

L'accueil et l'accompagnement des migrants dans les Côtes
d'Armor en 2017

DIAGNOSTIC ET PISTES D'ACTION



Conduite de l'enquête et rédaction
Sandrine Dupé et Marie Tanguy.
IREPS Bretagne

Avec le soutien financier de l'ARS Bretagne



Table des matières

PREAMBULE.....	3
I. OBJECTIFS ET METHODES.....	4
1. Objectifs	4
2. Méthode	4
II. CONTEXTE.....	6
1. Terminologie utilisée.....	6
2. Les migrations à l'échelle mondiale.....	6
3. En France.....	7
4. En Bretagne	7
III. DISPOSITIFS ET STRUCTURES D'ACCUEIL DES MIGRANTS DANS LES CÔTES D'ARMOR.....	8
1. Des compétences propres à l'Etat.....	8
2. La place des collectivités territoriales.....	8
3. Promotion de la santé des migrants sur le territoire.....	9
4. Coordination des acteurs	11
IV. RESULTATS.....	12
1. Les migrants : un accompagnement spécifique ?.....	12
2. La crise comme contexte de travail.....	17
3. Postures et pratiques des professionnels en question	20
4. Ressources	26
V. DISCUSSION ET PERSPECTIVES	29
1. Les difficultés et les limites de ce travail exploratoire.....	29
2. Les atouts de ce travail.....	29
3. Des perspectives attendues par les professionnels. Restitution des ateliers du 23 mai 2017	30
4. Ressources développées.....	32
VI. Conclusion et pistes d'action.....	33
BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE.....	35
REMERCIEMENTS	37



PREAMBULE

L'Ireps est une association qui a pour objet la promotion de la santé et de la qualité de vie en Bretagne par l'action auprès des publics prioritaires, des professionnels et des bénévoles des secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et éducatifs et dans tous les domaines favorisant l'accès à la prévention, aux soins et à la qualité de vie de la population en Bretagne. L'une de ses missions est d'accompagner la montée en compétences des acteurs travaillant auprès de publics en situation de précarité.

C'est à ce titre que, au cours de formations ou de conseils méthodologiques destinés aux professionnels du soin et du social, il a été constaté que parmi ceux qui accueillent ou accompagnent des migrants, certains exprimaient des questionnements quant à leur pratique, et pouvaient se sentir démunis pour accompagner au mieux ces personnes.

Ces interrogations émergent dans un contexte national et international favorisant les arrivées de migrants en Bretagne et dans les Côtes d'Armor. En 2015, un million de personnes sont arrivées en Europe, et environ 347 000 en 2016. Cette même année, 85 726 demandes d'asile ont été enregistrées en France à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), dont 26 351 ont été attribuées¹. La volonté politique d'éliminer les bidonvilles de Calais a conduit l'Etat Français à rediriger les migrants dans l'ensemble des régions françaises. La Bretagne a alors connu un fort afflux de migrants sur son territoire, ce qui a mis sous tension des dispositifs dédiés à leur accueil. Cela a conduit à un bouleversement des pratiques des professionnels qui travaillent dans ces structures.

Afin de cerner au mieux les difficultés que les professionnels rencontrent, mais également d'identifier les ressources, personnelles et collectives, qu'ils mobilisent, un diagnostic a été réalisé auprès des travailleurs sociaux et des professionnels de santé des Côtes d'Armor susceptibles d'accueillir des personnes étrangères dans leurs structures.

L'enjeu de ce diagnostic est double. Il vise non seulement à mettre en évidence les spécificités de l'accueil et de l'accompagnement des migrants propres au territoire, mais également à soutenir une dynamique de coordination et de montée en compétences des professionnels, déjà portée par le Réseau Louis Guilloux, dans le cadre du dispositif régional d'appui aux professionnels DATASAM (Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et à la santé des migrants en Bretagne).

Cette démarche s'appuie donc sur les professionnels qui se sont investis dans la démarche, ont donné de leur temps pour partager leurs expériences et ont proposé, individuellement ou collectivement, des pistes d'action.

