERIMI -

du patient doit répondre à la double exigence d'information pour le patient et à la transmission destinée aux équipes qui l'accompagnent. L'adoption d'un langage clair, accessible, voire simplifié est alors nécessaire, quel que soit le support, papier ou informatique.

Au Comede, le dossier patient existe sous ces deux formes. Le dossier informatique est partagé à la fois entre le logiciel Chorus nécessaire à la coordination avec les caisses primaires et le logiciel Access qui permet l'analyse des données populationnelles. Quant au dossier papier, il est archivé dans une salle particulière. Il a historiquement évolué en fonction du développement des pratiques au centre de santé. C'est aujourd'hui une pochette étiquetée avec un numéro, le nom et le prénom du patient et sur laquelle sont notées toutes les dates auxquelles le patient est passé au centre de santé, avec les initiales des professionnels qui l'ont reçu. A l'intérieur de la pochette, il existe plusieurs documents différenciés par des codes couleurs. Le document accueil, jaune, comprend toutes les données administratives. Le document bleu, estampillé « Dossier Médical » contient le recueil des données des médecins, des psychologues et des ostéopathes. Différencié de ce dernier, le dossier de l'éducation thérapeutique est rose. Enfin, le dossier sociojuridique, vert, comprend, entre autres, les informations inhérentes à l'accès aux droits et à l'hébergement. Il est à noter que jusqu'en Juin 2017, l'infirmier est responsable de l'ouverture d'un dossier avec numéro d'affiliation mais que ses notes à lui n'existent que dans le dossier informatique. Pour ce qui est de l'archivage et de la protection des dossiers, cela relève de la responsabilité de l'accueil. Je n'ai pu avoir accès à certains dossiers qu'après autorisation du coordinateur du centre de santé.

Selon un médecin du Comede interrogé, le dossier du patient est un bon outil pour l'interdisciplinarité, à la condition que les professionnels jouent le jeu et qu'ils prennent connaissance de ce qui est noté par leurs collègues. Il rajoute que le changement des pratiques et les référentiels demandés par l'Agence Régionale de Santé ont contribué à l'amélioration de cet outil dynamique.

De plus, l'existence même d'un dossier commun permet un minimum de communication dans le cas où par exemple certains professionnels ne participent pas aux échanges de l'équipe (les ostéopathes).

« C'est à dire que dans nos échanges dans la régularité de nos échanges, la richesse de nos échanges on voit bien que comme les ostéopathes sont très à l'écart de l'équipe et donc on n'a pas de ...on a un dossier en commun mais on n'a pas de parole qui circule entre eux et le reste de l'équipe, très peu en tout cas... » Psychologue Comede

-
- Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe
 - L'équipe utilise les formats standardisés interopérables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, PPS).

Houda MERIMI

Si cet outil peut-être un objet d'ouverture permettant à l'ensemble des professionnels d'appréhender de manière globale la santé des personnes accueillies (objet-frontière), il reproduit pourtant dans la forme un certain cloisonnement.

2. Le secret professionnel partagé

En effet, le document estampillé « dossier médical confidentiel » signifie clairement sous secret médical non accessible aux autres professionnels. Mais dans la forme seulement, car nécessité faisant loi et tous les professionnels étant dans une perspective de secret professionnel³⁴ partagé, ils peuvent tous accéder à ces informations.

« Voilà, mais en théorie, on est dans un secret professionnel partagé [...] comme on est dans une théorie avec les collègues de l'accueil qui interviennent pour une partie de la prise en charge, l'orientation sociale et il y a besoin qu'à un moment ou un autre, ils soient associés comme tous les consultants, comme tous les autres consultants aux informations et aux échanges d'informations sur il faut rappeler [...], il faut coordonner, il faut... » Médecin directeur Comede

De fait, la concertation médico-psycho-sociale est le fondement sous-jacent du secret professionnel partagé. Elle est largement promue au Comede car elle est garante d'une meilleure efficacité des interventions sanitaires et sociales pour des personnes en grande difficulté.

Pourtant, un décroisement sans précédent a été introduit par une réforme majeure du secret professionnel. Ainsi, le Code de Santé Publique modifié autorise l'échange d'information entre professionnels de santé d'une part et professionnels du médico-social ou du social d'autre part (Capodano, 2016). Le cadre réglementaire prévoit que les échanges d'informations relatives à une même personne peuvent se faire avec un ou plusieurs professionnels identifiés, à condition que ces derniers participent tous à sa prise en charge³⁵. Cependant, ce décroisement reste bien cadré : le décret du 26 juillet 2016³⁶ rappelle que seules « les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médicosocial et social » peuvent être échangées. Il ajoute que les informations doivent être échangées

³⁴ Le secret professionnel (dit secret médical pour le médecin et son entourage) est l'obligation, sous peine de sanction pénale, de taire des informations apprises à l'occasion de l'exercice d'une profession (médecin, pharmacien, infirmière, assistante sociale, etc.); d'une fonction (les personnes participant à l'attribution des aides sociales, etc.); d'un état (la prétrise par exemple) ; ou de la participation à certaines missions (aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile, etc.). Secret professionnel : savoir le garder, savoir le partager. Prescrire 2011 ; 31 : 461-4.

³⁵ Article L1110-4 du Code de la santé publique, alinéa II

³⁶ Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médicosociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soin.

dans la limite du périmètre de la mission des professionnels. Les nouvelles dispositions de la loi de Santé viennent donc entériner une pratique existante en élargissant les possibilités de partage.

« Je dis au patient qu'on travaille en équipe, qu'il y a des choses que je vais dire au médecin, les éléments que je donne sont des éléments choisis dans l'intérêt de la personne, je ne vais pas tout raconter, c'est des éléments qui permettent à l'autre professionnel de comprendre la situation et d'évaluer en fonction. Je pense que c'est compris au niveau de l'équipe [...] Après, moi, parfois, je vais dans le dossier bleu médico-psy, pour marquer la date, mes initiales et signaler qu'on a fait un dossier vert et qu'il y a des informations qui je pense sont importantes pour que le médecin ou le psy aie la fois d'après, pour comprendre et pour parler de ça. Et puis, même si un jour je suis pas là, si on n'a pas le temps de se parler, il faut qu'on ne passe pas à côté de l'info, quand c'est vraiment une info importante me semble-t-il pour la prise en charge. Je note dans le dossier bleu d'aller voir dans le dossier vert, parce qu'ils n'ont pas forcément le réflexe d'aller voir dans le dossier vert, je pense que moi j'ai plus le réflexe d'aller voir dans le dossier bleu. » Assistante Sociale Comede

Cependant, la nécessité est définie par celui qui partage l'information. Je me demande si cette sélection individuelle n'est pas en soi une limite au travail interdisciplinaire. Une information jugée non-nécessaire par l'un des professionnels pourrait pourtant être utile à un autre professionnel. Il serait pertinent ou judicieux de définir plus finement l'expression information nécessaire ou non-nécessaire et pour qui.

II. Une approche en soins primaires, adoptée pour améliorer l'accès aux soins des migrants

A. Définitions, éléments constitutifs et pertinence

Les soins de santé primaires répondent à un objectif de justice sociale (IRDES, 2016). Ils ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé à Alma Ata en 1978, et doivent garantir à tous un égal accès aux soins (Rawaf et al., 2008). L'une des mesures de justice sociale est, justement, la réduction des inégalités sociales de santé³⁷. Celles-ci sont en rapport avec les déterminants multiples qui trouvent leur origine dans le contexte politique et socio-économique et sont considérées par l'Organisation Mondiale de la Santé comme des injustices évitables (INPES, 2014). Dans une récente revue de la littérature³⁸, le modèle de soins de santé primaire semblerait plus cohérent pour répondre aux défis liés aux déterminants sociaux de santé et potentiellement pour réduire les inégalités en matière de santé chez les migrants (Batista & al., 2016).

³⁷ Elles sont définies comme les différences existant dans le domaine de la santé entre les différents groupes sociaux

³⁸ Cette revue de près de 24 études concerne des publications étatsuniennes, canadiennes, européennes, australiennes et autres.

Je présente ci-dessous les bases de cette approche en soins de santé primaire selon Muldoon et al., en 2006.

| MODELE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRE |
|---|
| Concept-clé : Inclus à la fois les services au niveau des individus et au niveau de la population (de type santé publique) |
| <ul style="list-style-type: none">➤ Services de base et accès universel➤ Noyau du système de santé du pays➤ Partie intégrante du développement social et économique global du pays➤ Service fourni à un coût que la communauté et le pays peuvent se permettre, avec une utilisation pertinente des ressources➤ Soins de santé amenés au plus près possible des endroits où les gens vivent et travaillent➤ Services fournis à la communauté dans son ensemble➤ Services organisés et adaptés aux besoins de la population desservie➤ Services de grande qualité➤ Travail d'équipe et collaboration interdisciplinaire➤ Services décentralisés vers des organisations communautaires➤ Services délivrés par des professionnels de santé qui ont les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des personnes et des collectivités desservies➤ Premier contact de soins➤ Accessibilité➤ Approche intégrée➤ Coordination des soins |

B. L'approche globale en santé, inhérente aux soins primaires

Dans ses statuts, le Comede se donne pour mission « d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits ». L'un des moyens pour réaliser cette mission consiste à gérer un centre de santé pour « assurer des soins et un soutien médical, psychologique, social et juridique dans les cas où ceux-ci sont inexistantes ou inadéquats et d'agir en leur faveur »³⁹. Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales IGAS de 2013 souligne qu'« ...une forte identité réunit la plupart des centres de santé, trouvant son origine dans une histoire de pionniers d'une médecine attentive aux exclus et le respect d'obligations communes à fort contenu social : pratique de la dispense d'avance des frais, [...] actions sociales et de santé publique, salariat. La recherche d'une pratique médicale globale inclut une dimension de prévention individuelle et de promotion collective de la santé [...] Au sein des centres, l'exercice de la médecine est un travail d'équipe qui associe personnels soignant, social et administratif⁴⁰ ».

Dans son histoire singulière avec les exilés, le centre de santé du Comede correspond assez bien à ce portrait. A la différence que l'équipe du Comede s'est investie dans une

³⁹ Extrait de la charte du Comede

⁴⁰ Georges P, Waquet C, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain » Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Juillet 2013

Houda MERIMI -

approche globale des problèmes de santé qui ne se réduit pas simplement à l'exercice de la médecine. Tous les professionnels interrogés mettent en avant cette approche globale dans leur pratique.

« ...notamment les médecins généralistes qui sont le pivot de la prise en charge ici, ils ont une approche très globale des patients, je trouve vraiment [...] c'est à dire qu'on ne se contente pas du tout de soigner les rhumes ou même d'orienter vers des spécialistes... » Psychologue Comede

De l'avis des professionnels interrogés d'ailleurs, le changement du nom du Comede de « Comité médical pour les exilés » à « Comité pour la santé des exilés » est à forte teneur symbolique et reflète bien les transformations de l'exercice collectif. La construction d'un objectif commun semble être le support nécessaire à l'approche globale en santé.

« ... on s'appelle le comité pour la santé des étrangers. Ça veut dire que le mot santé déjà, il y a une ouverture [...]. Il y a moins pour l'autre mais d'avantage avec l'autre. Et surtout, on est sur une santé globale qui ne met pas la médecine au-dessus d'une autre discipline qui n'est pas médicale [...] Donc, ça veut dire que des deux côtés, il faut qu'il y ait à la fois une adhésion pour un objectif qui est la santé. » Médecin Directeur Comede

Le fait d'être une microstructure du champ associatif lui permet de garder cet objectif commun et ces missions bien visibles, en comparaison avec des structures beaucoup plus grandes ou plus institutionnalisées comme les hôpitaux.

Pour autant, cette capacité de travailler ensemble dépend beaucoup de la bonne volonté des uns et des autres. Les modalités de recrutement dans l'équipe, par exemple, font sans doute se rencontrer, de manière volontaire, des personnalités qui aspirent à travailler avec d'autres professions, au-delà d'un engagement militant en faveur de la santé des exilés.

Le travail, qui demeure essentiellement relationnel, quelle que soit la discipline considérée, contient un certain nombre d'épreuves et de difficultés, autant du côté du lien avec les patients que de celui avec les autres professionnels (Sanson, 2006). Pour surmonter ce double défi, des outils et des espaces ont été institutionnalisés autant pour penser et ajuster la prise en charge des personnes accueillies que pour faire évoluer les pratiques professionnelles. Ainsi, pendant une demi-journée, le centre est fermé au public pour permettre la tenue de différents types de rencontres professionnelles. Dans un premier temps, a lieu une réunion d'Intervision. Dans un second temps, ont lieu, selon le calendrier, des réunions de coordination du centre de

santé, des réunions intra-services, des réunions interservices ou des séminaires thématiques.

La fermeture systématique du centre de santé les jeudis matin a été qualifiée de moment charnière dans l'histoire du centre de santé.

« La question globale est là. Il y a quelques années quand la direction a pris la décision de fermer le centre jeudi matin, il y a trois quatre ans et qu'on a commencé à avoir des réunions, c'est devenu plus clair et on a avancé sur le travail d'équipe. Avant, c'était dans le couloir et c'était compliqué...Les jeudis sont un espace pour parler, étude de cas, recherche de solutions, on peut exprimer les difficultés qu'on a ». Médecin Comede

La première réunion du jeudi matin, appelée « Intervision », où se font des échanges autour de cas et où l'ensemble de l'équipe est présent, est l'occasion de réfléchir à ce qui se joue dans un accompagnement et aux difficultés et blocages rencontrés. La communication et le partage d'émotions, de pensées, d'expériences et de points de vue différents peut aider à atténuer la pression parfois éprouvée par un intervenant face à une situation complexe ou émotionnellement chargée.

Toujours les jeudis, pendant ma période de stage, deux réunions d'analyse des pratiques⁴¹ avec une psychologue du travail ont également eu lieu pour l'ensemble de l'équipe, hors cadres hiérarchiques et stagiaires.

La réunion de coordination du centre de santé quant à elle, est programmée en fonction de sa nécessité ; elle contribue à la construction de l'articulation et la cohérence du positionnement des différents intervenants impliqués.

Des réunions inter ou intra-services sont également organisées. Elles permettent de définir les modalités d'intervention des professionnels et l'articulation de ces interventions. Elles peuvent également servir à imaginer de nouvelles façons d'agir notamment face à des contextes mouvants. Par exemple : En Janvier 2017, la nouvelle procédure d'obtention d'un titre de séjour pour étranger malade a amené à transférer l'examen du certificat médical du médecin de l'ARS vers un collège de médecins de l'OFII. C'est justement au cours d'une réunion interservices, le service médical et le service de santé mentale, qu'ont été discutées les nouvelles modalités de

⁴¹ Sous l'expression « analyse des pratiques » sont regroupées les activités qui sont organisées dans un cadre institué de formation professionnelles qui concernent les professionnels qui exercent des métiers ou des fonctions comportant des dimensions relationnelles importantes dans des champs diversifiés (Blanchard-Laville et Fablet). C'est une démarche accompagnée où l'animateur apporte, après avoir laissé s'exprimer les pairs, son analyse d'expert sur la complexité de la relation professionnelle et aide à dégager une compréhension de la situation globale, à rendre intelligible l'action et son sens (Altet 2000)

rédaction du certificat médical. Ces modalités venaient d'être imposées et sous-tendaient la problématique d'une médecine de contrôle⁴².

Les temps informels « de couloir » contribuent eux aussi à l'échange d'informations et à la construction de cette approche globale. Si ces espaces ne sont ni prévus ni institutionnalisés par définition, ils sont, selon les professionnels et la direction, au moins aussi importants que les espaces formalisés.

Récapitulatif des différentes réunions d'échange au centre de santé du Comede

| | Intervision | Coordination | Interservices Intraservices | Temps informels |
|------------------|--|--|---|---------------------------------------|
| Réurrence | Hebdomadaire | Mensuelle | Mensuelle | Non programmés |
| Sujet | Communication Partage d'émotions, de pensées, d'expériences et de points de vue différents | Articulation et cohérence du positionnement des différents intervenants impliqués | Modalités d'intervention des professionnels Articulation des interventions | Echange d'informations spontané |

Malgré l'existence de tous ces outils et ces espaces d'échanges, les professionnels font parfois montre de certaines limites.

Ainsi, pour beaucoup, la réunion d'Intervision sous sa forme actuelle n'est plus satisfaisante.

Il a été mis en avant le déséquilibre entre les espaces informels à forte plus-value et « la réunionite à présence obligatoire » où la qualité des échanges a tendance à s'altérer.

De même, une question concernant les professionnels les plus anciens a été soulevée : ils forment la référence vers laquelle tous les autres se dirigent, de par leur longue

⁴² Cette volonté de mainmise du ministère de l'Intérieur est quelque peu classique, ce dernier souhaitant contrôler l'ensemble des pans migratoires. Or, pour le droit au séjour pour soins, une partie des compétences revient au ministère de la Santé. Cette volonté de mainmise explique, du moins partiellement, que la loi du 7 mars 2016 transfère l'évaluation médicale des demandes de cartes de séjour pour soins des ARS vers le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), agence sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. Lorsque la loi du 7 mars n'était encore qu'un projet, la Commission nationale consultative des droits de l'homme, le Défenseur des droits, d'une part, et l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, d'autre part, s'étaient mobilisés contre ce transfert. Ces institutions proposaient que l'évaluation médicale soit faite par un collège de médecins rattachés au ministère de la Santé, l'impartialité et l'indépendance des médecins de l'OFII étant mises à mal dès lors qu'ils sont hiérarchiquement rattachés au ministère de l'Intérieur (Klausser, 2017)

expérience. Or, ils avancent le fait qu'ils ont eux-mêmes besoin de pouvoir se tourner vers des pairs pour consulter autour de situations ou aborder leurs propres difficultés d'accompagnement étant donné que leur travail est qualifié de particulièrement usant.

« Il y a aussi à travailler tout ce qui est transmission en interne et c'est pour ça que sur les jeudis matin, il faut qu'on arrive à faire autre chose. La réunion d'Intervision ne fonctionne plus, elle n'est pas préparée et on est très souvent sur des enjeux de pouvoir et de territoire. Et je me suis rendu compte que les anciens ne l'alimentaient pas. C'est toujours les nouveaux. Les anciens se mettent en position d'experts et on ne leur demande pas ça. Après s'ils veulent être en position d'experts, oui, mais dans un autre cadre qui sera bien défini. En gros, il y a besoin de réunions où ils puissent faire de la clinique. » Coordinateur Comede

Les réunions intra-services pourraient répondre à ce type de problématique. Mais, en réalité, et pour des raisons organisationnelles, le temps imparti aux réunions intra-service pour le développement de la pratique disciplinaire a tendance à se faire de plus en plus rare.

Une démarche importante a été relevée par les nouveaux professionnels et les stagiaires : la réalisation du parcours du patient, immédiatement après l'embauche, pendant une période variant d'une semaine à quinze jours. Durant cette période, le nouveau professionnel passe des journées ou demi-journées au niveau d'une partie des postes qui jalonnent ce parcours : l'accueil, la consultation infirmière, la consultation médicale, la consultation sociale et le suivi médical. Ce temps réservé à la découverte du travail de chacun est mis en avant.

« C'est impossible de travailler avec des gens, bien, sans savoir ce qu'ils font ! A l'hôpital, j'ai fait pendant deux ans des vacances d'aide-soignant pour travailler à côté mais bon... Voilà, laver les patients, changer les couches, changer les draps... et je pense que c'est très important si c'était généralisé. De même que les aides -soignantes aussi voient ce que c'est que la journée d'un interne, d'un médecin, pour ne pas être dans le rapport : « Il m'emmerde ! Il ne sait pas ce que j'ai à faire ! ». Si tout le monde avait fait et savait ce que les autres ont fait ou ont vu leur travail ne serait-ce qu'une journée, ça se passerait beaucoup mieux ». Médecin Comede

La construction collective et l'approche globale ne sont pas intuitives et demandent du temps entre professionnels et avec les personnes accueillies. Ainsi, a contrario, si l'exercice au niveau des dispositifs de premier accueil est pluriprofessionnel – et même pluri-institutionnel-, il ne semble pas développer les conditions d'un travail interdisciplinaire. La logique humanitaire de ce dispositif n'inscrit pas les personnes dans une continuité des soins ou d'un suivi, mais dans un diagnostic de l'immédiat. Les échanges informels ont parfois lieu, mais notamment entre professionnels de même institution. Les échanges interinstitutionnels se bornent au Comité de Pilotage du dispositif. Le plus marquant est que les migrants primo-arrivants sont littéralement en

Houda MERIMI -

transit dans ces structures, en attente d'hébergement. La durée de transit au niveau des centres humanitaire se réduit à un peu plus de dix jours au Centre de Premier Accueil de La Chapelle et à plus ou moins six semaines au Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry. Les pôles santé du dispositif font office de relai vers le droit commun, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé⁴³, quand cela s'avère nécessaire. C'est aussi foncièrement le but du centre de santé du Comede. Cela dit, au Comede, le nombre de nouvelles consultations s'est réduit ces dernières années au profit d'une augmentation du nombre de consultations par personne. Le suivi des patients pendant une durée moyenne de huit mois les inscrit dans une relative continuité des soins, ce qui contribue à la concrétisation de l'approche globale.

⁴³ Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé sont qualifiées différemment selon les personnes interrogées soit de structures de droit commun, soit de structures de « droit alternatif ».

Houda MERIMI

2ème PARTIE :
Un certain regard sur la santé des migrants :
Des enjeux majeurs de traduction

Les éléments qui ressortent de l'exploration de la bibliographie qui aborde la thématique de la santé des migrants et des résultats de mon observation du terrain, me font avancer qu'aujourd'hui, les enjeux liés à la santé des migrants tournent, en partie, autour des phénomènes de traduction inhérents aux négociations complexes entre des acteurs aux intérêts multiples. Ces négociations sont une des étapes qui jalonnent un processus plus global de mise en œuvre d'actions innovantes.

En langage courant, la traduction renvoie à une opération qui consiste à transformer un énoncé intelligible en un autre énoncé intelligible pour rendre possible la compréhension de l'énoncé initial par un tiers. Cet énoncé initial est, dans notre cas, l'œuvre des producteurs de connaissances scientifiques en matière de santé publique : les acteurs des institutions académiques et des organismes professionnels : il concerne les enjeux de santé publique en matière de santé des migrants. Ces constatations émanent de l'analyse de données convergentes mettant en avant de l'épidémiologie, des sciences sociales, des données législatives et politiques, bref, tous les champs disciplinaires constituant la santé publique.

Dans une perspective plus théorique, la traduction devient donc le résultat d'une négociation entre différentes parties. Callon et Latour soutiennent que le processus de traduction agit comme un lien entre des activités hétérogènes, des déclarations et des enjeux. Le traducteur est l'acteur qui aide et nourrit le lien qui relie les membres de ces entités hétérogènes qui constituent un réseau. Le réseau est une notion-clé. Callon utilise le terme de convergence pour exprimer et « saisir le degré d'accord engendré par une série de traductions » (Callon, 1991). Une traduction est réussie quand elle n'a pas engendré de détournement de sens (Amblard & al., 1996) et qu'elle permet d'aligner les positions. Ce sont les situations isotropiques. A l'inverse, dans une traduction manquée, les positions des acteurs restent incommensurables et non-alignées ou mal alignées. Ce sont les situations polyphoniques (Walsh & Alexandre, 2010). Le réseau est constitué quand les différents acteurs ou actants sont alignés par la traduction (Callon, 1991).

Je tâcherai de rendre compte des pratiques et des enjeux de traduction par l'analyse des opérations entreprises par les acteurs pour la mise en convergence d'intérêts variés. Pour définir et décrire les phénomènes de traduction en cours, ma grille de lecture s'appuie sur la théorie de traduction de Callon et Latour, que je décrirai plus en détail dans un premier temps. Puis, je m'attacherai par la suite, à définir les traducteurs et les espaces de traduction.

Houda MERIMI

I. La théorie de la traduction et sa pertinence en santé publique

A. La sociologie de la traduction

La sociologie de la traduction, ou théorie de l'acteur réseau, a été développée par un groupe de sociologues autour de Michel Callon et de Bruno Latour au Centre de Sociologie des Innovations de l'école des Mines de Paris. Egalement nommée théorie de l'acteur réseau, elle permet une approche systémique.

A la base de cette théorie, le fait que les solutions en place ne parviennent pas à résoudre convenablement des problèmes complexes. Un processus d'élaboration de solutions nouvelles se déclenche. Le processus entraîne des innovations. La théorie de l'acteur réseau étudie principalement la naissance et le développement de sphères d'influence et de jeux de pouvoir. L'actant est un élément essentiel de cette théorie : il s'agit de toutes les entités, désignant à la fois les humains et les non-humains d'un même réseau, susceptibles de mettre en place des connexions afin de construire un univers, commun avec d'autres entités possédant leur propre histoire, leur identité et leurs relations (Callon, 1991). La formule acteur-réseau désigne donc, à la fois un réseau hétérogène d'intérêts alignés entre eux, et le processus qui mène éventuellement à la production de l'innovation.

L'une des notions-clés de ce cadre théorique repose sur la distinction entre le concept d'acteur central ou stratégique, dont dépendent d'autres éléments et dont il traduit la volonté dans son propre langage, et celui d'actant. Cet acteur stratégique dispose de marges d'autonomie au sein des réseaux d'action collective. Les acteurs opèrent dans un rapport conflictuel et interdépendant qui façonne leur collaboration. Ainsi, la controverse qui naît de ces rapports conflictuels est une condition nécessaire à la constitution du réseau et à sa traduction par l'acteur : le terme désigne un débat sur des connaissances qui ne sont pas encore assurées.

Dans l'un des textes fondateurs de la théorie, Callon en décrit le cadre d'analyse. Le moment central de la production du réseau est celui de la traduction. Ce processus comporte trois temps. Le premier est la construction du problème : l'acteur central définit pour les autres acteurs des identités et des intérêts qui sont cohérents avec ses propres intérêts, tout en déterminant un point de passage obligé, c'est-à-dire une situation qui doit avoir lieu pour que tous les acteurs satisfassent les intérêts qui

leur sont attribués. Le deuxième et le troisième temps sont l'intéressement et l'adhésion, par lesquels les autres acteurs acceptent la définition de l'acteur central et les intérêts qui leur sont attribués. Au final, le déroulé des étapes s'inscrit comme suit :

1. La première étape est celle de l'analyse du contexte. Elle consiste à repérer les composantes, acteurs et actants, de la chaîne et à identifier leurs rapports et leurs enjeux.

2. La deuxième étape est celle de la problématisation. Il s'agit de la formulation du problème à traiter dans le cadre du projet. Cela passe par une définition des frontières de la problématique ainsi que l'établissement des liens entre les dimensions scientifiques, techniques, économiques et sociales. Ce lien se fait à travers un processus de traduction qui permet de transformer un énoncé problématique dans le langage d'un autre énoncé particulier et donc de proposer une solution. Ce processus permet non seulement de construire des convergences et des consensus d'une manière explicite, mais aussi de repérer les points de controverses et les dimensions cachées des débats.

3. La troisième étape est celle de la création du réseau proprement dit ou de l'intéressement. C'est un point de passage obligé à travers lequel le traducteur impose aux acteurs les détours à consentir et les alliances à sceller pour résoudre le problème. Le réseau ainsi construit se présente comme une méta-organisation qui rassemble acteurs et actants agissant les uns avec les autres. Les nouveaux acteurs deviennent intéressés par la solution proposée. Ils peuvent alors modifier leur affiliation à un certain groupe en faveur du nouvel acteur.

4. Dans un quatrième temps, l'enrôlement où la solution est communément acceptée en tant que nouveau concept. Un nouveau réseau d'intérêts est ainsi créé et il s'agit de faire fonctionner le réseau formé lors de l'étape précédente. Les acteurs qui maîtrisent la traduction, mettent en place des mesures d'intéressement (argumentation scientifique, dispositif de circulation de l'information, transaction financière, etc.) de manière à faire détourner les autres entités de leurs objectifs et de les enrôler dans le réseau. L'enrôlement constitue un intéressement réussi. Le processus décrit jusqu'ici donne naissance à une imbrication hétérogène d'acteurs et d'actants, de dispositifs techniques et de connaissances incorporées dans des individus ou des organisations. Lorsque le réseau commence à fonctionner, il agit comme un acteur. C'est alors, ce que Callon et Latour appellent « l'acteur-réseau ».

5. La mobilisation : le nouveau réseau débute son action en vue de la réalisation de la solution proposée. Pour parvenir à une relation stable et à l'atteinte de l'objectif fixé, les actants doivent viser un point de passage obligé afin de canaliser les divers intérêts

Houda MERIMI

dans une seule et même direction. Cela va aboutir à la création d'une boîte noire dans laquelle les processus de traduction vont agir automatiquement sans être renégociés au cas par cas. Au cours de cette cinquième étape, les acteurs désignent des porte-parole, qui ne représentent que partialement le groupe dont ils sont l'émanation. Finalement, la controverse matérialise la dissidence des acteurs ; elle se produit lorsque les acteurs dominants sont aperçus comme non représentatifs ou défendent des intérêts trop spécifiques.

Une des qualités de cette démarche réside dans sa capacité à rendre compte des dynamiques d'action et du caractère relativement ouvert, et non déterminé, de l'action collective. Elle permet de souligner l'importance qui est accordée aux médiations entre acteurs dans cette dynamique d'accompagnement de l'innovation. Ainsi, la théorie de la traduction semble pertinente pour analyser la production du changement dans le cadre de la prise en charge de situations complexes en santé publique.

En effet, la production d'une innovation ou d'un changement est un processus itératif composé d'une succession d'épreuves et de transformations non prévisibles dans laquelle les acteurs -c'est à dire le réseau- se trouvent en relation (Callon, 1986). Ce type de connections se retrouve dans le domaine de la santé publique, et plus spécifiquement en ce qui concerne l'accès à la santé des migrants. Ainsi, les interventions doivent prendre en compte à la fois l'état de l'accès aux droits, la prévention et les soins, et enfin tout le panel des conditions de vie en rapport avec les déterminants sociaux de la santé comme le logement ou le travail. Cette approche entraîne la mise en place d'actions collectives interdisciplinaires et intersectorielles, et la construction de partenariats. La traduction met en lien les entités hétérogènes constituant le réseau sociotechnique d'une situation. La dynamique de ce réseau sociotechnique permet l'apport de nouveaux acteurs, de nouveaux savoirs et de nouveaux rôles, tout en conduisant à l'élaboration d'actions innovantes. L'engagement des acteurs dans ces rôles inédits modèlent les identités et entraînent les controverses qui sont la confrontation de représentations concurrentes d'une même situation parmi les parties prenantes. Les acteurs opèrent dans un rapport conflictuel et interdépendant qui façonne leur collaboration dans le sens de la théorie de l'acteur-stratégique développée par Crozier et Friedberg. Chaque acteur, au sein des réseaux d'action collective dispose de marges d'autonomie. Les atouts, dont ces acteurs disposent et qu'ils mobilisent, et les stratégies qu'ils mettent en place façonnent leurs rapports de pouvoir.

Houda MERIMI -

Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2017-2018>

B. Le réseau d'acteurs et les espaces de traduction

1. Les acteurs rencontrés au cours du stage

J'ai pu aller à la rencontre d'une partie des acteurs impliqués dans la problématique de l'accès aux soins des migrants en Ile-de-France. Au niveau institutionnel, ces acteurs sont le Comede, l'Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France et les organismes mobilisés au niveau des pôles santé des dispositifs de premier accueil de Paris : le Samu Social de Paris, Médecins du Monde et les Permanences d'Accès aux Soins de Santé. La lecture que je propose de la constitution du réseau résulte des rencontres que j'ai pu avoir avec les différents professionnels, migrants et dirigeants en lien avec ces organismes.

a. Méthodologie : Observation, entretiens formels et informels

Au niveau du centre de santé du Comede, l'observation du parcours du patient a duré une semaine. Cela a concerné l'accueil, la consultation infirmière, la consultation médicale, la consultation sociojuridique et les permanences téléphoniques. Quant à la consultation psychologique, l'opportunité d'y assister m'a été donnée car j'ai pu y assurer une traduction⁴⁴. J'ai également pu participer à l'atelier danse bimensuel, organisé pour les femmes victimes de violence. Ma présence a été systématique tous les jeudis matin à l'occasion des réunions de l'équipe.

Les professionnels du Comede ont été particulièrement disponibles pour les échanges et ont toujours répondu aux questions que j'ai eu à leur poser.

Le centre de santé accueille des stagiaires de diverses formations : étudiants infirmiers, internes en médecine générale et internes en santé publique. La présence de ces derniers a constitué un enrichissement de la discussion autour de la transmission de l'information, de l'encadrement et de l'approche interdisciplinaire.

Au niveau du dispositif de premier accueil, une demi-journée d'observation du parcours de soins du patient a eu lieu sur le site du pôle santé du Centre de Premier Accueil de La Chapelle. L'observation a concerné l'accueil, la consultation infirmière et la consultation de médecine générale. Au Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine, également, j'ai pu suivre le parcours des patients au niveau du pôle, pendant quatre jours. L'observation a concerné l'accueil, la consultation gynécologique et la consultation psychiatrique. Il est à noter que j'ai pu également, dans ce cadre, accompagner et observer des patients et des professionnels à la maternité de l'hôpital

⁴⁴ J'entends ici par traduction l'interprétariat linguistique de l'arabe ou de l'anglais vers le français.

Houda MERIMI

de Lariboisière et à la Permanence d'Accès aux Soins de santé de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Là-bas, j'ai pu observer la consultation de sage-femme, l'accueil et la consultation de médecine générale.

b. Descriptifs des professionnels entretenus

| PROFESSIONNELS | Comede | Dispositif de premier accueil | Permanences d'Accès aux Soins de Santé |
|---------------------------|--------|-------------------------------|--|
| Infirmiers | 1 | 1 | |
| Sage-femme | | | 1 |
| Médecins généralistes | 3 | | |
| Médecin de santé publique | 1 | | |
| Gynécologues | | 2 | |
| Psychiatres | | 2 | |
| Psychologues | 1 | 1 | |
| Assistants Sociaux | 2 | | |
| Educateurs spécialisés | | 1 | |
| Interprètes | 1 | 3 | |
| Agents d'accueil | 1 | 1 | |
| Technicien en santé | | 1 | |
| Coordinateurs | 1 | 1 | |

2. Les espaces de traduction

Au sens du réseau développé par Callon et Latour, les acteurs repérés se répartissent dans des ensembles différents. Dans chaque ensemble et entre les ensembles, des phénomènes de traduction se déroulent et des traducteurs se distinguent.

Les espaces de traduction que j'analyserai concernent les ensembles suivants :

- **Les professionnels (II A) :** L'approche globale définie en particulier au niveau du centre de santé du Comede a orienté la manière de travailler entre les différents professionnels. L'action collective interdisciplinaire sous-tend la nécessaire traduction entre les différentes disciplines. Si le processus interdisciplinaire en

Houda MERIMI -

cours révèle l'apport des nouveaux savoirs et une démarche de prise en charge innovante, il résulte de l'évolution d'une professionnalisation particulière (II A 2) d'une part et fait émerger quelques questionnements identitaires (II A 3) d'autre part.

- **Les professionnels et les migrants (II B) :** La communication entre ces deux univers montre, quant à elle, l'importance des représentations construites de part et d'autre et les écarts qui existent entre ces préconceptions (II B 1). L'inintelligibilité du discours peut alors constituer un frein à l'accès aux soins, voire produire de véritables attitudes discriminatoires. Ce second espace met en exergue un acteur spécifique chargé, littéralement, du processus de traduction : l'interprète. Il participe, au-delà de la langue, à faire communiquer deux univers culturels distincts (II B 2).
- **Les institutions (II C) :** La mobilisation des acteurs dédiés à la santé des migrants ambitionne d'accroître la visibilité des enjeux liés à cette problématique et les traduire au mieux, en mettant en place différentes stratégies pour négocier l'orientation des politiques publiques en faveur de l'accès aux soins et à la santé des migrants (II C).

II. Les phénomènes de traduction et leurs conséquences

A. L'interdisciplinarité, une action de traduction entre différents champs disciplinaires

Dans cette partie, j'aborderai essentiellement l'interdisciplinarité telle que j'ai pu l'observer au centre de santé du Comede.

1. Statut et appartenance des professionnels observés : des trajectoires multiples

Au centre de santé du Comede, j'ai voulu m'entretenir avec des professionnels ayant des périodes d'ancienneté différentes afin de recueillir au mieux leur perception de l'évolution de l'organisation du travail. Ces entretiens ont concerné :

- Quatre médecins : Ils exercent au Comede depuis respectivement 1998, 2004, 2007 et enfin Avril 2017. Trois d'entre eux sont médecins généralistes. Une de ces médecins a mis progressivement en place, à partir de Mai 2017 une consultation exclusivement gynécologique. La quatrième est médecin de santé publique en charge de l'éducation thérapeutique. Pour tous ces médecins, le Comede a été leur premier emploi, sauf quelques brefs remplacements en secteur libéral pour l'une d'entre eux. Trois ont été recrutés au terme d'un stage de formation ou d'une expérience de bénévolat ;
- Un infirmier exerçant au Comede depuis plus d'une trentaine d'années et qui a quitté la structure au mois de Mai 2017 ;
- Deux assistantes sociales : l'une travaille au Comede depuis 8 ans, d'abord en tant que bénévole notamment au centre de santé puis en tant que salariée depuis 2012, avec une expérience antérieure de 7 ans en tant qu'assistante sociale hospitalière ; l'autre recrutée, en Mars 2017 était auparavant assistante sociale dans des dispositifs d'aide sociale à l'enfance, d'hébergement d'urgence et d'intégration notamment pour des publics mineurs et migrants pendant une période de près de 6 ans ;
- Une psychologue clinicienne au Comede depuis 2010, auparavant coordinatrice de programmes au niveau d'une Organisation de Solidarité Internationale;
- Le coordinateur du centre de santé depuis 2015, ancien directeur d'une association d'aide aux gens du voyage et aux rroms migrants;
- Le directeur général, auparavant médecin coordinateur au sein de la même structure, qui a intégré le Comede en 1996 ;
- Le directeur opérationnel, auparavant médecin coordinateur au sein de la même structure, qui a intégré le Comede en 2009 ;
- Une interprète salariée d'Inter-Service-Migrants interprétariat ;
- Une personne chargée de l'accueil, retraitée et bénévole.