¹ <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Donnees-statistiques/Dossiers/Themes/Demande-d-asile>



I. OBJECTIFS ET METHODES

1. Objectifs

L'objectif de ce travail est de :

- Rendre compte de l'environnement institutionnel de l'accueil et l'accompagnement des migrants dans les Côtes d'Armor
- Mettre en évidence les problèmes, les attentes, les expériences et les ressources des professionnels qui travaillent auprès des migrants sur le territoire
- Proposer aux professionnels des ressources permettant d'améliorer leurs pratiques auprès de ce public.

2. Méthode

Des entretiens avec des professionnels du soin et du social

Des entretiens qualitatifs ont été menés de janvier à mai 2017 auprès de 36 professionnels travaillant à l'accueil et à l'accompagnement des migrants sur le territoire des Côtes d'Armor, au sein de 18 services différents. L'enjeu était d'avoir un panel le plus large possible d'acteurs du territoire, afin de rendre compte de la diversité des professions impliquées dans la promotion de la santé des migrants. Ont été interrogés à la fois des professionnels de première ligne et des cadres. L'essentiel de ces professionnels travaillent sur le territoire de Saint Brieuc.

Les entretiens ont été menés de manière semi-directive, selon trois modalités différentes : lors de rencontres individuelles, lors de rencontres collectives, et au cours d'entretiens téléphoniques. Six thématiques ont été abordées :

- Les missions de la structure
- Les missions de la ou des personnes entendue(s)
- Le contexte d'accueil des personnes migrantes
- Les difficultés rencontrées dans la pratique
- Les ressources mobilisées
- Les interrogations spécifiques liées à l'accueil et à l'accompagnement de migrants.

Statut professionnel des personnes interrogées

- 11 infirmier-e-s diplômé-e-s d'Etat
- 1 médecin
- 1 sage-femme
- 2 conseillères techniques de puériculture
- 5 éducateurs spécialisés
- 2 assistant-e-s sociaux-ales
- 4 conseiller-e-s en économie sociale et familiale
- 9 cadres



Structures

- La Direction départementale de la cohésion sociale des Côtes d'Armor (DDCS)
- Le conseil départemental des Côtes d'Armor : 5 services, sur les territoires de Saint Briec, de Lannion et de Dinan
- La ville de Saint Briec, équipe du Trait d'Union
- La Caisse primaire d'assurance maladie des Côtes d'Armor avec le Centre d'examen de santé (CES)
- Le centre hospitalier de Saint Briec Yves Le Foll : 2 services à dimension départementale
- La Fondation Saint Jean de Dieu : 2 services
- L'association Adalea
- L'association Adapei-Les Nouelles, service des appartements de coordination thérapeutique
- L'association Coallia : 2 services
- L'association Emmaüs
- La Fédération des acteurs de la solidarité de Bretagne
- Le Réseau Louis Guilloux

Une restitution et un recueil des attentes de professionnels

Le 23 mai 2017, les personnes sollicitées pour participer au diagnostic ont été conviées à une restitution des premiers éléments recueillis au cours des entretiens. Cette rencontre, organisée en partenariat avec le Réseau Louis Guilloux, a été l'occasion de favoriser les échanges entre 24 professionnels du soin et du social des Côtes d'Armor, et de travailler par petits groupes à l'élaboration de pistes d'action à mettre en œuvre sur le territoire pour faciliter l'accueil et l'accompagnement des migrants.

Ce temps de restitution et de travail collectif, qui a constitué un espace d'interconnaissance entre professionnels de la santé et du social, complète les informations recueillies lors d'entretiens.

II. CONTEXTE

1. Terminologie utilisée

MIGRANTS

« Les migrants choisissent de quitter leur pays non pas en raison d'une menace directe de persécution ou de mort, mais surtout afin d'améliorer leur vie en trouvant du travail, et dans certains cas, pour des motifs d'éducation, de regroupement familial ou pour d'autres raisons.