Houda MERIMI -

Ces entretiens formalisés, autant que toutes les discussions informelles qui ont pu se tenir au cours de la durée du stage, ont montré la diversité des trajectoires des différents acteurs et la variété de leurs motivations, qui peuvent autant tenir de l'engagement pour la cause de l'accès aux soins des exilés que de l'attractivité et de la richesse d'un environnement de travail interdisciplinaire, qui favorise encore plus, leur implication professionnelle. Ces trajectoires personnelles, animées par une multitude de motivations, mettent en lumière des engagements fondés sur des dynamiques individuelles et éclairent ainsi une action collective homogène dans ses objectifs mais disparate dans ses fondements. Un mémoire, réalisé en 2014 par Mathieu Doré, se base sur les entretiens réalisés avec les différents salariés du Comede et rend parfaitement compte de cette réalité (Doré, 2014). En effet, le paradoxe d'Olson vise à montrer que l'action collective n'est pas compréhensible en termes d'intérêt commun d'un groupe à agir : Ce sont les bénéfices privés qui dérivent de la participation directe à un mouvement collectif qui sont vus comme autant d'incitations sélectives à l'engagement. Ainsi, l'intentionnalité collective de l'action provient de l'alignement des identités, des normes et des intérêts rationnels d'acteurs individuels, liés par une structure sociale commune. En ce sens, cet alignement matérialisé par l'exercice interdisciplinaire peut se concevoir comme un intéressement réussi entre les professionnels de la structure qui y trouvent chacun leur compte.

2. Une professionnalisation spécifique, liée aux enjeux de la population

a. Définitions de la professionnalisation

Dans les pays anglo-saxons, le mot profession apparaît dans un contexte de marché libre où les acteurs économiques construisent une rhétorique concernant leur contribution au marché pour conquérir et accroître leur place. C'est dans un contexte différent qu'il apparaît en France : la profession repose sur le modèle hiérarchique des corps d'État et cristallise alors des enjeux distincts : soit une lutte politique pour contrôler les places dans une hiérarchie étatique élitiste, soit la constitution de communautés de pairs construisant leurs propres règles selon le modèle des confréries (Bourdoncle, 1993).

La professionnalisation, dans les travaux de Parsons, est, tout d'abord, le processus par lequel une activité devient une profession libérale mue par un idéal de service (Wittorski, 2008). Si l'une des caractéristiques principale des professions est l'indépendance, la professionnalisation dans les milieux associatifs a des similitudes avec le monde de l'entreprise et du salariat.

Bien que la professionnalisation des structures et des fonctionnements évoque les méthodes importées des entreprises, la migration des concepts de la professionnalisation de l'entreprise vers le secteur associatif reste particulière et révèle le souci qu'ont les acteurs de se rendre efficaces. Le travailleur associatif incarne un salarié de droit privé au service de l'action publique (Hély, 2005). Les associations sont des lieux de travail où les acteurs expriment une demande d'organisation suggérant qu'un fonctionnement professionnalisé (offrant des méthodes, des règles pour situer l'activité de travail) est aussi une attente surgissant de l'intérieur même de l'association. Cette situation soumet parfois les acteurs associatifs à un dilemme entre l'engagement pour la cause (que l'association souhaiterait inconditionnel) et l'engagement dans le travail, qui paraît susceptible d'être révisé (Ugheto & Combes, 2010). Au cours du processus de professionnalisation, quand les volumes atteignent des niveaux importants, les acteurs doivent faire face aux défis de l'accroissement et de la complexité du travail, d'autant que l'engagement en matière de qualité augmente les exigences.

Dans cette partie, j'entendrai par professionnalisation la modification continue des compétences en lien avec l'évolution des situations de travail – autant en interne qu'en externe- et montrant par là-même, une intention organisationnelle.

b. Les particularités de la professionnalisation au Comede

L'évolution de la professionnalisation de l'équipe du Comede et de son centre de santé a été naturellement en lien avec la détérioration de la situation des personnes qu'elle prend en charge. Les ajustements fonctionnels et organisationnels internes ont été, et sont toujours, le fait de l'adaptation aux changements institutionnels environnementaux et à des politiques publiques mouvantes en matière de gestion de l'asile. Dans ce cadre, le travail collectif se situe au milieu d'un ensemble de transformations sociales plus larges. L'avènement de l'approche interdisciplinaire dans l'équipe du Comede concerne autant la recherche de nouvelles façons de mobiliser les personnes au travail que la tentative de réfléchir à la manière dont il est possible de produire de nouvelles compétences assurant une certaine adaptabilité individuelle et collective.

Je reviens sur les étapes historiques de l'évolution de l'organisation du centre de santé pour avoir une vision appropriée des ajustements internes des professionnels et de l'équipe en tant que telle.

La création du Comede en 1979, essentiellement par des médecins, avait initialement vocation à être un centre d'orientation pour faciliter l'accès des demandeurs d'asile au système de santé. Dans un système de protection sociale où l'ouverture de droits doit théoriquement précéder le

Houda MERIMI -

soin, l'accès à cette protection est rendu difficile par le manque d'informations et les délais administratifs. Ces conditions vont accélérer l'altération de l'état de santé des primo-arrivants. En 1982, rebaptisé Comede, la structure passe d'un centre d'orientation transitoire à un dispensaire pérenne de prise en charge médico-psycho-sociale, avec le recrutement de professionnels dans de nouvelles disciplines et dont la plupart étaient encore bénévoles à ce moment-là. En 1989, la création d'un poste de directeur vise à structurer l'organisation pour répondre aux besoins des patients dont le nombre ne cesse d'augmenter et pour rechercher plus de financements. Après 1998, les fonctions sont hiérarchisées, de nouveaux postes créés, dont celui de la coordination, et le recrutement est devenu quasi-exclusivement salarial.

Ainsi, la diversification des disciplines et l'augmentation du nombre de professionnels d'une part et la restructuration hiérarchique avec la mise en place d'une coordination d'autre part ont été les facteurs qui ont concouru à l'installation progressive de la pluridisciplinarité puis de l'interdisciplinarité. Par ailleurs, les prestations et la qualité des professionnels du centre de santé du Comede se sont également transformées avec l'évolution du statut des migrants, immigrés, réfugiés, demandeurs d'asile, déboutés, sans papiers et clandestins. En effet, c'est la fragmentation progressive du statut administratif des étrangers qui a contribué à articuler l'exercice concret du soin (consultations de médecine générale, de psychothérapie et actions de prévention-dépistage) avec l'accès aux droits sociaux et le recours juridique.

En ce qui concerne l'organisation interne du Comede, elle s'est démarquée par deux éléments constitutifs majeurs :

- La premier a consisté à identifier les domaines d'intervention, dont la sélection de plus en plus fine de la population à accompagner. Le centre de santé s'est donc donné pour mission d'agir en faveur de la santé des plus vulnérables des exilés et de défendre leurs droits. Pour ce faire, il a fallu aussi s'adapter aux langages et à la politique des différents acteurs par la mobilisation de compétences techniques diversifiées.
- Le second, inhérent au premier, a été que les professionnels sont devenus des acteurs de la restructuration interne pour délimiter les périmètres d'intervention. La différence des cultures professionnelles soumise à la nécessité d'une gestion transversale des savoirs, a obligé les professionnels à communiquer, consolidant ainsi l'approche globale et l'exercice interdisciplinaire.

Aujourd'hui, le centre de santé fonctionne avec un service médical, un service de santé mentale, un service sociojuridique, un service d'accueil et un service administratif. La mise en cohérence de tout cela est assurée par une fonction de coordination. Dans ce cadre, le passage au salariat a été un facteur de consolidation et la départementalisation progressive de la structure a cristallisé les périmètres d'actions.

Par ailleurs, l'accélération de cette professionnalisation est également une résultante des exigences des bailleurs de fonds qui, en échange de financements, demandent des gages de bonne exécution des projets, des rapports financiers et techniques de plus en plus précis, nécessitant le recrutement d'agents administratifs spécialisés dans la gestion des ressources humaines et financières. En effet, les restructurations internes ont largement fait écho au contrôle croissant de l'État sur l'activité des associations qu'il finance et ont constitué une condition essentielle à la normalisation des pratiques au sein du Comede (D'Halluin, 2006).

Dès le départ, le Comede s'est distingué par un fort militantisme institutionnel qui l'a poussé à développer une expertise en matière de santé des migrants. Ceci lui a permis de participer à la formulation de l'action publique. Or, l'introduction de cette expertise dans les activités du centre a fait émerger une certaine tension entre le projet politique originel de solidarité, à savoir militer pour l'inscription dans le droit commun des exilés arrivant en France, face aux exigences bureaucratiques de plus en plus présentes dans le contexte de restriction du droit d'asile, influant par là même sur le fonctionnement des professionnels. D'ailleurs, les institutions qui entourent le Comede en ont chacune une perception différente. Ainsi, il est perçu par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides OFPRA comme un service d'expertise médicale⁴⁵. Par contre, il est considéré par l'Agence Régionale de Santé comme un centre de santé humanitaire⁴⁶, car, pendant longtemps, il y a eu en son sein un consensus sur la dimension humanitaire de ses activités. De son propre point de vue, le Comede se considère aujourd'hui comme un acteur participant par son activité d'expertise au système plus général des procédures d'asile, mais il se défend d'être une Organisation Non Gouvernementale humanitaire.

Finalement, en étudiant les dispositifs de premier accueil, plusieurs points semblent limiter la comparaison possible avec le centre de santé du Comede sur le plan de la professionnalisation et de l'approche pluridisciplinaire :

⁴⁵ Evoqué comme tel par le coordinateur médical du Comede en 2002 in op.cit.

⁴⁶ Entretien avec un inspecteur de l'action sanitaire et sociale de l'ARS Ile-de-France le 5 Juillet 2017.

Houda MERIMI -

-Le premier point concerne l'expérience dans le temps. L'historique de près de quarante ans du Comede permet la visualisation de la dynamique de la professionnalisation et des réajustements fonctionnels qui ont eu lieu. Le Centre de Premier Accueil de la Chapelle et le Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine sont de création trop éphémère pour pouvoir soutenir la comparaison.

Autre point, mentionné en première partie de ce mémoire : les centres de premier accueil récemment mis en place conjuguent une diversité institutionnelle qui fait du travail collectif une juxtaposition de missions et de compétences dans les limites des stratégies de chacune de ces institutions. Ce type de travail ne permet pas, à ce jour, une gestion globale de la santé des migrants. De plus, le facteur temps se manifeste encore sous une autre forme : le passage extrêmement court des personnes au niveau des centres de premier accueil n'est certainement pas favorable à cette approche globale de la personne en matière de santé. Le bilan sanitaire d'orientation et le dépistage des pathologies mentales rappellent beaucoup plus l'objectif premier du centre d'orientation du Comed de la fin des années soixante-dix. L'essentiel des orientations des pôles santé se fait vers les Permanences d'Accès aux Soins de Santé et la question de l'ouverture des droits est déléguée à l'étape suivante de l'hébergement. La logique humanitaire qui sous-tend la création même de ces dispositifs contribue à la fragmentation de la prise en charge des migrants primo-arrivants. Donc, si le travail des équipes des pôles santé est pluriprofessionnel, il n'est pas interdisciplinaire, loin s'en faut.

3. Des identités professionnelles mises à l'épreuve

a. Identité et culture au travail

La constitution d'une identité professionnelle, selon Sainsaulieu (1977), se fait par l'expérience des relations de pouvoir. Elle est décrite comme la « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes » et se construit sur des représentations collectives distinctes. Le processus de construction identitaire est d'ordre relationnel : c'est un investissement de soi dans des relations durables, qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires. C'est donc une expérience relationnelle et sociale du pouvoir : l'investissement dans un espace de reconnaissance identitaire dépend étroitement de la nature des relations de pouvoir dans cet espace et la place qu'y occupe l'individu et son groupe d'appartenance.

En élargissant ce concept d'identité professionnelle à celui d'identité sociale, Dubar avance que l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend très étroitement de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi, noyaux durs des identités par les institutions. En effet, les individus appartiennent à des espaces identitaires variés au sein desquels ils se considèrent comme suffisamment reconnus et valorisés : ces champs d'investissement peuvent être le travail, mais aussi hors travail. Mais, il se peut aussi qu'il n'existe pas pour un individu d'espaces identitaires dans lequel il se sente reconnu et valorisé. Ainsi, une transaction se met en place entre des individus en quête d'identification et de reconnaissance d'une part et des institutions offrant des statuts, des catégories et des formes diverses de reconnaissances d'autre part. Les partenaires de cette transaction peuvent concerner les collègues de travail ou la hiérarchie de l'institution par exemple. Cette transaction peut être conflictuelle ou du moins, être la source d'ajustements continus.

Selon Berger et Luckmann, la construction d'une identité professionnelle est basée sur la socialisation secondaire. C'est l'incorporation de savoirs spécialisés, qui comprennent un vocabulaire, des formules, des propositions, des procédures, un programme et un véritable univers symbolique qui véhicule une conception du monde. A l'inverse du savoir de base de la socialisation primaire, ces savoirs professionnels se définissent et se construisent en référence à un champ d'activités spécialisé.

b. Questions identitaires : Chevauchements de territoire et enjeux de pouvoir

L'équipe de soins primaires est définie dans la loi de modernisation du système de santé comme «...un ensemble de professionnels de santé, constitué autour de médecins généralistes de premier recours [...] Elle peut prendre la forme d'un centre de santé...»⁴⁷. En effet, l'étude du travail au Comede montre une organisation historiquement initiée et coordonnée autour du médecin généraliste pivot. Or, la spécificité de la médecine générale, c'est sa dimension bio-psycho-sociale. De plus, comme dit précédemment, la particularité des patients du Comede implique une prise en compte des dimensions psychologique, sociale, juridique et linguistique. C'est donc pour cela que le Comede a progressivement développé l'approche interdisciplinaire en intégrant les professionnels de différents champs à son équipe. Médecins, infirmiers et

⁴⁷ Loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation du système de santé français

sage-femme sont aujourd'hui les professionnels de santé qui exercent au Comede. Cependant, les psychologues, les ostéopathes et les assistantes sociales possèdent de fait un exercice attaché à la santé mais ils ne sont pas inscrits au code de santé publique. Comment se négocie l'autonomie professionnelle de chacune de ces disciplines au prisme de l'interdisciplinarité ?

Selon Freidson (1984), « Bien qu'ils soutiennent l'exercice indépendant au profit de clients, avec un minimum d'appareil institutionnel, le droit et la médecine, qui servent de modèles aux autres professions, sont largement engagés dans la voie de l'exercice au sein d'organisations complexes qui s'interposent de différentes manières entre les praticiens et leurs clients ». Dans ce cadre, l'autonomie professionnelle se réfléchirait dans des enjeux de pouvoir des intervenants. La notion de médecin généraliste pivot dans l'équipe est un enjeu de pouvoir entre les différents corps disciplinaires. Elle est remise en question par d'autres professionnels en demande de plus de transversalité.

« Plus j'avance, plus je pense que oui, il ne faudrait pas trop de pivot. Il faudrait plus de réseau et moins de pivot. Il faudrait plus de circulation croisée, plus de transdisciplinaire que de pluridisciplinaire, enfin au sens où la pluridisciplinarité là c'est les disciplines autour du médical quoi, tu vois, donc plus de trans, de passage...un truc plus transversal quoi, avec des transversalités plus pensables quoi...mais ça nécessite que la médecine se mette, comment dire, fasse un pas vers les autres. » Psychologue Comede

Parfois, le médecin généraliste n'est pas du tout perçu comme le pivot du parcours.

« Pour moi le médecin c'est pas un pivot, c'est vraiment...chacun...on a besoin des compétences techniques de chacun... C'est pas un plus que l'autre...Pivot, c'est un intervenant au milieu et tout le monde tourne autour. Il y a plusieurs intervenants sur la même ligne. Je ne me sens pas secrétaire, tu vois, à un moment donné parce qu'il y a besoin d'écrire un courrier » Assistante sociale Comede

Ainsi, les avis sur le rôle du médecin divergent au sein du Comede et les rapports conflictuels identitaires ne sont observés que de manière partielle. Ce résultat est aussi partagé au sein de la profession médicale.

Les médecins ont donc des avis différenciés sur le sujet. D'une part, il y a la perception d'un fonctionnement changeant pouvant évoluer vers de la transdisciplinarité. Celle-ci pourrait prendre alors la forme concrète de consultations en binôme ou en trinôme. Il y a également, d'autre part, de l'appréhension face à la réduction du pouvoir médical et la non-appropriation du champ médical par les autres professionnels.

« Dès que le médical rentre en compte avec la personne qui est en face, ça leur brûle les doigts et ça ne les regarde pas. C'est du médical, il faut voir avec le docteur ! » Médecin Comede

Houda MERIMI

Les médecins disent également se mettre en retrait pour laisser la parole aux autres professionnels.

« Moi, j'ai plutôt l'impression, globalement, que les médecins qui viennent travailler ici, c'est plutôt des gens qui ont envie de travailler avec d'autres professions. Et qui sont plutôt ouverts. Et qui sont plutôt dans un truc où on est égaux et que ce n'est pas la parole du médecin qui prime sur les autres... j'imaginai que les représentations sur les médecins même dans les milieux professionnels de santé étaient forts. Et donc, aujourd'hui, même avec des gens que je connais très bien, avec qui je travaille depuis des années, et ben je me rends compte que c'est un vrai problème qui fait que parfois dans les discours il va y avoir parfois une vraie tendance, moi je trouve, à ce que globalement les médecins s'écrasent un peu pour faire parler les autres et qu'au fond, du coup, on ne parle jamais du médical, on ne parle que du psy et du social mais jamais du médical. » Médecin Comede

Cependant, l'émergence d'un langage interdisciplinaire hybride semble transcender le contrôle que les professionnels de chaque discipline cherchent à avoir tant sur leur propre travail que sur celui des autres. A première vue, le langage normalisé semble être à forte teneur médicale. Ainsi, on parlera plus volontiers de patients⁴⁸ que de personnes par exemple. Mais, dans le même temps, un langage juridique s'est également imposé de fait. Ainsi, on parlera de demandeur d'asile ou de dubliné⁴⁹. En fait, l'action de l'un est en partie reprise dans l'action de l'autre.

« C'est à dire qu'avec le temps, moi j'ai attrapé notamment le langage sociojuridique. Franchement, j'ai un langage sociojuridique que je n'avais pas du tout en arrivant...Jamais de ma vie je m'étais posé des questions sur le recours Dublin, la procédure machin, la préfecture bidule, enfin, c'est ...Donc, on attrape des connaissances. Mais, comprendre que comment par exemple, moi ça m'intéresse beaucoup du côté psychologique, comment le côté juridique transforme les subjectivités de nos patients, comment ils sont impactés par ces questions de papiers de pas de papiers, comment ça crée de la pathologie, mais pas que de la pathologie, comment ça les bouleverse comment ça les transforme, voilà, quelle incidence ça a, ça m'intéresse beaucoup. Est-ce que ça intéresse les juristes ? Est-ce que j'arriverai à les intéresser à ça ? Je ne sais pas. Mais moi, je m'intéresse au juridique aussi pour ça... » Psychologue Comede

Ainsi, l'interdisciplinarité provoque la rencontre puis la transformation des disciplines en présence. Une telle rencontre provoque le déséquilibre, qui est la condition du mouvement ; la tolérance au risque, qui est la condition de la rencontre ; l'incertitude relative, qui est la condition de l'innovation (Couturier, 2009). Au Comede, le positionnement médical, autant vu par les

⁴⁸ Le patient étant, quel que soit le regard ou la discipline du professionnel qui l'accompagne, celui qui pâtit, ce terme semble faire consensus, malgré sa forte consonnance biomédicale. Il est positif et ne renvoie pas forcément à la maladie, mais par contre appréhende tous ceux qui souffrent.

⁴⁹ Néologisme renvoyant aux personnes sous couvert de la procédure de Dublin qui stipule qu'un seul État est responsable de l'examen d'une demande d'asile dans l'Union européenne : soit le pays par lequel se sont effectués l'entrée et le contrôle, soit l'État qui a accordé un visa ou un titre de séjour.

médecins eux-mêmes que par les autres professionnels est dansant : « les médecins auraient besoin de faire un pas vers les autres » mais aussi « dès qu'on parle de médecine, ils ne veulent pas y toucher », « non, pas de pivot, plus de transversalité » avec « on a l'impression que les médecins s'écrasent et qu'on ne parle plus du médical ».

La transformation progressive issue de la rencontre de disciplines fondamentalement différentes fait particulièrement ressortir les singularités du fonctionnement de certains duos disciplinaires.

a. Le champ médico-psychologique

La clinique auprès des exilés est avant tout marquée par la rencontre entre professionnels et patients de cultures différentes. Les professionnels assurant un accompagnement psychologique aux exilés sont les psychologues, les psychiatres et les médecins généralistes.

L'expérience de l'exil affecte profondément la santé, et notamment la santé mentale. Dans un contexte de rupture des liens familiaux, des repères culturels et des repères sociaux, les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente chez les exilés, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugiés (Comede, 2015). Le dépistage des psycho traumatismes est systématique au centre de santé du Comede.

Selon les professionnels rencontrés, le patient demande à être écouté et entendu dans ce qu'il dit. Cette écoute est considérée comme fondamentale par les professionnels, car elle permet à la personne en condition d'exil d'être reconnue à travers ce type d'interaction. Mais, la complexité du travail d'interprétation du symptôme par les somaticiens et par les psychistes vise initialement des objectifs différents avec des outils distincts (Missonier, 2012).

La pratique médicale se base sur la dynamique d'installation d'un symptôme pour élaborer un diagnostic et proposer une prise en charge. Confrontés à la souffrance psychique, la première réponse des médecins généralistes est l'écoute (Haxaire et al., 2010). Cette écoute est proposée comme outil de soin et conforte la position des médecins généralistes à faire de la santé mentale malgré le fait qu'ils n'y aient pas été spécifiquement formés.

« En tous cas, il me semble en terme d'écoute et de place qu'on laisse au patient par rapport à des consultations très caricaturales où ça serait très directif ou dans l'injonction... Dans tous les cas on le voit, parce qu'il y a des patients qui reviennent des fois, parce qu'ils sont tombés sur des médecins ... Enfin, moi ils me disent ça quand ils reviennent : « Parce qu'ils n'écoutent pas... », « Ils ne m'ont pas écouté » et donc, ils n'ont pas répondu à ça et ça ils n'ont pas fait, et ils ne m'examinent pas et ils ne me regardent pas, ils ne m'écoutent pas », c'est le truc qui revient... » Médecin Comede

L'écoute utilisée dans la pratique psychothérapeutique à proprement parler, pratiquée par le psychiatre ou le psychologue, est d'un tout autre ordre. C'est une pratique organisée par le symptôme, active sur le symptôme et prend le symptôme comme support de l'action d'écoute (Haxaire et al., Op.Cit.).

Cette différence de vision du symptôme de souffrance psychique entraîne aussi une vision particulière de l'autre professionnel. Du côté du médecin généraliste, le psychologue est perçu comme une partie de la prise en charge qui découle du diagnostic médical.

« ... Sur le plan médical pharmacologique, un médecin qui s'y colle, sur le psycho traumatisme, peut proposer des stratégies médicales en incluant la psychothérapie, bien entendu. Mais, ce n'est pas qu'une affaire de psychologue, c'est une affaire d'évaluation, comment ça se présente, les symptômes... C'est à nous médecins de faire des diagnostics. Que, après, on se fasse aider par des psychologues et qu'ils fassent partie de la prise en charge, moi ça ne me choque pas, Au contraire, c'est plutôt très bien, mais que, il y a aussi pharmacologiquement. » Médecin Comede

Or, Les psychologues n'acceptent pas d'être traités par les médecins comme une partie de la prise en charge et demandent plutôt une co-construction autour du patient :

« Par exemple, quand tu es psy, dans toutes les institutions où il y a des médecins, sans arrêt, t'as un médecin qui peut te prescrire, qui pense la psychothérapie comme une prescription médicale, comme un traitement en plus, spécialisé, mais un peu comme on prescrit dix séances de kiné...mais, quand t'es psy, tu ne vois pas tout à fait ton travail comme ça... toi tu n'es pas l'auxiliaire du médecin, tu n'es pas, tu n'es même pas paramédical...Le médecin peut t'orienter un patient, c'est différent que de te prescrire comme un médicament, Déjà qu'on te prescrit comme un médicament, mais on attend de toi, comme un médicament un certain nombre de choses... » Psychologue Comede

De plus, le non-remboursement des séances de psychothérapie par la sécurité sociale ne joue pas en faveur des psychologues. Cet état de fait concernant la psychothérapie conforte la position médicale dominante et la revendication des psychologues en quête de légitimité.

« Tu vois ce truc de pas d'emblée le proposer comme une prise en charge qui pourrait être presque systématique...Tu vois, il y a comme une part de puisque ce n'est pas remboursé, eh ben je peux faire ce que je veux ...Alors que moi, à mon sens, il y a différentes formes de psycho traumas, mais que ça devrait presque être une proposition systématique au fond.[...] En fait, prétendre que dans les recommandations de prise en charge des psycho traumas, tu proposes de la psychothérapie et des médicaments, tu sais que tout le monde ne va pas pouvoir y avoir accès à la psychothérapie si elle n'est pas remboursée, donc c'est mettre un peu de doute sur l'utilité de cette psychothérapie, qu'elle ne peut pas être proposée à tout le monde. Donc, on remet en cause. Enfin, tu vois, c'est une façon indirecte quand même pour moi, de délégitimer cette action-là, donc de laisser plus le médecin libre quelque part de proposer ou pas... » Médecin Comede

Sans aller jusqu'à parler de relation asymétrique, l'exemple du positionnement des médecins et des psychologues fait bien ressortir les enjeux de pouvoirs dans les relations interdisciplinaires.

b. Le champ médico-sociojuridique

Les défauts d'accès aux droits sociaux et la juridicisation de la problématique de la santé des migrants a entraîné l'adoption de dynamiques particulières de régulation au sein de l'espace professionnel du Comede. Ainsi, il est apparu nécessaire d'étendre les compétences et les aptitudes des professionnels de chaque discipline pour répondre aux besoins des personnes accueillies. Là encore, c'est bien les spécificités de la situation administrative complexe des exilés qui a entraîné ce type de professionnalisation d'un nouveau genre chez des professionnels de santé et des professionnels du social et du juridique dans l'équipe du centre de santé.

« Le médecin a tout intérêt à intégrer la composante sociojuridique car les problèmes médicaux secondaires sont en grande partie liés à cette précarité sociojuridique pour dépister. Mais, sur le plan opérationnel, le socio-juriste doit faire son boulot. » Médecin Comede

Ce type de pratique permet de sortir du face à face professionnel – patient et renvoie à des logiques où les professionnels ont besoin les uns des autres pour mener à bien leur travail :

« Un exemple très concret, on peut dire : « Tiens, sur le plan juridique il faudrait faire telle stratégie et demander au médecin d'écrire tel certificat », ce qui peut être perçu comme une instrumentalisation et ce qui n'est pas forcément éthique pour le médecin. Alors que pour le juriste c'est plutôt une stratégie juridique. Et, à l'inverse le médecin peut dire : mais moi, j'ai besoin en fait du juriste uniquement pour un recours ou pour me clarifier si je peux faire ce papier-là et c'est tout et puis je m'arrête là » Médecin Comede

En développant l'interdisciplinarité, les professionnels essaient de se mettre à la place les uns des autres :

« Donc, on est dans l'inter[disciplinarité], c'est à dire qu'on commence à se parler, à discuter, on commence à avoir des formations où les uns et les autres présentent leurs travaux et leur façon de penser » Médecin Comede

Ainsi, les médecins transmettent une culture de santé aux travailleurs sociaux et associatifs en charge de l'accompagnement des migrants dans l'accès à leurs droits. Mutuellement, les professionnels socio-juristes décryptent l'imbroglio des procédures de demande de titre de séjour ou les conséquences d'un refus. Ceci permet à ces mêmes médecins de recourir aux principes de la déontologie médicale en toute connaissance de cause (Hénoq & Veisse, 2009).

Les professionnels interrogés avancent que la collaboration entre les médecins et les assistants sociaux est efficace du fait de la définition nette des missions de chacun.

« Je trouve qu'il y a peut-être dans l'histoire du travail médecin-assistante sociale un truc beaucoup moins compliqué, on touche aussi à deux domaines complètement différents, et finalement on a des limitations beaucoup plus nettes, moins de chevauchements et je pense que le service sociojuridique n'est pas en complexe par rapport au service médical. » Médecin Comede

L'approche interdisciplinaire fonctionne donc bien lorsque les professions ont des champs de compétences très distincts :

« Je pense qu'au moment où tu sais où est ta place et que tu sais qui tu es, ça peut fonctionner. Je ne fais jamais le médecin et je renvoie vers le médecin. » Assistante Sociale Comede

C'est essentiellement des professionnels du social qui ont étendu leurs connaissances en se spécialisant et contribué à compléter une véritable expertise en matière de droit notamment de par l'extension de leurs missions.

« C'est un service sociojuridique, donc on est assistantes sociales et juristes. Nous, les assistantes sociales, on s'est perfectionnées dans le juridique, ce qu'on ne connaît pas forcément à la base. » Assistante sociale Comede

Bien que cette spécialisation de fait soit mise à l'avant de manière positive, des inquiétudes subsistent quant à la perte de la dimension sociale de la profession initiale des assistants sociaux, remettant ainsi en question l'approche globale. En effet, un sentiment de déprofessionnalisation émerge chez eux car ils voient leurs spécificités d'intervention mises à mal, parce qu'elles sont diluées dans des fonctionnements collectifs.

« Je suis assistante sociale ce qui n'est pas la même chose que juriste qui n'est pas la même chose qu'éducateur. Je me positionne en tant qu'assistante sociale parce que j'ai réfléchi à ce qu'est mon métier, parce que j'ai expérimenté ce qui est mon métier, parce que je suis ce que je suis aussi. Et j'ai besoin d'une ouïe sur ce positionnement et sur cette réflexion professionnelle d'assistante sociale. » Assistante sociale Comede

Puisque les missions professionnelles des médecins et des socio-juristes sont clairement définies, les rapports entre ces deux disciplines restent souples. Mais par contre, comme la professionnalisation juridique a concerné des professionnels du social, la prééminence de l'approche juridique a pu se faire au détriment de la prise en charge sociale.

En conclusion, on voit bien comment l'approche interdisciplinaire va se construire progressivement dans le temps, avec les déséquilibres qu'elle provoque continuellement entre les frontières disciplinaires. Les négociations se font entre territoires professionnels, comme c'est le cas des médecins avec les psychologues. Ces négociations peuvent également se faire à l'intérieur d'un même corps professionnel

Houda MERIMI -

qui étend ses connaissances à de nouvelles disciplines, comme l'est le cas des assistants sociaux qui se spécialisent dans le juridique. Enfin, si les relations interprofessionnelles (interdisciplinaires) se négocient au sein d'une équipe de professionnels, elles peuvent également s'articuler au cœur de l'intimité de la relation directe avec un patient comme c'est le cas quand un interprète est présent, comme cela sera décrit plus tard.

B. Les représentations chez les professionnels et les migrants, une traduction nécessaire

1. Les représentations des acteurs

De nombreuses recherches soulignent les différences de représentations entre médecins et patients. De plus, les représentations dans le champ professionnel dépendent de l'ancrage particulier de chaque professionnel (Jeoffrion, 2009). Ainsi, les représentations du monde médical de la maladie sont focalisées sur les symptômes tandis que le patient se la représente davantage en fonction des activités qu'elle lui permet ou qu'elle lui interdit (Boutry et al., 2001). Il arrive que dans une même communauté culturelle, les différences de représentations entre soignant et patient génèrent des malentendus à cause d'une mauvaise compréhension de certaines informations et entraînent un décalage entre les attentes du patient et les solutions proposées par le professionnel. Que dire alors, quand les patients sont d'origines culturelles et ethniques diverses et lointaines et que ces différences de représentations peuvent être encore plus accentuées par les défis de langue et de vulnérabilité sociale ?

Dans une enquête hospitalière en 2012, la diversité des situations de prise en charge de patients migrants a permis de relever ces différences de perception entre les différents soignants enquêtés. Ces derniers ont soit exprimé des particularités à partir des cas qu'ils avaient rencontrés, soit identifié des attitudes caractéristiques communes. Le procédé d'individuation de la personne, qui transparaît lorsque les enquêtés s'attachent à décrire les situations qu'ils rencontrent, s'estompe lorsqu'il s'agit d'envisager l'altérité ; que celle-ci soit « africaine », « asiatique », « rrom » ou encore dans le registre religieux « musulmane » (Kotobi, 2012). En fait, une approche spécifique de la santé des migrants révèle d'abord le fait que les professionnels se les représentent comme une population qui doit faire l'objet de pratiques particulières et d'approches particulières (Fassin, 2000).

Par contre, une équipe soignante, qui travaille sur l'exploration de ses propres représentations sociales, permet d'écouter différemment le patient et la relation en est renforcée. Des initiatives de plus en plus nombreuses sont prises pour explorer les représentations des patients notamment au sein d'équipes pluridisciplinaires, par le biais d'entretiens approfondis menés avec les patients et leur entourage (Boutry, Op.Cit.).

Les différentes représentations que j'ai pu relever autant chez les professionnels que chez les migrants sont en rapport avec, entre autres, les particularités de la migration humaine récente en France.

Je m'appuierai, pour traiter cette partie, sur les différentes rencontres qui ont eu lieu autant au centre de santé du Comede qu'au niveau des sites ciblés dans le cadre du stage « Groupe Trajectoires migratoires, parcours d'habitantes et de soins pour les femmes primo-arrivantes : focus sur les parcours de soins durant la grossesse »⁵⁰.

a. Les professionnels

Au centre de santé du Comede, tant dans les réunions professionnelles qu'au cours des échanges informels, les discussions autour de chaque patient restent très marquées par leur professionnalisme. Au cours des quatre mois de stage au centre de santé, j'ai noté que le discours des professionnels était très centré sur l'individu, en dehors de son origine nationale ou ethnique. Et, quand il y avait généralisation ou association entre pathologie et origine par exemple, cela était toujours soutenu par les données d'observation empirique. Ainsi, la corrélation fréquente entre la nationalité bangladaise et le diabète, lorsqu'elle est abordée, est consolidée par les données épidémiologiques recueillies par le Comede (Les bangladais sont la 3ème nationalité reçue au centre de santé, ils ont des conditions de vie communautaire et des modes de préparation des repas spécifiques pouvant être reliés à l'état d'évolution du diabète, etc.). Il semblerait que la participation de l'équipe au travail du centre-ressources du Comede, qui produit des données épidémiologiques, permet de construire des représentations confirmées par des données scientifiques. Les conditions de professionnalisation de cette équipe, telles qu'elles ont été décrites plus haut et construites autour d'une politique universaliste à l'affût des discriminations, font que les représentations sociales autour des patients (pathologies physiques ou mentales ou observance par exemple) sont rarement rattachées à l'origine ou à l'ethnie, sauf argument épidémiologique. De même, la généralisation d'un comportement (retard à un rendez-vous, oublis fréquents) est également toujours mise en lien avec la situation de vulnérabilité de l'individu (Vie à la rue, non accès à l'alimentation, syndrome de stress post-traumatique, etc.).

Par ailleurs, les difficultés des patients à comprendre les méandres du système administratif français font l'objet d'une représentation forte chez les professionnels du

⁵⁰ « Groupe Trajectoires migratoires, parcours d'habitantes et de soins pour les femmes primo-arrivantes : focus sur les parcours de soins durant la grossesse » Réalisé du 19 au 24 Juin 2017 au niveau du CPA de La Chapelle, du CHUM d'Ivry-sur-Seine et du service de maternité de l'hôpital de Lariboisière à Paris. Stage organisé par l'Université Paris Sorbonne Paris Cité. Enseignante-chercheuse référente : Gasquet-Blanchard C., Personne ressource : Alcayna-Stevens L., Participantes : Benoit M., Fadul T., Merimi H., Bichard I., Poncet L.

Comede, notamment concernant ses circuits juridiques. Dans ce domaine en particulier, le consentement éclairé, qui est demandé au patient, devient un concept hautement problématique mais demeure une norme morale absolue.

« Pour les patients, c'est compliqué à comprendre quand tu ne parles pas français. Quand t'as été reçu en urgence, parce qu'on a vu que la date : elle était vraiment urgente. C'était en Wolof. On a pris avec A. le temps d'expliquer. Mais c'est pas parce que tu prends une fois le temps d'expliquer, que tu comprends ce que c'est une OQTF⁵¹. Une OQTF, quand tu comprends vite ce que c'est, t'as la trouille. Mais après, tu comprends pas l'aide juridictionnelle. Qu'est-ce que c'est ? Ça sert à quoi ? Tu comprends pas que ça bloque le dossier. Il a fallu faire le recours parce que... enfin... Bon, il y a plein de trucs, qu'en plus, moi j'avais besoin que ça aille vite. Donc, j'ai pris le temps d'expliquer à la patiente. Mais, j'ai pas pris le temps de tout détailler. J'ai pas ...Le recours, je l'ai fait sans elle. Donc là, je la revois pour expliquer. J'ai sauvé les délais en fait, sans qu'elle ait tout compris. Même si j'ai quand même pris du temps pour lui expliquer et on va se revoir pour poser tout ça. Et j'ai pu dire ça à la psy que j'ai pu voir hier, qui a rassuré la patiente. Et bon, en sortant, j'ai vu la patiente et je suis venu lui dire bonjour et ça s'est posé. » Assistante sociale Comede.

Selon mes observations, il me semble que l'approche globale inhérente au travail interdisciplinaire permet une meilleure appréhension de la personne ou du moins, une appréhension moins fragmentée. Le professionnel qui travaille dans un groupe interdisciplinaire et qui doit faire face aux représentations des objets sociaux du point de vue des autres disciplines en présence, est par là même plus conscient des représentations sociales qu'il pourrait lui-même avoir sur la santé des patients.

Quant aux professionnels travaillant dans les camps humanitaires, ils évoluent dans d'autres conditions. En plus d'une présence pluriprofessionnelle plutôt qu'interdisciplinaire, comme décrit auparavant, la situation des pôles santé à l'intérieur des structures d'hébergement, induit un autre type de promiscuité avec les personnes et entraînent donc d'autres formes de représentations. Un lien particulier de complicité au sein de l'équipe du pôle santé du Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine est apparu comme pouvant être au détriment des patients (rires et peu d'explications sur le problème ou le traitement donné par exemple). Dans ce cadre, il est utile de s'interroger sur les mécanismes de protection et de distanciation qui doivent être développés par les professionnels pour faire front à la situation complexe dans laquelle ils se retrouvent : ils sont impliqués dans l'accompagnement et le soin d'une population avec laquelle ils ont une proximité géographique (le pôle santé dans le Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants) et historique par leur engagement humanitaire à la française⁵².