Contrairement aux réfugiés qui ne peuvent retourner à la maison en toute sécurité, les migrants ne font pas face à de tels obstacles en cas de retour. S'ils choisissent de rentrer chez eux, ils continueront de recevoir la protection de leur gouvernement. Pour les gouvernements, cette distinction est importante. Les pays gèrent les migrants en vertu de leurs propres lois et procédures en matière d'immigration. »²

REFUGIES

« Les réfugiés sont des personnes qui fuient des conflits armés ou la persécution. [...] On les identifie précisément car il est dangereux pour eux de retourner dans leur pays et qu'ils ont besoin d'un refuge ailleurs. Ne pas accorder l'asile à ces personnes aurait potentiellement des conséquences mortelles.

Le terme réfugié est défini par la législation internationale et les réfugiés sont protégés par cette dernière. La Convention de 1951 relative aux réfugiés et son protocole de 1967³ ainsi que d'autres textes juridiques, comme la convention de l'OUA de 1969 sur les réfugiés⁴, demeurent actuellement les pierres angulaires de la protection des réfugiés. »²

Afin d'adopter un discours compréhensible et opérationnel, le terme migrant est utilisé au cours de ce diagnostic, bien que les catégories ne reflètent pas l'hétérogénéité des situations que les personnes vivent, et la richesse de leur histoire. Ici, le terme « migrants » inclut les personnes réfugiées.

2. Les migrations à l'échelle mondiale

En 2016, les mouvements de population à l'échelle internationale touchaient 250 millions de personnes, soit 3% de la population mondiale. La plupart de ces migrations concernent des mouvements d'un pays en développement vers un autre pays en développement. L'Europe accueille 6% des réfugiés (0,2% de sa population totale).

Les raisons qui poussent une personne ou une famille à quitter son lieu de vie sont multiples. Les migrations sont causées par une combinaison de facteurs dans les pays d'origine (causes de départ) ou les pays de destination (effet d'attraction) :

- La guerre, la persécution, le risque de mort
- Les causes environnementales
- Des perspectives économiques défavorables
- Un regroupement familial

² UNHCR, 2017 : <http://www.unhcr.org/fr/>

³ UNHCR, ibid : <http://www.unhcr.org/fr/4b14f4a62.html>

⁴ UNHCR, ibid : <http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2009/9/4b9fa7969/questionsreponses-convention-loua-reference-protection-refugies-afrique.html>



3. En France

La France n'est pas seulement un pays où les personnes souhaitent s'installer : elle peut être aussi un pays de transit, ce qui explique la situation à Calais.

Pour ceux qui souhaitent s'installer, il existe plusieurs types de titres de séjour :

- Les titres de séjour pour regroupement familial
- Les titres de séjour pour motifs économiques
- Les titres de séjour étudiant
- Les régularisations
- Les titres de séjour pour raison humanitaire (accords de Dublin)

Le nombre de demandes d'asile déposées est en augmentation constante : en 2015, 80 075 demandes d'asile ont été enregistrées à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), soit une augmentation de 34% depuis 2010⁵.

La réforme du droit d'asile du 15 juillet 2015 a été mise en place pour limiter le délai moyen d'examen de demande d'asile (2 ans), la saturation des parcs d'hébergement, et la concentration territoriale des demandes d'asile. Il en a résulté la création d'un schéma national d'accueil, ayant pour but d'éviter la concentration territoriale des demandeurs et de lutter contre les filières.

4. En Bretagne

Avec la réforme du droit d'Asile de 2015, puis avec le démantèlement de Calais en 2016, la Bretagne a accueilli un nombre plus élevé de personnes migrantes. En 2014, le nombre de demandes d'asile était de 998, contre 1438 en 2015. En dix ans, face à la hausse du nombre de demandeurs d'asile, la capacité d'accueil de la Région a doublé⁶.

⁵ Statistique publique (2016) : « Les demandes d'asile. Ministère de l'Intérieur. » *Direction générale des étrangers en France*. Publié le 8 juillet 2016. 2 p.

⁶ Préfet de Bretagne (2016) : « Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile de la région Bretagne. » *Préfecture de Bretagne*. 31 p.