⁵¹ Obligation de quitter le territoire français

⁵² Rapport de mission de terrain 19 au 24 juin du stage USPC. Groupe Trajectoires migratoires, parcours d'habitantes et de soins pour les femmes primo-arrivantes : focus sur les parcours de soins durant la grossesse. Septembre 2017.

Houda MERIMI -

Ainsi, l'équipe du Samu Social de Paris du pôle santé du Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine rapporte l'ennui permanent que vivent les personnes à l'intérieur du camp. Pour décrire la même situation, les professionnels du Comede ou les psychologues de Médecins du Monde parlent plus d'une situation d'attente administrative, elle-même source de souffrance psychique.

En plus de tout cela, mes entretiens avec d'autres professionnels de ces camps ont pu faire émerger des représentations très figées. Les deux vignettes suivantes en sont une illustration.

Vignette 1 : *Psychiatre EMPP. Entretien du 23 Juin 2017.*

« - [...] Pour nous ce qui est compliqué c'est les patients asiatiques...

- Pour l'interprétariat ?

- Non, pas pour l'interprétariat, pour la psychiatrie. Non, pas pour l'interprétariat, pour le tableau clinique ...

- Pourquoi ils seraient particulièrement...

- Ah ben, parce que même pas la lecture du visage possible ! ...Culturellement, c'est tellement loin, qu'on ne peut même pas savoir s'ils sont tristes ou contents. Alors que dans la plupart des cultures, vraiment dans la plupart des cultures, on arrive à peu près quand même à discerner le non verbal...

- Y compris pour les sub-sahariens ?

- Ouais, il y a une certaine universalité. Quelqu'un qui est sombre, il est sombre, un type du désert, eh ben s'il est sombre, il est sombre et il n'y a pas midi à quatorze heures...c'est pareil ...la dépression va s'exprimer éventuellement différemment mais s'il est sombre il est sombre...chinois...qu'il est sombre ou pas sombre, vous pouvez pas le savoir...

- On n'arrive pas à lire ?

- Non... il pourrait être complètement délirant, vous ne vous rendez pas compte...

- Cela dit, est ce que là, c'est en rapport avec le fait qu'il n'y ait pas de familiarité avec ce type de visage parce que ce n'est pas une migration traditionnelle j'ai envie de dire ?

- Non je ne parle pas moi des migrants, je parle des gens... Si, des chinois y'en a plein Paris. J'en ai vu plein... Enfin, chez les psychiatres, on en voit plein...Mais c'est très difficile ...Ouais, parce que, en fait, la colonie chinoise qui est dans le 13e arrondissement, y'en a plein qui sont là depuis dix ans, qui ne parlent absolument pas un mot de français... qui vivent uniquement dans la colonie chinoise et donc ils ne sont absolument pas du tout dans la même situation de précarité, c'est absolument pas ça le problèmemais, du coup ils ne sont pas du tout aculturés enfin et on ne peut pas en savoir plus ... »

Cette première vignette présente la position d'une psychiatre à l'égard du faciès asiatique. Malgré la familiarité de cette professionnelle avec les patients asiatiques, elle avance la difficulté de décrypter l'attitude non-verbale des patients. Cette difficulté, énoncée comme générale et non

pas comme incapacité personnelle, constitue une représentation qui est, sans nul doute, un obstacle à la qualité des soins.

Vignette 2 : Technicien de santé Centre de Premier Accueil. (Extrait traduit de l'arabe). Discussion Informelle. 21 Juin 2017.

« Ici, les grossesses, il n'y a que ça [...] Tu sais, quand elles arrivent, elles font le test et elles sont déçues de ne pas être enceintes. Elles sont prêtes à faire un enfant avec le premier venu. Elles ont l'impression qu'avec ça, elles vont avoir les papiers. Mais, ça, ce n'est pas vrai, elles ont tout faux. »

Cette seconde vignette porte sur une représentation concernant le genre. La grossesse est associée, pour ce professionnel à une stratégie en vue de faciliter la régularisation du séjour.

Il serait utile de voir si ce type de représentations chez les professionnels pourrait être la source de comportements discriminatoires⁵³ à l'égard des migrants. La littérature rapporte suffisamment d'exemples de traitement inégal de la part des professionnels de santé eu égard aux origines des patients pour que cette question soit légitime.

Globalement, ce qui émerge dans certains discours des acteurs professionnels, c'est le fragile équilibre entre occultation de la différence ethnique en rapport avec l'universalisme du modèle républicain et la surdétermination comportementale par processus de catégorisation culturaliste. Cet élément lui-même consolide l'approche culturaliste (Fassin, 2010) et fait donc le jeu de représentations en santé construites autour d'éléments épidémiologiques appauvris ou incomplets.

b. Les migrants

Les représentations en santé chez les migrants ont été modestement explorées au cours de ce travail. En fait, l'essentiel des entretiens visait le recueil d'informations concernant l'évaluation de la prise en charge en santé dans les dispositifs humanitaires de premier accueil. Cependant, certains éléments ont pu émerger et gagneraient certainement à être mieux explorés.

De prime abord, les personnes avec lesquelles je me suis entretenue se disent globalement satisfaites de la prise en charge tant au Comede qu'au niveau des dispositifs de premier accueil, surtout quand ils comparent l'accès aux soins en France à l'accès aux soins de leur pays d'origine.

⁵³ Si le sens courant du terme « discrimination » reste péjoratif, la portée juridique du mot suppose un traitement spécifique appliqué à la personne ou au groupe discriminé.

« Les médecins ici, ils sont bien. Ici, on n'a rien mais on prend soin de nous. Là-bas, si tu n'as pas d'argent, il y a rien. » Femme ivoirienne, Maternité de l'hôpital de Lariboisière

Certains patients relèvent cependant que la brièveté du séjour dans les camps est un facteur altérant la continuité des soins.

« Un médecin m'a vu. Il m'a consulté et m'a donné un médicament et m'a dit « on va continuer ta consultation, faire des radios et tout ça ». Et comme ils ont pris un rendez-vous après le transfert, c'était un peu rapide. On n'a pas réussi à faire la suite de la consultation » Patient afghan du Comede ayant séjourné au CPA de la Chapelle. Entretien réalisé en présence d'un traducteur professionnel en dari.

Par ailleurs, la représentation des professionnels au niveau du Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine, décrite plus haut et concernant l'ennui que ressentiraient les personnes au niveau du camp peut conduire à une évaluation du temps en contradiction avec ce que vivent les migrants en matière de parcours de soins. Ainsi, les vignettes ci-dessous illustrent comment des patients sont très critiques par rapport à des actions mal coordonnées qui leur prennent du temps.

Vignette 3 : Discussion entendue le 21 Juin 2017, traduite de l'arabe.

L'équipe du pôle santé du CHUM d'Ivry nous a rapporté le refus des patients allophones adressés aux consultations des PASS hospitalières avec un courrier de s'y rendre sans accompagnants francophones. Un patient syrien arabophone qui avait été adressé à la PASS de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour pouvoir avoir accès à des médicaments antihypertensifs y a été refoulé avec d'autres personnes du camp parties consulter. De retour au camp, il s'adresse à l'interprète arabophone du pôle santé :

« Dis-leur qu'il faut qu'ils se coordonnent mieux que ça ! Je suis allé à l'hôpital et je n'ai pas été reçu. Et là, ils ne me donnent rendez-vous que le 23 ! Moi, j'ai de l'hypertension et je n'ai plus de médicaments ! S'il m'arrive quelque chose, comment je fais ? »

Vignette 4 : Discussion informelle du 21 Juin 2017, traduite de l'arabe.

Une patiente soudanaise éconduite au niveau du pôle santé du CHUM d'Ivry au moment de la pause-repas de l'équipe :

« Ils nous énervent avec leurs rendez-vous ! rendez-vous ! [Appointment ! appointment !]. Et quand tu viens, ils sont en train de manger ! Il faut être cohérent : si tu es strict sur tes heures de repas, sois strict sur les heures de rendez-vous ! Moi aussi je dois planifier ma journée ! [...] Je ne demande pas la charité : je veux mes droits en tant que réfugiée ! »

Deux autres points sont à noter. Le premier est la multiplicité des acteurs avec lesquels les migrants primo-arrivants s'entretiennent dès leur arrivée en France : agents administratifs, professionnels de santé, acteurs du secteur social, chercheurs, etc. La narration itérative de leur parcours migratoire, des traumatismes vécus pourrait conduire à l'élaboration d'un discours construit autour de leurs besoins, assurément, mais également autour des attentes qu'ils supposent être celles de leur vis-à-vis. Cependant, ce dernier n'est pas toujours identifié. Quand j'ai demandé la qualité des professionnels de santé à qui ils ont eu affaire, la plupart m'ont répondu « j'ai vu le médecin », « on m'a donné des papiers ». Ces réponses interrogent la nature de la communication de la part des professionnels et des rapports d'autorité qui peuvent s'installer au cours des entretiens. Ainsi, quand, je précise mes questions en demandant s'ils ont vu un infirmier, un accueillant, un médecin, une sage-femme ou un psychologue, c'est invariablement « le médecin » qui revient dans les réponses. Aussi, faut-il s'interroger sur la pertinence des informations jugées utiles qui sont fournies aux patients, notamment sur l'identité de leurs interlocuteurs.

Par ailleurs, relativement aux femmes enceintes et aux familles du Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine, les soins qui leur sont proposés sont nombreux voire plus rapprochés que le suivi recommandé par la Haute Autorité de Santé. Ainsi, la multiplicité des acteurs y est très importante et on peut s'interroger sur une surconsommation de soins⁵⁴. Malgré cette hypothèse, l'accès à des prestations variées peut-être l'occasion pour les patients d'identifier, en eux-mêmes, de nouveaux besoins en termes de santé, notamment mentale. La vignette suivante présente une situation allant dans ce sens. C'est le contact avec un médecin qui a aidé le patient à prendre conscience de la nécessité d'un suivi psychologique, ce à quoi il n'aurait jamais pensé auparavant malgré tous les symptômes qu'il présentait.

⁵⁴ Rapport de mission de terrain du stage USPC, Op. Cit.

Vignette 5 : Patient sud-soudanais du Comede ayant séjourné au CPA de la Chapelle. Entretien du 2 Juin 2017, traduit de l'arabe.

« [...] On m'a donné des rendez-vous avec des psychiatres. Il y avait un médecin italien à la Chapelle. J'ai eu une consultation avec elle et elle m'a dit...c'est la première fois que j'ai compris que j'avais besoin d'un suivi psychologique. J'ai des problèmes, je sais. Je ne dors pas, mais je n'avais jamais pensé que j'avais besoin de parler à un docteur et que ça arrangerait les choses. Ce médecin avait écrit un courrier en disant qu'il était nécessaire que je sois hébergé à Paris. Elle m'a dit que j'avais absolument besoin d'un médecin [...] Après ça, on m'a installé sur Ivry. Mais j'étais très fatigué, mon cœur s'est arrêté. Je ne dormais plus du tout la nuit. J'ai appelé un de mes amis au camp, et je lui ai dit que je n'étais pas bien, pas normal, et que je sentais que mon cœur allait s'arrêter. Il m'a emmené au bureau des urgences où on m'a emmené à l'hôpital. On m'a donné un papier en disant que je devais absolument aller chez un psy, pour cette histoire que, depuis quatre ans, je ne dors pas la nuit. Je suis passé par des choses difficiles dans ma vie... Tu voulais que j'évalue les médecins à la Chapelle, moi là-bas, je me suis senti libre, ils m'ont encouragé, ils m'ont donné des choses à l'intérieur, quoi. Je ne connais pas tous leurs noms, mais ils m'ont donné beaucoup... Je suis du sud soudan, j'ai une femme et des enfants. Il y a quatre ans, ils ont tué ma femme devant moi. Depuis je ne dors pas. Et puis, il est arrivé beaucoup de choses. Mais il y a des choses depuis l'enfance qui me sont arrivées. Mais, quand j'étais mal, j'ouvrais la bible et je lisais et j'allais prier à l'église, ça me calmait. C'était mon psy de l'époque. En Italie, personne ne m'a proposé de psy. Mais il y avait des nonnes qui me rendaient visite dans ma chambre et me récitaient des paroles de la bible et je me sentais mieux. »

Le deuxième point concerne des perceptions dynamiques et évolutives du système de santé et plus globalement du nouveau pays d'accueil. Il semble que ces appréciations chez les migrants dépendent de leur parcours migratoire et de leur situation à leur arrivée en Europe. Ainsi, les personnes récemment arrivées sur le territoire français et dont la trajectoire migratoire a été réduite dans le temps, restent globalement positifs sur l'évaluation de leur prise en charge en santé, quelle qu'ait été l'intensité des traumatismes d'ordre physique ou psychique dans le pays d'origine ou sur le trajet migratoire. Mais, les déboutés-dégoutés sont plus sévères sur le pays qui a rejeté leur demande d'asile. Ils ont beaucoup d'espoir à leur arrivée en France, même s'ils restent parfois circonspects.

« J'ai entendu dire qu'en France ils acceptaient les demandes d'asile et qu'ils " brisaient les empreintes"... Au départ, on m'a installé dans un hôtel proche du camp de la Chapelle. On m'a dit qu'on allait m'orienter vers un spécialiste psychiatre. Mais, je n'ai toujours rien... Mes empreintes ont été prises en Finlande, et toutes les causes de mon état psychique, c'est la Finlande. C'est vrai qu'il y a eu un choc initial quand j'étais en Irak. Mais, la Finlande est monstrueuse et il n'y a pas de droits de l'homme. C'est un endroit sans soleil et avec beaucoup de neige, c'est tout. Et les gens nous crachent dessus, ils sont racistes. En France, il n'y a pas de racisme. En Finlande, ils sont racistes et ils nous ont épuisé...Donc tout mon épuisement, c'est la Finlande. Ils m'ont expulsé vers l'Irak alors que j'étais menacé. Mon frère a été enlevé... Donc si je reviens en Irak, quel

Houda MERIMI

sera mon destin ? Celui de mon frère : la mort. Je ne pensais qu'à ça tout le temps. Quel avenir pour moi ? La Finlande ? La France ? En Finlande, c'est certain, le jour d'après, on m'aurait ramené en Irak. De manière forcée." » Patient Irakien du Comede ayant séjourné au CPA de la Chapelle. Entretien traduit de l'arabe.

En définitive, les représentations chez les migrants en matière de prise en charge socio-sanitaire sont une mine d'informations très intéressantes. Il est évident que ces constructions sont largement en rapport avec les spécificités de la migration actuelle : origine des patients, durcissement des politiques d'accueil, conditions d'hébergement dans les camps et la structuration du parcours de soin.

Des représentations aussi variées, tant chez les professionnels que chez les migrants rendent d'autant plus légitime l'intervention d'un interprète professionnel, chargé de la traduction entre deux mondes culturels et sociaux très différents.

2. Le champ particulier de l'interprétariat

La complexité du système de santé, la méconnaissance des dispositifs de prise en charge et les barrières linguistiques et culturelles entravent l'accès des migrants vulnérables à la prévention et aux soins. Le recours à l'interprétariat professionnel représente donc un intérêt certain pour les uns et les autres. En effet, la charte de l'interprétariat professionnel stipule que « l'interprétariat médical et social garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins ». De même, il « garantit aux professionnels des domaines concernés les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions »⁵⁵.

a. Méthodologie d'étude

L'exploration du champ professionnel particulier de l'interprétariat s'est basé sur les entretiens avec les interprètes professionnels des sites de stage, mais également sur une expérience personnelle d'observation participante.

- *Les interprètes professionnels du Comede et du Samu Social de Paris*

⁵⁵ Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012, in « Interprétariat dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques » Version provisoire – Soumise à consultation publique, Haute Autorité de Santé, Février 2017

Houda MERIMI -

Des interprètes professionnels font partie des équipes observées autant au centre de santé du Comede que dans les dispositifs de premier accueil.

Au Comede, les interprètes sont des salariés d'Inter Service Migrant Interprétariat ; c'est une association professionnelle qui a développé des activités d'interprétariat, de traduction, d'écrivain public, d'informations juridiques, de formation et de sensibilisation. La présence de ces interprètes au centre de santé est ponctuelle : des demi-journées au cours desquelles les différentes consultations nécessitant à chaque fois une langue particulière sont programmées. Dans les cas où l'interprète n'est pas présent, le recours à la voie téléphonique est possible. Cependant, parfois, les professionnels du centre de santé ont recours à leurs propres compétences linguistiques ou à celles de leurs collègues.

Quant au niveau du dispositif de premier accueil, les interprètes, qualifiés d'enquêteurs-interprètes, sont des salariés du Samu Social de Paris et sont présents en permanence sur site.

- *L'observation participante*

Au cours de mon stage, il m'a autant été donné d'observer des consultations allophones que de jouer le rôle d'interprète. Cela m'a permis d'approcher par moi-même, la relation que pouvaient entretenir les interprètes avec les patients et avec les autres professionnels de l'équipe. Dans ce cadre, j'ai adopté des postures différentes et participé à des contextes variés. J'ai pu endosser, tour à tour, les rôles de participant complet, de participant comme observateur, d'observateur comme participant et enfin d'observateur complet.

Mon introduction dans les consultations était différente en fonction des sites. Quand il s'agissait d'interpréter, j'ai, la plupart du temps, traduit de l'arabe (soudanais, syrien, irakien, palestinien, égyptien et érythréen) vers le français et inversement. J'ai parfois également traduit en anglais- français pour des patients pakistanais et albanais.

Ainsi, au centre de santé du Comede, j'ai observé ou pratiqué la traduction au cours d'entretiens d'accueil, de consultations avec le service sociojuridique, de consultations médicales, infirmières et psychologiques.

Dans les consultations médicales, infirmières et sociojuridiques, l'autorisation de ma présence était expressément demandée au patient. Au cours de ces consultations, je ne maîtrisais pas la langue du patient (C'était du russe, du bengali, du dari, de l'ourdou ou

du wolof). J'ai été présentée parfois comme médecin, parfois comme stagiaire en santé publique. J'étais, au cours de ces consultations, la quatrième personne présente, en retrait et en position d'observateur du trépied patient-professionnel sanitaire ou social - interprète.

Le temps passant, et les professionnels s'habituant à ma présence, au cours de certaines consultations, j'ai pu compléter ce même trépied en tant qu'interprète. Au cours de l'unique traduction que j'ai réalisée en consultation de psychothérapie au centre de santé du Comede, j'ai expressément demandé à ne pas me présenter en tant que médecin, craignant de parasiter la relation particulière entre la thérapeute et son patient. Au cours de certaines consultations sociales ou à l'accueil, j'ai été (ou me suis) présentée soit en tant que stagiaire, soit en tant qu'interprète (en dehors d'une unique consultation d'accueil, où, pour des raisons pratiques, je me suis présentée en tant que médecin⁵⁶). Enfin, au cours des entretiens avec des patients adressés au Comede par le Centre de Premier Accueil pour un suivi psychologique, je me suis présentée en tant qu'étudiante dans un département de sciences sociales chargée d'évaluer le parcours de santé au Centre de Premier Accueil. Ces derniers entretiens avaient lieu soit à deux quand les entretiens étaient en arabe, soit à trois, quand j'avais besoin de traduction en dari.

Au niveau des autres sites également, j'ai pu intégrer ou observer des consultations allophones.

Au Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry, aucune justification de ma présence n'a été donnée aux patients de la part des professionnels. J'ai traduit lors de consultations gynécologiques où nous étions quatre personnes (deux gynécologues, la patiente et moi-même). J'ai également pu observer lors d'une consultation psychiatrique, la traduction en arabe entre une patiente soudanaise et un interprète égyptien.

Enfin, à l'accueil et à la consultation de médecine générale de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de la Pitié-Salpêtrière, j'ai tenu le rôle d'accompagnante-interprète pour des patients syriens, albanais et pakistanais.

Toutes ces expériences d'interprétariat m'ont permis de voir à l'intérieur autant qu'à l'extérieur, et dans le détail, la fonction de traduction. Cette participation a parfois été source de tensions internes au vu de l'enchevêtrement de mes propres identités. Pour éviter tout biais excessif qui aurait pu me pousser à tirer des conclusions générales à

⁵⁶ Le patient avait besoin d'informations spécifiques concernant ses médicaments et il n'y avait à cette heure-là pas de médecin au centre de santé.

partir d'observations, somme toute, particulières, toutes ces expériences d'interprétariat (au même titre que toutes les observations réalisées sur les sites de stage) étaient quotidiennement consignées dans une routine systématique qui consistait à noter les conversations, les impressions et les activités observées. Ces notes, concernant l'interprétariat, ont été traitées comme matériau à exploiter, au même titre que les entretiens avec les professionnels. En vignette, un exemple de notes prises pour décrire deux de mes premières expériences de traduction.

Vignette 6 : 29 Mars, Traduction arabe avec G. en consultation infirmière.

J'ai joué le rôle de traductrice entre G. [Infirmier] et un patient palestinien ce matin. Les deux étaient contents : G. parce qu'il trouvait qu'en équipe, on avait réussi à apaiser un patient passablement énervé au départ et le patient parce que sachant que je venais du Maroc était ravi du fait que je maîtrisais l'arabe palestinien. C'est un jeune homme d'une trentaine d'années, torturé par le Hamas en Territoires Occupés et blessé par balle à la cheville, opéré en 2013 en Palestine, avec plaque résiduelle qui commence à bouger occasionnant multiples douleurs. Il s'est d'abord envolé vers les USA pour demander l'asile. Gardé en détention pendant près de 13 mois à Atlanta dès son arrivée à l'aéroport, il n'y a reçu aucun accompagnement médical. Les déboutés aux USA sont généralement extradés vers la destination d'origine (en l'occurrence la France, puisqu'il avait fait Jordanie-France-USA) dans les trois jours suivant leur arrivée. Dans le cas de notre jeune homme, c'est lui qui avait refusé de quitter la prison. De semaine en semaine, il est resté treize mois en détention. Je me suis présentée à lui en tant que Houda qui allait traduire l'entretien et en occultant la partie soignant (y compris intérieurement) sans interférer le moins dans la consultation de G. Ce que j'ai ressenti, c'est que malgré tout cela, il y a interprétation personnelle de ce qui est dit, mais par le prisme des codes sociaux, au-delà de la langue elle-même. En effet, déjà en matière de posture, quand j'ai traduit pour P. [médecin] pour une jeune femme somalienne très probablement victime de sévices, j'étais face à elle, penchée vers elle, cherchant à attraper un regard fuyant, les mouvements de mes mains et de mes bras étant plus en rapport avec une attitude de réconfort ou de mime de mots quand ils étaient difficiles à traduire par moi ou à comprendre par elle. Pour notre jeune homme, j'étais assise en biais pour ne pas lui faire face, il m'appelait "ma sœur" et me répétait souvent parlant de G. : " Si tu lui dis, il va comprendre". Ce que je comprends de cette manière : "J'ai besoin que tu traduises dans sa langue ce que je veux dire, j'ai besoin de tes mots, mais c'est lui qui va comprendre ce que j'ai, parce que c'est lui le soignant". Ceci conforte ce que j'ai lu de ceux qui luttent contre les idées reçues de soignants réticents à la présence d'interprète : le patient, en dehors du fait qu'il sait ce qu'il veut dire, conçoit parfaitement l'interprète comme porte-voix, mais comprenant également son contexte culturel et donc les codes. Par ailleurs, dans ce dernier cas, mes mouvements de mains et de bras étaient la ponctuation de mes mots. En fait, je crois j'étais un peu plus soignante avec P. puisqu'il m'avait en partie fait endosser ce rôle au cours de la consultation et que j'ai essayé de ne pas l'être avec G., puisque c'est un rôle qu'il ne me voulait pas voir jouer. Il y a aussi probablement derrière quelque chose qui tient des identités professionnelles...

Houda MERIMI

b. Résultats

- *Des professionnels assurant l'accès aux soins à part entière*

En matière de compétences techniques, les décideurs rencontrés mettent en avant la capacité des interprètes à maîtriser le champ socio-sanitaire. C'est, par ailleurs, parce que les interprètes sont des professionnels qu'ils sont soumis au secret professionnel.

« Moi j'ai les interprètes qui sont formés sur le plan médical. Ils sont donc sujets au secret médical, on les a inclus dans les équipes [...] Ils sont juste mutualisables aux acteurs sanitaires. » Médecin Directeur du pôle médical de soins du Samu social de Paris.

Si du point de vue de toutes les personnes interrogées, la présence de l'interprète est indispensable, la systématisation du recours à ces professionnels n'a pas été évidente au départ au centre de santé du Comede.

« Au début, il y avait des résistances formidables. Pendant des années, on ne travaillait pas avec les interprètes... On avait développé un discours disant « Oui, mais l'interprète c'est un obstacle », [...] « Parce qu'après quand on accompagne les gens dans leurs démarches, l'interprète ne suit pas, donc il n'a pas ...il vaut mieux que ça soit l'accompagnateur qui accompagne les gens dans leur démarche. » Un jour, on a dit on [...] va travailler avec les interprètes professionnels. Bien sûr, ils ne vont pas les accompagner dans leurs démarches, mais enfin, plus les gens auront mieux compris leurs démarches, mieux ça sera. Et d'ailleurs, dans les premiers temps, ils n'étaient quasiment utilisés qu'en médecine et en...non, d'ailleurs, même pas en psy: il y avait de la résistance en psy parce que c'est un tiers qui se rajoute. Et maintenant, c'est...c'est comme je ne sais plus quelle pub qui dit que quand on y a goûté, on ne peut plus s'en passer, c'est pareil...Mais, par exemple, le service social et juridique, il ne l'utilisait quasiment jamais...Alors que, de fait, le service social, c'est 15% des patients du centre de santé. Globalement c'est les plus vulnérables, et des éléments d'épidémiologie nous disent que c'est plutôt les gens d'Afrique sub-saharienne qui sont les plus vulnérables, mais, même pour les africains [francophones], ils utilisent des interprètes maintenant. Voilà, les choses progressent comme ça ... » Médecin Directeur

Aujourd'hui, la présence des interprètes semble évidente. Ces derniers soulignent le soulagement des patients à pouvoir communiquer dans leur langue.

*« Les patients sont contents parce que le même jour il y a l'interprète qui est là pour traduire pour eux dans leur langue. Souvent, ils demandent est-ce que vous serez là. »
Interprète Comede*

Malgré cette évidence, l'absence d'interprètes au niveau des structures recevant des patients allophones, notamment au niveau de certaines Permanences d'Accès aux Soins de Santé, constitue un véritable handicap pour l'accès aux soins. Ci-dessous, une vignette illustrant l'impact, pour un patient, de l'absence d'interprétariat dans le champ de la santé mentale.

Vignette 7 : *Patient sud-soudanais du Comede ayant séjourné au Centre de Premier Accueil de la Chapelle. Entretien du 2 Juin 2017, traduit de l'arabe.*

« Il y avait un interprète à la Chapelle. Et on m'avait posé des questions sur ma vie, depuis mon enfance jusqu'à l'âge adulte et j'ai dit beaucoup de choses. On m'a donné des rendez-vous avec des psychiatres. Il y avait un médecin italien à la Chapelle. J'ai eu une consultation avec elle et elle m'a dit...c'est la première fois que j'ai compris que j'avais besoin d'un suivi psychologique. J'ai des problèmes, je sais. Je ne dors pas, mais je n'avais jamais pensé que j'avais besoin de parler à un docteur et que ça arrangerait les choses. Ce médecin avait écrit un courrier en disant qu'il était nécessaire que je sois hébergé à Paris. Elle m'a dit que j'avais absolument besoin d'un médecin... Elle m'a donné RDV avec un docteur marocain. Quand je suis parti, ce docteur n'était pas là et j'ai vu un médecin, une française. Mon anglais et le sien étaient rudimentaires et nous n'avons pas pu communiquer. Et il n'y avait pas d'interprète et je ne pouvais pas parler de ce qu'il y avait au fond de moi. Je n'y suis plus allé du tout. »

Cette vignette illustre le rôle important de l'interprète pour présenter la nécessité d'un suivi professionnel psychologique à un patient qui n'en avait jamais vu (ou su) la nécessité. Cependant, elle illustre également comment l'absence de ce même interprète par la suite a constitué une entrave à l'accès aux soins psychothérapeutiques. Les responsables de l'Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France et du Samu Social de paris rencontrés soulignent tous deux les coûts élevés pour assurer l'interprétariat dans les structures de santé. En effet, le coût d'un interprète professionnel est équivalent à celui d'un infirmier diplômé d'Etat.

- *Les postures*

En matière de configuration spatiale, au cours des diverses consultations, et du fait aussi peut-être de la présence d'un bureau central dans la pièce, le patient et l'interprète assis côte à côte, font face au professionnel de santé ou du social. Il en est de même à l'accueil, où le patient et l'interprète sont d'un côté de la borne d'accueil du côté de la salle d'attente, alors que les agents d'accueil sont de l'autre côté de la même borne. Cet arrangement est évocateur : l'interprète se place (ou est placé) symboliquement dès le départ aux côtés du patient.

J'ai remarqué que les professionnels employaient peu de jargon et que leurs questions et leurs interventions ne nécessitaient pas de connaissances particulières des disciplines de la part de l'interprète, sauf pour le service sociojuridique où le vocabulaire

spécialisé est omniprésent⁵⁷. Par contre, au-delà de la précision à avoir au cours de la traduction, j'ai pu ressentir l'équilibre fragile à construire entre la transmission du monde culturel du patient vers le professionnel de la façon la plus exacte possible d'une part et l'adhésion fidèle au paradigme d'action des professionnels d'autre part. Ceci s'explique par le fait que les représentations sociales de part et d'autre peuvent être très différentes. Cela dit, la plupart des intervenants s'entendent sur le rôle étendu des interprètes, y compris en dehors des consultations proprement dites.

« Les traducteurs font un peu plus que leur boulot de traducteurs, ils sont aussi un peu, voilà...Ce sont des gens extrêmement impliqués, donc ils vont au-delà de la mission interprétariat, oui, ils sont sur l'accueil, ils sont sur la mise en lien... » Coordinatrice des pôles santé du dispositif de premier accueil.

Observateurs privilégiés du parcours des personnes dans l'institution, les interprètes interrogés rapportent un sentiment d'appartenance à leur équipe respective. Ainsi, par exemple, les échanges qui peuvent avoir lieu, notamment avec les médecins pour les annonces de diagnostic, permettent aux interprètes de mettre en avant les avantages de la prise en charge pluridisciplinaire.

La proximité qui naît de la présence récurrente de l'interprète au cours des différentes consultations, lui permet parfois d'assurer un rôle de co-thérapeute ou, du moins, de développer certaines compétences dans les champs de la santé ou du social au contact des différents professionnels, en plus de la connaissance fine qu'il a du patient et de sa culture. Dans la vignette ci-dessous, je relate la posture qu'a eu un interprète au cours d'un entretien.

Vignette 8 : Patient afghan du Comede ayant séjourné au Centre de Premier Accueil de la Chapelle. Récit de l'entretien du 3 Mai 2017.

Nous sommes à trois dans ce petit bureau. Il y a un jeune afghan qui m'a été adressé par une psychologue du Comede à ma demande, afin que je puisse évaluer la prise en charge dont il a bénéficié quand il était logé à La Chapelle. Elle m'a prévenu que son état était très fragile, et qu'il avait subi de lourds sévices sur son parcours d'exil. A., est un interprète d'origine afghane, polyglotte, et que les professionnels du Comede semblent apprécier pour son efficacité. Ils me l'ont décrit comme ayant beaucoup d'expérience. Je suis derrière le bureau et je demande l'autorisation d'enregistrer avant de débiter l'entretien. Au début de l'entretien, les réponses du jeune homme que A. traduisait du dari au français, étaient articulées à la première personne « je ». Mais au fur et à mesure, ces traductions sont rapidement devenues des phrases qui commençaient par « on » : « A ce moment-là, on n'avait pas le problème de sommeil », « Oui, on était content du traitement ».

Subitement, le jeune homme fait une crise de tétanie, en faveur d'un syndrome de conversion et compatible avec son état psychique. A. ne sait pas, alors, que je suis médecin. Il reste calme et me dit que ce n'est pas la première fois. Il se tourne totalement vers le jeune patient et lui met une*

⁵⁷ Reste peut-être le biais qu'en tant que médecin, je ne fasse pas la part de jargon dans les consultations de soignants.

main sur l'épaule. Je sors chercher un verre d'eau pour le patient, mais je cherche surtout à les laisser seuls. L'enregistrement est alors toujours en route. A. reste calme, après une phrase qui semble contenir des mots de réconfort, il marmonne à voix très basse une petite prière, puis reste silencieux, jusqu'à mon retour. L'entretien a été écourté à ce moment.

**Les troubles de conversion sont une affection caractérisée par la présentation clinique de symptômes neurologiques sans aucun dommage organique du système nerveux périphérique et central. L'origine de ces symptômes de conversion est généralement considérée comme le résultat d'une réponse à des situations stressantes ou facteurs suscitant des émotions.*

Dans ce cas, l'interprète a eu une attitude montrant l'aisance qu'il a non seulement avec le patient et sa culture, mais également avec la posture à adopter autant sur le plan culturel que sur le plan médical. A contrario, quand la relation entre les trois éléments du trépied est discontinuée, des malentendus peuvent avoir lieu, comme décrit dans la vignette suivante.

Vignette 9 : Observation d'une consultation de psychiatrie au CHUM d'Ivry. 23 Juin 2017.

C'est une consultation pour suivi de dépression. Nous sommes quatre dans le bureau. La psychiatre est assise d'un côté du petit bureau. A sa gauche, assis côte à côte, une patiente soudanaise dont le traitement anti-dépresseur a été initié quelques semaines auparavant par un autre psychiatre et un jeune interprète égyptien qui débute dans le métier et dont le français est approximatif. L'arabe égyptien et soudanais sont assez proches. Il semble peiner à comprendre l'intention du médecin et à traduire les réponses de la patiente. La psychiatre comprend donc que la patiente rebute à prendre son traitement et essaye de la convaincre que ce traitement lui fera beaucoup de bien. La patiente tente de faire comprendre que ce n'est pas le traitement qui la rebute, mais plutôt le fait qu'une fois relogée en dehors de l'Île-de-France, elle ne puisse plus y avoir accès.

Au sortir de la consultation, la patiente me confie : « A la fin de la consultation avec le premier psychiatre, je me sentais mieux. Avec celle-là, je me sens encore plus malade... ».

Le malentendu, dans ce cas concerne la nouvelle demande de la patiente qui s'insère dans une consultation de suivi. La demande « J'ai peur qu'une fois relogée en dehors de l'Île-de-France, je ne puisse pas avoir accès aux antidépresseurs » (ce qui m'a été confirmé par la patiente au sortir de la consultation) est traduite puis comprise « J'ai du mal à prendre ce type de médicament ». Deux facteurs peuvent expliquer cette situation. Le premier est la difficulté de continuer, pour un professionnel de santé mentale, une consultation qu'il n'a pas initiée sans reprendre tous les éléments d'un premier récit. Le second concerne la traduction linguistique en elle-même réalisée par un interprète plus soucieux de traduire au mieux les consignes médicales que les demandes de la patiente. Ce dernier élément met en exergue la prise de l'interprète

Houda MERIMI

dans la relation d'autorité décrite dans le couple médecin-patient par de nombreux auteurs (Wang, 2012).

Il semble donc qu'une présence effective et continue des interprètes au sein des structures d'une part et avec les mêmes patients et professionnels d'autre part, leur permette de gagner en efficacité et de développer de nouvelles compétences. Dans le cadre d'une approche humanitaire ponctuelle où la présence des acteurs est plus mouvante et irrégulière, les relations interpersonnelles ont, de toute évidence, du mal à se mettre en place.

- *Les difficultés*

Les interprètes ont rapporté, lors des entretiens, devoir faire face à des difficultés et à des épreuves particulières. Certaines concernent la posture à adopter et d'autres concernent le contenu même de ce qu'ils traduisent.

En consultation de santé mentale, les interprètes interrogés mettent en avant le défi de rester en retrait, notamment au cours des récits de violence. Ils partagent le sentiment d'être intrusifs dans ce qui est traditionnellement une consultation duale.

« Moi, je me sens de trop...C'est peut-être la seule fois où il va dire ça. Alors, il aimerait bien être seul avec le professionnel [...] Je le lis dans leur façon, j'aimerais bien m'effacer. » Enquêteur-Interprète Samu Social de Paris

Cet effacement maximal de l'interprète constitue la base des formations en interprétation en santé mentale pour les victimes de torture et violence données pour assurer une interprétation aussi précise et exhaustive que possible, éviter tout contact visuel et physique avec le patient, s'abstenir de tout geste d'empathie et de toute intervention personnelle.

Cependant, certaines situations mettent à mal la neutralité et le retrait exigés, comme celles décrites ci-dessous.

Vignette 10 : Traduction au cours d'une consultation de gynécologie au CHUM d'Ivry pour Gynécologues Sans Frontières. 19 Juin 2017.

Au cours d'une consultation gynécologique pour suivi de grossesse au CHUM d'Ivry, je joue le rôle d'interprète arabe-français. La gynécologue demande (par mon intermédiaire) à une jeune patiente somalienne si elle jeûne (C'était à ce moment-là, la période de jeûne musulman du mois de Ramadan). La patiente répond positivement. La gynécologue dit alors, en regardant la patiente : « Dieu ne veut pas que vous jeuniez, parce que ça fait du mal au bébé ». J'ai été surprise et bloquée à la fois par le ton et le contenu de cette phrase. La gynécologue l'ayant remarqué, me demande si j'ai du mal à traduire et insiste pour que je le fasse quand même. Je lui ai donc répondu que j'allais le faire, mais en y mettant les formes. « Le jeûne est important pour Dieu mais la vie aussi est importante pour Lui. Si vous jeûnez, vous ne buvez pas d'eau et le bébé a soif et peut

Houda MERIMI -

en souffrir. Le médecin préfère donc que vous ne jeûniez pas ». La patiente a alors levé les yeux en l'air avec un air excédé. J'avoue qu'à ce moment je me suis demandé à qui était destiné ce regard, au médecin, à moi ou à nous tous. Et il m'a mis mal à l'aise. Bien que comprenant « l'attitude santé » du médecin, j'ai vécu cet épisode comme intrusif et discriminatoire non seulement à l'égard de la patiente mais aussi vis-à-vis de toute une culture.