III. DISPOSITIFS ET STRUCTURES D'ACCUEIL DES MIGRANTS DANS LES CÔTES D'ARMOR

En septembre 2017, 445 places d'hébergement sont ouvertes pour les demandeurs d'asile dans les Côtes d'Armor, auxquelles vont s'ajouter 120 places supplémentaires d'ici fin 2017. Les places disponibles ne cessent d'augmenter depuis 2015. Sur 10 demandes d'asile, 7 aboutissent à un refus. Parmi ces déboutés peu d'entre eux quittent le territoire français. Les institutions, les structures et les professionnels sont donc face à de nouveaux enjeux sur le territoire.

1. Des compétences propres à l'Etat

La politique de l'asile est une compétence régalienne de l'Etat, qui n'est destinée qu'aux demandeurs d'asile. L'Etat doit prendre en charge :

Le versement d'une Allocation pour demandeurs d'asile (ADA) qui permet aux demandeurs de subvenir à leurs besoins, notamment alimentaires
Les besoins de soins , couverts par la Couverture Maladie Universelle (CMU)
L'hébergement : les demandeurs doivent se voir proposer des places en centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) ou en Accueil Temporaire Service de l'Asile (ATSA) financés par l'Etat. Ces dispositifs ne relèvent pas du droit commun
L'accompagnement administratif et social organisé dans leur lieu d'hébergement et par des plates-formes associatives (aide à l'ouverture des droits sociaux, domiciliation, suivi de la procédure de demande d'asile) ⁷

Ces missions sont majoritairement gérées localement par des associations : l'Amisep, Coallia, Adalea, la Maison de l'Argoat, Noz Deiz, Emmaüs, l'ASTI, la Cimade, la Croix rouge, le Secours populaire, Utopia 56 et par les collectivités territoriales

2. La place des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales n'ont pas d'obligations à l'accueil des migrants, mais y participent, elles aussi, à divers niveaux.

Le département, qui est la collectivité compétente pour promouvoir les solidarités et la cohésion territoriale, participe à l'accueil et à l'accompagnement des migrants, notamment via son action sociale orientée vers l'enfance : les Protection maternelle et infantile (PMI) et la mission Mineurs non accompagnés (MNA).

Les communes, *via* leur Centre communal d'action sociale (CCAS), peuvent ouvrir des places d'hébergement destinées ou utilisées par les migrants et demandeurs d'asile, et assurer un suivi social des personnes. Elles sont sollicitées pour accueillir des personnes « relocalisées » ou « réinstallées ».

⁷ Ministère de l'Intérieur (2015) : « Accueil des réfugiés : le rôle de l'Etat. » *Ministère de l'Intérieur*. [consulté le 6/08/17] URL : <https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/Accueil-des-refugies-le-role-de-l-etat>

3. Promotion de la santé des migrants sur le territoire



ZOOM SUR

L'hébergement et l'accompagnement administratif et social des migrants :

Les places **d'hébergement** des demandeurs d'asile sont financées par l'État, *via* la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), service déconcentré de l'Etat. Trois **associations**, **Coallia, Amisep et Noz Deiz**, sont **habilitées à accueillir les demandeurs d'asile**. L'accueil de ces personnes se traduit par un suivi social et la mise à disposition d'un hébergement.

- Coallia (Saint Briec et alentours) : Service premier accueil, Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA), Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), Centre d'accueil et d'orientation (CAO), service hébergement temporaire et service familles relocalisées. En tout, Coallia peut accueillir 365 personnes
- AMISEP (Lannion, Chatelaudren, Rostrenen et alentours) : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), accueillant début 2017 70 personnes, Centres d'accueil et d'Orientation (dont le nombre de places a varié au cours de l'année)
- Noz Deiz (Dinan: Centre d'accueil et d'orientation (CAO) pouvant accueillir 10 personnes

Une trentaine de communes accueillent des personnes « réinstallées » et « relocalisées⁸ » sur l'ensemble du département.

Les personnes primo-arrivantes, les demandeurs d'asile n'ayant pas accès à un hébergement spécifique et les personnes sans papiers, doivent se tourner vers les **dispositifs d'urgence et de réinsertion sociale** afin d'être mis à l'abri ou pour une demande de prestation (aide alimentaire, inscription à la restauration sociale...). Lorsqu'ils n'ont pas la possibilité d'être aidés par des particuliers.