L'absence de neutralité est dû, dans cette situation, à deux facteurs. Le premier est que l'injonction à l'arrêt du jeûne, que je considérais très intrusive dans la forme, devenait encore plus violente du fait que je devais la transmettre à la patiente. Le second, résultant du premier, est une résistance au rapport d'autorité médicale vis-à-vis de l'interprète. Il semble donc que les rapports d'autorités entre le médecin et son patient décrits notamment par Foucault (1976)(REF) comme biopouvoir s'étendent également à l'interprète en présence.

Vignette 11 : Salle d'attente du pôle santé du CHUM d'Ivry. 21 Juin 2017.

Une patiente avec un œil au beurre noir demande à l'infirmière de l'envoyer à l'hôpital pour des soins. L'infirmière se doute, parce que ce n'est pas la première fois, que la patiente a été victime de violence conjugale à l'intérieur du camp. Elle semble gênée et dit au jeune traducteur que ce n'est pas l'hôpital qui va régler le problème. J'ai appris par la suite que pour une situation similaire dans une autre famille, quand il y a eu une intervention auprès du mari, le lendemain toute la famille avait quitté le camp au petit matin. L'interprète se tourne vers la patiente et lui dit en arabe : « Tu peux aller à l'hôpital, on va te faire des analyses, te donner des médicaments. Mais ce n'est pas important pour moi. Ce qui est important, c'est qu'il ne doit pas te frapper. Et si quelqu'un te fait du mal, il faut venir me voir ».

Dans cette seconde situation, l'interprète dépasse ses prérogatives professionnelles pour se poser comme protecteur d'une patiente victime de violences conjugales.

Ainsi, pris à partie dans ses repères professionnels, personnels et culturels, l'interprète ne parvient pas à rester extérieur à l'action, et se trouve face à une intense mobilisation interne, sur les plans affectif, cognitif et culturel. (Goguikian Ratcliff & Suardi, 2006)

Par ailleurs, quand le récit de vie à traduire est violent, il est de nature éprouvante pour les interprètes. Ils finissent par surmonter cet état « avec l'expérience, même si c'est toujours dur ». La réaction de l'interprète va dépendre de sa propre origine géographique et culturelle par rapport à celle du migrant pour lequel il traduit.

Houda MERIMI

« Avec des interprètes maghrébins, on sent qu'ils sont dans l'empathie, mais des gens qui ne sont pas eux... Et donc eux, ils ont plus de distance, non pas qu'ils ne sont pas touchés par ce qu'ils entendent mais ils ont cette distance-là... Par contre pour les afghans, la plupart des interprètes sont des afghans qui ont migré avant... Donc là, les interprètes ils rentrent en prise [...] Ce que raconte le migrant réactualise complètement leurs propres souffrances de l'exil, des conditions du voyage et du départ. Ils ont vécu exactement la même chose, quelques années avant. » Psychiatre Médecins du Monde

Même lorsqu'il tend vers l'invisibilité, l'interprète ne peut étouffer les émotions et sentiments qui surgissent lors de l'interprétation. Le récit du patient peut parfois entrer en résonance avec le vécu de l'interprète (Métraux & Alvir, 1995). A l'initiative des psychiatres ou des psychologues rencontrés, tant au Comede que pour Médecins du Monde, des moments de debriefing ou de cadrage sont proposés aux interprètes avant ou après la consultation. Par ailleurs, des psychologues sont mis à la disposition des interprètes, autant par Inter Service Migrant Interprétariat que par le Samu Social de Paris.

Il y a d'autres défis dans le travail de l'interprétariat. Ils concernent la relation avec les patients en général, et parfois, les questions de genre en particulier.

Ainsi, dans certaines situations avec les patients, une interprète interrogée rapporte la peur du jugement.

« Je traduis beaucoup en hindi ourdou. L'hindi, c'est l'Inde et l'Ourdou c'est le Pakistan. Moi je suis neutre : je ne suis ni de l'Inde, ni du Pakistan. Je suis mauricienne. Et souvent, les patients te posent la question... Et puis, comment je dis d'où je viens, eh ben là, ils vident, parce que je ne suis pas la compatriote... [quand c'est une compatriote] surtout si c'est une femme, elle se renferme, surtout si c'est des violences, tu sais des violences dans la famille, dans les couples, et bon, ils ont toujours cette tendance, même s'il y a un homme aussi, et pour eux tu es une compatriote et puis quand tu sors eh ben tous les gens du pays vont connaître son problème. Pourtant on fait beau de leur faire comprendre, qu'on est sous secret professionnel et tout, mais bon, ça reste tu vois ...ils ont toujours peur que leur voisin qui est du même pays qu'eux va savoir» Interprète Comede.

La question du genre a été abordée par différents professionnels, dont les interprètes. Lors des réunions d'intervision du Comede – où les interprètes sont absents-, certains professionnels ont rapporté le malaise ressenti dans des situations où l'interprète et le patient sont de genre différent lors de consultations médicales ou de psychothérapie. Il me semble, au cours des traductions réalisées pour des patients hommes, que j'ai intuitivement adopté les postures de genre issues de ma culture d'origine, comme décrit dans la toute première vignette de ce chapitre.

- *L'arabe*

Houda MERIMI -

Dans le cas particulier de l'arabe, certaines spécificités sont à prendre en compte, car les besoins de traducteurs arabophones sont plus importants aujourd'hui en raison de l'origine des derniers migrants primo-arrivants. Si cette langue est parlée dans un grand nombre de pays⁵⁸, elle se distingue par l'existence de nombreux dialectes différents, avec pour chacun beaucoup d'intrusions de langues non-arabes, en fonction des régions. Ainsi, l'arabe soudanais, plus ou moins proche de l'arabe syrien mais pas trop de l'arabe iraquien par exemple, est très éloigné de l'arabe maghrébin lui-même différencié entre les pays du Maghreb. De plus, pour certaines ethnies d'Erythrée ou de Somalie par exemple, l'arabe est une seconde langue⁵⁹. Or, la plupart des interprètes arabophones que j'ai rencontrés sont d'origine maghrébine. Ils m'ont confié l'utilisation intermédiaire d'un dialecte égyptien (très répandu dans le monde arabe grâce au rayonnement cinématographique de ce pays depuis plus de 70 ans) entremêlé d'arabe littéral, qui lui n'est accessible, en général, qu'aux personnes lettrées.

c. Discussion

L'originalité de la présence de l'interprète au sein d'une équipe de soins primaires est inhérente à la spécificité de la population accompagnée. Comment l'interprète dessine-t-il donc son territoire à l'intérieur des espaces traditionnels du soin et de la santé ? Comment s'insère-t-il dans le duo patient-professionnel ?

- *La traduction*

Il est vrai que le recours à l'interprète transforme la dynamique traditionnelle du colloque singulier de la consultation médicale et du processus thérapeutique de la consultation psychologique. Il n'y a plus deux acteurs en présence mais bien trois et l'interprète endosse un rôle dans cette dynamique tripartite, participant ainsi à la mouvance dynamique du fonctionnement traditionnel. En effet, opérer le passage d'une langue à l'autre, d'un univers culturel et social à un autre s'accompagne d'un fort investissement subjectif, en plus de compétences linguistiques et de la connaissance du contexte médico-psycho-social (Comede, 2015). Les ajustements continuels auxquels l'interprète doit faire face pose un questionnement identitaire. En effet, « [...] la dénomination d'interprète ne recouvre pas entièrement les différents rôles et les différentes fonctions remplis par l'interprète. Il est interprète mais pas seulement. Il est

⁵⁸ L'arabe est la langue officielle de 25 pays.

⁵⁹ Dans les structures observées, il existe d'ailleurs un manque d'interprètes en somali par exemple.

médiateur culturel mais pas seulement. Il n'est ni thérapeute, ni intervenant social, mais peut parfois en remplir certaines fonctions. » (Denis-Kalla & Moussaoui, 2003)

L'interprète s'attache à réduire l'écart existant entre les professionnels du soin et du social et le patient. Il se situe entre des acteurs qui ont des représentations et des intérêts différents. Cependant, dans mes observations, les professionnels le situent « spatialement » du côté du patient. Parfois, il canalise l'agressivité entre les deux parties et permet une certaine retenue dans les propos (DenisKalla & Moussaoui, Op. Cit.).

En santé mentale, l'interprète peut parfois être vu comme co-thérapeute dans la mesure où il possède un savoir linguistique et socio-culturel spécifique qui peut être utilisé pour éclairer le processus thérapeutique (Boivin & al. 2011).

- *Les rôles envisagés de l'interprète*

Dans un travail de répertoriage de 85 travaux qui abordent ce qui est considéré comme le rôle ou les éléments constitutifs du rôle de l'interprète professionnel, Delizée et De Ridder ont listé les principaux rôles auxquels l'interprète en santé mentale s'ajuste en fonction des différentes situations (Delizée & De Ridder, 2016). Tout d'abord, l'interprète peut être considéré comme un instrument extérieur à l'interaction : Il est alors un convertisseur linguistique. Mais, il reste tout de même un collaborateur particulier : Il est ainsi impliqué émotionnellement, co-dépositaire de l'intensité émotionnelle et soutien du thérapeute, co-thérapeute, partenaire et co-constructeur de la réflexion thérapeutique, référent linguistique, co-diagnosticien sur le versant linguistique, indicateur de la différence culturelle, référent culturel, médiateur culturel, accueillant et soutien du patient, médiateur relationnel et vecteur de la thérapie. Enfin, l'interprète peut être aussi un travailleur autonome : il est alors partiellement intervenant social, porte-parole du patient et même avocat du patient.

Cette diversité des positionnements décrits ci-dessus est en contradiction avec la plupart des codes déontologiques⁶⁰ qui prônent une position unique : celle d'un convertisseur linguistique qui tend à s'effacer au maximum.

- *La médiation interculturelle*

⁶⁰ Marjory Bancroft a récapitulé les instructions données aux interprètes dans 145 codes de déontologie et de pratique récoltés dans 25 pays, tous secteurs d'intervention confondus : il se doit avant tout d'être précis et impartial, c'est-à-dire ne rien omettre, ne rien ajouter, et ne pas donner son avis même s'il est sollicité, ne s'engager dans aucun aparté. (Bancroft, M., "The Interpreter's World Tour: An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters", 2005, The California Endowment.

Au-delà de la nécessité, retrouvée dans les entretiens, de rester le plus possible fidèle au mot et pour bien jouer son rôle de passeur, l'interprète réalise donc un ensemble de tâches complexes. Il reçoit un ensemble d'informations, en dégage un sens, trouve l'équivalent dans l'autre langue puis transmet ce sens (Boivin et al., 2011). Cette traduction, qui se fait de manière consécutive (non-instantanée) pendant la consultation, se double donc d'une interprétation d'une autre nature. De là, à jouer un rôle dans la co-construction des actions et interactions en santé, il n'y a qu'un pas nommé médiation sanitaire⁶¹ dont le sens premier est caractérisé par le passage entre deux cultures. Cela compléterait une approche globale en santé.

De fait, la médiation en santé s'adresse autant aux institutions et aux professionnels du soin et de la prévention qu'aux personnes qui en sont éloignées et exclues. La Haute Autorité de Santé précise que la médiation est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » pour renforcer l'équité en santé, participer à un changement des représentations et des pratiques, tout en ayant une connaissance fine du territoire d'intervention et des acteurs, ce qui nécessite de participer à un diagnostic initial (HAS, 2017). Le médiateur en santé est engagé dans une double activité représentative : celle du patient et de son univers, et celle des thérapeutes et de leurs modèles culturels et théoriques. Dans cette perspective, la traduction consiste alors à construire l'interculturalité en jetant un pont entre ces deux univers (Goguikian, Ratcliff & Changkakoti, 2004). En conférant ce sens précis à l'interculturalité, la définition des acteurs prend alors un sens nouveau. Ainsi, tout d'abord, l'interculturalité considère autant la diversité des pratiques entre les acteurs de la prévention et du soin que la diversité entre ces acteurs spécialisés et les personnes qui s'adressent à eux. Ces dernières détiennent un savoir profane, voire une expertise propre. A partir de là, il est établi que ces différents types d'acteurs participent au système de santé et devraient être considérés, non pas comme des pourvoyeurs de soins et des usagers du système, mais bien davantage comme des interlocuteurs variés possédant leurs propres schémas des soins et de la prévention (Revault, 2017). Cependant, bien qu'inscrite au niveau de la loi de modernisation du système de santé de 2016 comme outil d'amélioration de l'accès au droit, à la prévention et aux soins, la médiation sanitaire peine encore à se mettre en place et les interprètes que j'ai rencontrés ont affirmé ne pas en faire par manque de formation ou parfois par manque d'envie. Par ailleurs, les différents acteurs

⁶¹ La médiation est un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers, impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose" Séminaire européen "Médiation sociale et nouveaux modes de résolution des conflits de la vie quotidienne", Créteil, septembre 2000.

Houda MERIMI

ne s'entendent pas encore sur le statut professionnel du médiateur en santé. Ainsi, si dans certains pays, comme l'Italie, le cursus de formation est articulé de manière à ce que l'interprète professionnel endosse naturellement ce rôle, en France, d'autres acteurs préconisent une totale différenciation entre l'interprétariat professionnel et la médiation en santé.

L'interprète est un professionnel particulier dans l'équipe socio-sanitaire. S'il représente, dans les faits, le traducteur entre deux mondes culturels et sociaux, c'est le médiateur en santé qui semble plus se rapprocher des mécanismes de traduction tels qu'approchés dans la théorie de Callon. Sa place parmi les autres professionnels est certainement indispensable, en tant qu'élément indiscutable de l'accès aux soins pour les migrants. Cependant, les rôles de l'interprète sont encore à définir, car ils vont au-delà de la conversion linguistique et qu'ils se dessinent dans un questionnement identitaire de ce professionnel de l'interculturalité.

C. Quel acteur stratégique pour l'adéquation des politiques publiques aux enjeux de santé publique concernant la santé des migrants ? Le point de passage obligé du droit commun.

Les phénomènes de traduction en cours dans le réseau d'acteurs en rapport avec la santé des migrants sont multiples. Cependant, l'une des traductions les plus cruciales est celle qui permet d'élaborer la politique publique. Après la mise à l'arène publique de l'interprétation propre à l'acteur stratégique de la situation problématique, l'action est alors mise en place.

Selon l'école de Chicago, une situation est dite problématique quand les réactions habituelles d'un organisme ou d'une société aux sollicitations de ses environnements ne procurent plus de satisfaction de ses besoins et de ses désirs. Quand les réponses habituelles qu'une collectivité donne à son environnement s'avèrent mal ajustées, inadéquates ou insuffisantes, le trouble naît de l'indétermination de la situation. Les membres de la collectivité cherchent alors à circonscrire, contenir, comprendre et contrôler ce trouble. Des personnes, des groupes, des organisations et des institutions se mobilisent alors, en des lieux et à des moments divers, et traduisent, chacun depuis sa perspective, en quoi consiste ce trouble et, s'il y a lieu, de l'identifier et de le définir, de lui assigner des causes et des raisons, de le déterminer comme un problème. Ces acteurs proposent alors, de sélectionner dans l'environnement des informations et des ressources utiles pour mieux le contrôler, découvrent des faisceaux et des chaînes de causes sur lesquels agir, se font des alliés et désignent des adversaires, se battent sur différentes scènes vis-à-vis de différents publics, en vue de rétablir un cours régulier et normé de la situation problématique. Ils inventent, en théorie et en pratique, des dispositifs d'intervention dont l'opérationnalisation requiert de convaincre d'autres personnes, en privé et en public, du bien-fondé de leurs diagnostics. Il faut les sensibiliser, les concerner et peut être les mobiliser, au sens de l'intéressement et de l'adhésion de la théorie de la traduction. Dès lors que cette dynamique de problématisation et de publicisation déborde le cercle des personnes immédiatement touchées pour concerner un plus grand nombre, elle prend le caractère d'un processus politique (Cefaï, 2015).

Il semble aujourd'hui que « la santé des migrants » n'émerge pas dans l'arène publique au sens de situation problématique en tant que telle. La problématique qui

Houda MERIMI

émerge de manière continue depuis quelques années est celle plus globale de la « migration ». L'action des acteurs concernés se différencie alors en fonction de chacun.

Les organismes non-gouvernementaux dédiés ou intervenant en matière de santé des migrants mettent en place des stratégies de clarification d'une situation problématique énoncée en tant qu'enjeu de santé publique. Parmi les stratégies de visibilisation des enjeux de santé publique liés à la santé des migrants, le projet Comede, initialement tourné vers la mise en place d'un réseau de professionnels dans un centre de santé facilitant l'accès aux soins des migrants les plus précaires, s'est étoffé d'un centre ressources.

« La création du centre de ressources fait que, historiquement, le centre de santé est le dispositif qui est en perte de vitesse. Il y a un principe de dire que le centre de santé, de toute façon, ne suffira jamais à pourvoir aux besoins de santé de toutes les personnes vulnérables. On ne soignera jamais tout le monde, c'est pour ça qu'on met des critères de vulnérabilité etc. Donc, l'action doit être macro et aussi sur le plan politique. Et donc, il faut faire évoluer les mentalités, il faut faire du plaidoyer pour changer les choses aussi sur le plan pas simplement de la prise en charge de l'individu... Et donc, est venu se greffer ce centre de ressources, qui en fait a pris beaucoup d'ampleur, et qui de fait, est maintenant le dispositif par lequel est connu le Comede [...] Il y a ce principe là, que je trouve très rationnel aussi, qui est de dire il faut changer la loi quoi! [...] D'où le développement de la formation, de la recherche etc, etc... D'où les temps IFR [information, formation, recherche]. » Coordinateur Comede

Sur la base des données épidémiologiques des activités du centre de santé et de la collecte de données de permanences téléphoniques dédiées, le centre ressources permet, d'engranger une connaissance pointue et spécifique concernant la santé des migrants et élevant l'organisation au rang d'expert dans le réseau. Cette connaissance est diffusée et promue via des publications telles le Guide du Comede, Maux d'Exil ou la participation à diverses publications. L'expertise se transmet également en externe par le montage de modules de formation à destination de divers professionnels. Enfin, la participation à des collectifs plus larges concernant le droit d'asile conforte cette position d'expert. L'Observatoire de l'Accès aux Droits et aux Soins de Médecins du Monde s'inscrit dans cette même logique, mais pour une population plus large, dite en situation de précarité.

En revanche, sur le plan des politiques publiques, les enjeux de santé publique liés à la santé des migrants tendent à être invisibilisés par la problématique « migration ». Dès lors, comme dit précédemment, l'action politique définie par l'acteur stratégique qu'est l'Etat, sur les contrôles migratoires prend le pas sur les actions concernant l'accès aux soins. De fait, l'action « contrôle migratoire » plus englobante, constitue en partie une réponse à la problématique « santé migrants ». Mais cette réponse partielle publicisée à

Houda MERIMI -

outrance occulte totalement l'insuffisance de l'action sur la santé des migrants. Il n'est alors pas fortuit de voir émerger de manière de plus en plus forte, dans le discours des promoteurs non-étatiques de la santé publique, les questions essentielles de l'accès aux droits comme stratégie d'intéressement au sens de la théorie de la traduction, pour concurrencer en puissance le discours lié au nombre et donc au contrôle migratoire.

Bien que visiblement, les positions des acteurs ne semblent pas encore alignées, un point de passage obligé semble se définir dans la stratégie de tous ces acteurs : c'est le droit commun. Ainsi, quel que soit le niveau ou l'intensité de l'action favorisant l'accès aux soins des migrants, toutes les organisations non gouvernementales s'entendent, à terme, pour une orientation vers les structures de droit commun. Le développement de projets de service public de type Permanences d'Accès aux Soins de Santé et divers Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, bien que, là encore, ne se restreignant pas au public des migrants, vont dans ce sens. Cependant, ces derniers dispositifs peinent également à assurer le transfert du suivi de la santé des migrants vers les autres dispositifs de droit commun.

Conclusion

Ce mémoire aborde deux thèmes d'actualité majeure dans le système de santé français. D'une part, il décrit la prise en charge d'une population particulière, aux conditions de vulnérabilité parfois extrêmes et dont la nature dynamique et mobile est un défi en matière de politiques publiques : les migrants primo-arrivants. D'autre part, j'ai également voulu observer l'évolution des pratiques collectives dans le champ des soins primaires, dans une conjoncture où le virage ambulatoire est le parangon de l'orientation d'un système de santé historiquement construit autour de l'institution hospitalière. Le Comede, et à moindre degré les camps humanitaires de premier accueil, ont été des terrains privilégiés de l'observation de ces deux phénomènes.

C'est, à mon sens, le militantisme inhérent aux institutions qui comblent le vide laissé par les politiques publiques, qui est à l'origine de l'investissement et de l'ingéniosité qui s'est développée en faveur des personnes vulnérables : celle du Comede, du Samu Social de Paris, de Médecins du Monde et autres. Mais, c'est également le fonctionnement particulier en modèle « centre de santé » de l'équipe du Comede qui permet de développer une approche interdisciplinaire qui évolue par expérimentation et apprentissage continu et qui est à l'origine d'une expertise dans ce domaine. C'est essentiellement la conjugaison du principe d'approche globale de la personne au modèle de prise en charge bio-psycho-social spécifique à la médecine générale qui est garante d'un meilleur accompagnement des personnes. Ce type de fonctionnement au Comede pourrait constituer une modélisation potentielle du travail interdisciplinaire en soins primaires, duplicable à d'autres structures de santé de base et également à d'autres types de populations vulnérables.

L'action, sur le plan de la santé publique, se justifie par le fait qu'une personne peut présenter des problèmes de santé réels ou éventuels. Ces enjeux de soins et de prévention ne sont pas uniquement d'ordre biopsychologique. Ils sont également en lien avec l'environnement social et culturel. Mais, la particularité des migrants primo-arrivants d'aujourd'hui reste le manque flagrant des conditions préalables à la santé, tels que définis dans la charte d'Ottawa : l'accès au logement, à la nourriture, au travail et globalement aux droits qui font cruellement défaut. Aussi, quel qu'ait été leur état de santé à leur arrivée sur le territoire, il ne fait que s'altérer au fur et à mesure de leur séjour quand ces préalables à la santé ne leur sont pas garantis. Sans investissement des pouvoirs publics dans ces domaines prioritaires et sans le développement d'une approche globale bio-psycho-sociale de la part des professionnels, nul doute que l'altération de l'état de santé de cette population ne peut que cristalliser des inégalités sociales déjà très fortes. Aujourd'hui, seules quelques structures spécifiques, points de repère dans le paysage sanitaire, garantissent difficilement l'accès à la santé pour les migrants primo-arrivants.

Houda MERIMI -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2017-2018>

L'évolution du nombre de consultation de migrants au niveau des Permanences d'Accès aux Soins de Santé bute sur les défauts de budget de fonctionnement. La sectorisation de fait des centres médicaux psychologiques, ajoutée à l'absence d'interprétariat et aux préjugés culturels, constitue un autre obstacle sérieux à une prise en charge en santé mentale nécessaire. Les pratiques du secteur libéral se caractérisent elles, par des refus de soins plus ou moins ouvertement exprimés, plus ou moins justifiés par la peur de la stigmatisation et les difficultés de communication. Enfin, si la création récente de camps humanitaires de passage permet de réduire les opérations de mise à l'abri et le fleurissement des squats visibles, elle ne constitue, pour l'instant, qu'un dispositif incrémental et parcellaire dans la prise en charge socio-sanitaire et pas encore un maillon dans le parcours de soins des personnes.

Au final, le maintien permanent de patients en marge du système de droit commun consolide le maintien de la précarité de ces personnes, et ne peut que grever à long terme le fonctionnement d'un système de prise en charge socio-sanitaire national tout entier par la création de communautés marginales qui s'éloignent de tout discours sur « l'intégration ».

Dans une réflexion plus personnelle, la réalisation de ce travail a constitué un réel défi pour moi sur la posture de recherche en santé publique. Les efforts de distanciation réalisés au cours de ce travail ont été considérables. J'ai pu comprendre comment l'objectivation d'une certaine réalité sociale, celle de l'accès aux soins des migrants, se fait avec subjectivité. Cette subjectivité concerne le choix des questions, des moyens d'investigations et des modalités d'observation, et la limite des lieux qui matérialisent le terrain. En effet, le choix de la thématique correspond et à mon parcours professionnel antérieur et à mon projet professionnel futur dans le champ de la recherche en santé publique. J'ai donc été, tout au long de ces derniers mois, le médecin qui observe les médecins, le professionnel de santé publique qui observe l'équipe de soins de santé primaires, l'interprète qui observe les traducteurs et enfin, l'étrangère qui observe les étrangers. J'ai été prise entre le marteau de la posture d'évaluation professionnelle et l'enclume de la distanciation nécessaire à la recherche académique. Cette situation, où l'objet observé est également celui qui observe, constitue dans le même temps une grande richesse, surtout quand elle se développe dans des perspectives multi et interdisciplinaires. Elle renforce ma décision de vouloir poursuivre mon projet de doctorat pour enrichir mes ressources et compétences académiques. Mais, elle me conforte également dans la nécessité de maintenir une forme d'exercice de terrain. Il me semble aujourd'hui que le champ de la santé communautaire relierait opportunément l'exercice médical à la pratique de la santé publique. Cette conciliation nécessaire pour moi entre travail académique et expertise de terrain est d'ordre à développer le domaine de la recherche professionnelle.

Houda MERIMI

Bibliographie

Agence Régionale de Santé Ile de France, « **Action de l'ARS dans la prise en charge des migrants** », Décembre 2016

Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations « **La santé des primo-arrivants en 2005** » Rapport établi à partir de 8086 visites obligatoires de migrants

André JM., Azzedine F., « **Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance** », Public Health reviews, December 2016

Batista R., Pottie K., Bouchard L., Ng E., Tanuseputro P., Tugwell P., « **Primary Health Care Models addressing Health Equity for Immigrants: A systematic scoping review.** », Journal of Immigrant and Minority health, 2016, Vol. 18, N° 6

Berchet C., Jusot F., « **État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français** » in Questions d'économie de la santé n° 172 - Janvier 2012

Berger P., Luckmann T., « **La construction sociale de la réalité** », Paris, Méridiens Klincksieck, 1986.

Bloch M-A, Hénaut L. « **Conclusion - Au-delà des luttes de juridictions : une coordination distribuée** », Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, sous la direction de Bloch Marie-Aline, Hénaut Léonie. Dunod, 2014, pp. 285-286

Boivin I, Brisset C, Leanza Y, « **Interprétation et interprétariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues** », Filigrane : écoutes psychothérapeutiques, vol.20, n°2, 2011, p. 107-122

Boix Mansilla, V., « **Interdisciplinary Work at the Frontier: An Empirical Examination of Expert Interdisciplinary Epistemologies** », Issues in Integrative Studies, n° 24, 2006, p. 1-31

Boutry, L., Matheron, I. et Bidat, E. « **Quand les prescriptions ne sont pas suivies... Penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique** ».2001. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, 41, 470-476

Capodano, J., « **Secret professionnel et partage d'informations. Les nouvelles dispositions de la loi Santé** », VST - Vie sociale et traitements, vol. 132, no. 4, 2016, pp. 84-88.

Cefai D., « **Public Arena: A Pragmatist Concept of the Public Sphere** », *article soumis à Sociological theory*. 2015 http://cadis.ehess.fr/docannexe/file/2378/cefaï_arene_publicue_concept_pragmatiste_cadis.pdf, consulté le 16/01/18

Chambon N., et Le Goff G., « **Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie** », Revue française des affaires sociales, no. 2, 2016, pp. 123-140

Coirier E., « **L'état de santé des nouveaux migrants** », Département des statistiques des études et de la documentation, Infos migrations n°70 - juillet 2014

Comede, « **Migrants/Etrangers en situation précaire : Soins et accompagnement** », Guide pratique pour les professionnels, Edition 2015

Houda MERIMI -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2017-2018>

Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, « Avis n°127 du CCNE Santé des migrants et exigences éthiques », avis rendu public le 16 Octobre 2017

Couturier Y., « Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires? Distinctions pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée », Recherche en soins infirmiers, vol. 97, no. 2, 2009, pp. 23-33

Delizee A., De Ridder P., « L'interprète kaleidoscope ou le questionnement identitaire de l'interprète en santé mentale. Un état de la question », HumanOrg Working papers, Série Organisations, 2016/1

Desgrées du Loû A., Ravalihasy A., et Pannetier J. « Des situations de précarité qui exposent aux risques sexuels et au VIH », Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. *La Découverte*, 2017, pp. 139-159

Despres C., « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et de dentistes. », 2017, Rapport de recherche

Devoto J.P., « Santé des migrants : un engagement de santé publique », *Traité de bioéthique*, Toulouse, ERES, « Poche - Espace éthique », 2010, p. 432-441

d'Halluin E. « Entre expertise et témoignage. L'éthique humanitaire à l'épreuve des politiques migratoires », *Vacarme*, vol. 34, no. 1, 2006, pp. 112-117

D'Halluin E. Hoyez A-C, « L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants » *Humanitaire*, 2012, 33, pp. 38-47

Doré M., « Les dynamiques individuelles de l'engagement salarié au Comede. Trajectoires et épanouissement personnel en milieu associatif », Mémoire de master 2 Organisations Internationales, 2014, Institut d'Études Politiques de Grenoble.

Dubar C., « La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles », Armand Colin, 1998.

European Centre for Disease Prevention and Control, « HIV/AIDS surveillance in Europe 2013 » WHO Regional Office for Europe, 2014

Fassin D., « les inégalités sociales de santé, un problème français », *Humanitaire*, 2011, 30

Fassin D., « Rapport moral 2016 de l'assemblée générale 2017 du Comede », Bilan d'activités 2016 du Comede. 3 Juin 2017.

Fassin D., « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*. 2000. N° 1225

Fassin D. et Rechtman R., « L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime », Flammarion 2011, p 341-343
Foucault

Gabarro, C. « CPAM : le soupçon érigé en pratique », *Plein droit*, vol. 92, no. 1, 2012, pp. 16-19

Georges P, Waquet C, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain » Rapport de l'inspection Générale des Affaires Sociales, Juillet 2013

Georges-Tarragano C, et al. « Soigner les migrants dans les PASS. Une pratique spécifique, miroir d'une approche universelle », *Laennec*, vol. tome 71, no. 1, 2017, pp. 25-37

Hart J.T., « The Inverse Care Law », 1971, *The Lancet*, 1, p. 405-412

Haute Autorité de Santé, « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques », Octobre 2017

Haute Autorité de Santé, « Matrice de Maturité en Soins Primaires. Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires », Novembre 2014

Haxaire C, Genest P, Bail P, « Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique », in *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESS, 2010

Hély M., « Le travailleur associatif : un salarié de droit privé au service de l'action publique », Thèse de doctorat en sociologie, 2005. EHESS

Hénocq M, Veïsse A, « Hommes et Médiations. À propos du droit au séjour des étrangers malades », *Hommes et migrations*, 1282 | 2009, 44-53

Hoyez A.C, « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergeog* : European Journal of Geography, Espace, Société, Territoire, document 566, mis en ligne le 21 novembre 2011, consulté le 18 décembre 2017

Houda MERIMI

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018

Hoyez A.C., « **Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire ?** », in Revue francophone sur la santé et les territoires, Février 2015

Huutoniemi K., Thompson Klein J., Bruunc H., Hukkinena J., « **Analyzing Interdisciplinarity: Typology and Indicators** », 2010, *Research Policy*, vol. 39, pp. 79-88

Hyman I, Jackson B. «**The healthy immigrant effect: a temporary phenomenon?**», *Health Policy Res Bull.* 2010;17:17–21

Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, « **Soins de Santé Primaire : les pratiques professionnelles en France** », Eléments de bibliographie, Décembre 2016

Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, Centre de Recherche Médicale et Sanitaire, Société Française de Médecine Générale, « **Partenariat Pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation Des Soins de Premier Recours PROSPERE** », Mai 2008

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & Collège de la Médecine Générale, « **Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale** », Document destiné aux professionnels de santé, Etat des connaissances, Mai 2014

Insee référence, « **Immigrés et descendants d'immigrés** », 2012. Fiche 5.12

Jeoffrion C., « **Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé** », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, vol. numéro 82, no. 2, 2009, pp. 73-115

Klausser N., « **La régularisation pour soins des étrangers : symptômes d'une pathologisation d'un droit de l'homme** », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], 11 | 2017, mis en ligne le 10 janvier 2017, consulté le 12 décembre 2017

Klein JT, « **Une taxinomie de l'interdisciplinarité** », *Nouvelles perspectives en sciences sociales* 71 (2011) : 15-48

Kleinpeter E., « **Taxinomie critique de l'interdisciplinarité** », *Hermès, La Revue* 2013/3 (n°67), p. 123-129

Kotobi, L., « **Réflexions sur l'altérité migrante comme support de traitements différentiels à l'hôpital et sur la production des données d'enquêtes par l'ethnologue** », *Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises.* Armand Colin, 2012, pp. 179-230

Le Défenseur des Droits-Pôle Santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, « **Guide des droits des usagers de la santé** » 2011 ; In http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_droits_usag_dgos_dd_RM_env_121212.pdf

Le Goff S., « **L'accès des patients précaires au parcours de droit commun. Etude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Bobigny** », Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. Faculté de médecine de Bobigny Léonard de Vinci. 2014

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002 Article L1110-1

Loi de modernisation de notre système de santé, Titre II : Faciliter au quotidien le parcours de santé des français, Février 2016

Mairie de Paris, « **Protocole d'accord relative au premier accueil des primo-arrivants sans abri à Paris ayant vocation à demander l'asile** », 16 Septembre 2016

Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A., Taylor S. « **Commission on Social Determinants of Health, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health** », 2008, *The Lancet*, 372 (9650), p. 1661-1669

Martin JP, « **Souffrance psychique et trauma** », in *La rue des précaires, soins psychiques et précarités*, Eres 2011

Missonier S, « **L'agora de Babel : de la complémentarité des « somaticiens » et des psychistes** », *Cliniques*, 2012/I, p 32-45

Morin E. « **Sur l'interdisciplinarité** », *Carrefour des sciences, Actes du Colloque du Comité National de la Recherche Scientifique Interdisciplinarité*, Éditions du CNRS, 1990

Nguyen A., « **L'agonie administrative des exilés. Une clinique de l'asile** », *L'Autre* 2014/2 (Volume 15), p. 197-206

Ordre de Malte France, « **Santé et accès aux soins des personnes démunies en France : Etat des lieux** » Dossier, 2016/2017

Organisation Mondiale de la Santé- Europe « **Migration et santé : les principaux enjeux** » in <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues> consulté en Octobre 2017

Houda MERIMI -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2017-2018>

Pailhes S., « **De la PASS au système de santé de droit commun** », Thèse pour l'obtention du grade de docteur en Médecine, Faculté de médecine de Lyon nord, 2008

Primary Health Care Research & Information Service in http://www.phcris.org.au/guides/social_determinants.php (Consulté le 24/04/17)

Rawaf S., Maeseneer J., Starfield B., « **From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care** », *The Lancet*, 2008/10/14: 1-3

Revault P., « **La médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives après la publication du référentiel de la Haute Autorité de Santé ?** » 13/11/2017, Version de pré-publication.

Sanson K., « **Pluridisciplinarité : intérêt et condition d'un travail de partenariat** », *Le journal des psychologues* 2006/9, p 24-27

Sainsaulieu R., « **L'identité au travail** », Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1985.

Santé Publique France, « **La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique** », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Septembre 2017, N° 19-20, p. 373

Santé Publique France, « **Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B** », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2012, N° 2-3-4

Sousa L, Costa T., « **The multi-professional approach: front-line professionals' behaviours and interactions** », *Int J Soc Welfare* 2010: 19: 444-454 © 2009 The Author, Journal compilation © 2009 Blackwell Publishing Ltd and the International Journal of Social Welfare

Spira A. « **La recherche en santé publique** », in *Traité de santé Publique*, 2016, Lavoisier Médecine sciences.

Ughetto P., Combes MC., « **Entre les valeurs associatives et la professionnalisation : le travail, un chaînon manquant ?** », *Socio-logos*, 5 | 2010, mis en ligne le 08 juin 2010, consulté le 10 décembre 2017. URL : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2462>

Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. « **Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés** ». *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(19-20):405-14.

Walsh I, et Alexandre R. « **La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de Système d'Information** », *Management & Avenir*, vol. 39, no. 9, 2010, pp. 283-302.

Wang S., « **Analyses sociologiques de l'interprétariat-médiation en pédo-psychiatrie : l'exemple des familles chinoises à Paris** », *Enfances & Psy*, n° 56, 2012/3

Wittorski R. « **La professionnalisation** », *Savoirs*, vol. 17, no. 2, 2008, pp. 9-36.

Houda MERIMI -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2017-2018>

| | | |
|--|-------|---------------|
| MERIMI | Houda | Novembre 2017 |
| Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique | | |
| | | |
| Promotion 2017-2018 | | |
| <p>Résumé :</p> <p>La santé des migrants constitue un enjeu de santé publique. En plus des difficultés à unifier la définition de l'expression « migrant », la revue de la littérature concernant leur santé retrouve des facteurs de vulnérabilité multiples en rapport étroit avec les déterminants sociaux de leur santé d'une part, et une balance entre des politiques de santé publique et des politiques de contrôle migratoires au détriment de la santé des migrants d'autre part.</p> <p>Pour ce travail, deux structures dédiées à l'accueil et à l'accompagnement de la santé des migrants primo-arrivants ont été étudiées. La première est le centre de santé du Comede, à l'hôpital de Bicêtre, qui fonctionne depuis 1979. La seconde est le dispositif de premier accueil mis en place en Ile-de-France à partir de Novembre 2016. Ce dispositif est lui-même constitué de deux structures : le Centre de Premier Accueil de la Chapelle, fermé en Mars 2018 et le Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants à Ivry-sur-Seine. L'observation du travail collectif des équipes de soins primaires de ces structure a permis d'explorer l'approche interdisciplinaire mise en place.</p> <p>L'exploration de l'interaction des acteurs concernés par l'accès aux droits et à la santé des migrants - institutions, professionnels et migrants eux-mêmes- a permis de mettre en exergue des enjeux majeurs de traduction, dans le sens de la théorie de Callon et Latour : la traduction entre des mondes professionnels différents qui tentent de travailler en interdisciplinarité, la traduction entre le système de santé et les migrants et enfin, la traduction politique de l'enjeu migratoire versus santé des migrants.</p> | | |
| <p>Mots clés : Interdisciplinarité- Soins de santé primaires- Santé des migrants primo-arrivants- Théorie de la traduction</p> | | |
| <p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p> | | |