En 2016, 32% des ménages (personnes seules ou familles) ayant fait appel aux dispositifs d'urgence, et 15% des chefs de ménage ayant fait une demande d'hébergement d'insertion ne sont pas ressortissants de l'Union Européenne⁹. Ces dispositifs sont répartis sur l'ensemble du département, à Saint Briec, Lannion, Guingamp, Dinan, Lamballe, Loudéac, Paimpol, et Rostrenen, portés par des **associations** et des **collectivités locales**. Les places disponibles peuvent donc parfois être difficiles d'accès du fait de leur éloignement géographique et des difficultés de déplacements liées aux transports en commun.

Lorsque les places d'hébergement sont insuffisantes, le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) fait appel à des **partenaires hôteliers** afin de mettre à l'abri les personnes vulnérables.

Les structures associatives fonctionnant avec des personnes **bénévoles** interviennent en complément des services fournis par les structures professionnelles. Ainsi peuvent être apportés une **aide juridictionnelle** (l'ASTI, la Cimade), une **aide alimentaire** (la Croix Rouge, le Secours Populaire, le Secours Catholique), ou des **temps occupationnels** (Utopia 56, Emmaüs). Emmaüs dispose également de places d'hébergement d'urgence, et peut accueillir des compagnons qui sont alors impliqués dans la vie de la structure, en tant que compagnons.

⁸ Les personnes « réinstallées » sont identifiées par le Haut Conseil de Réfugiés dans des pays de transit (Liban, Jordanie) comme pouvant prétendre au statut de réfugié. Les personnes « relocalisées » arrivent des hauts lieux d'arrivée de migrants en Europe (Grèce, Italie), et ont vocation à acquérir le statut de réfugié.

⁹ Adalea (2017) : « Service intégré de l'accueil et de l'orientation. Bilan d'activités 2016. » Adalea. 50 p. URL : http://www.adalea.fr/IMG/Files/bilan_siao_2016.pdf



ZOOM SUR

L'accès aux soins :

Les ressortissants étrangers en situation irrégulière ont accès à l'**Aide médicale de l'Etat (AME)**, qui ne relève pas du droit commun de santé, dès lors qu'ils peuvent justifier d'une présence de plus de trois mois sur le territoire français.

Les **Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**, sont ouvertes à toutes les personnes en situation de précarité. Elles sont situées au centre hospitalier de Saint Briec et à la fondation Saint Jean de Dieu (PASS psychiatrique).

Les **Points santé** permettent d'avoir un premier recours aux soins. Il en existe dans 5 villes costarmoricaines : Saint Briec, Loudéac (association Adalea), Lannion (association Amisep), Guingamp (association Maison de l'Argoat) et Dinan (association Noz Deiz). Pour les patients qui n'ont pas de couverture santé, le Point santé de Saint Briec est doté d'une **pharmacie humanitaire**. Selon les problématiques de santé des personnes et leur statut administratif, les professionnels des points santé redirigent les patients vers : le **Centre d'examen de santé** pour faire un bilan de santé (pour les personnes ayant une couverture de santé), à la CPAM des Côtes d'Armor, le **Centre de lutte anti-tuberculeuse des Côtes d'Armor (CLAT22)**, un **Centre médico-psychologique (CMP)**, un Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents (CMPEA) ou les **urgences**.

À la sortie d'une hospitalisation, si les personnes n'ont pas d'hébergement et que leur état de santé nécessite une surveillance médicale à domicile, elles peuvent bénéficier d'un hébergement en **Appartement de coordination thérapeutique (ACT)**, (Adapei-Les Nouelles), ou en **Lit halte soins santé (LHSS)** (Noz Deiz à Dinan, La Maison de l'Argoat à Guingamp).

Pour rejoindre les personnes marginalisées dans la rue et les squats, des **maraudes** plus ou moins systématiques (à Saint Briec, Guingamp, et Lannion, Dinan) et une **équipe mobile précarité psychiatrie** (à Saint Briec) sont mises en place.



ZOOM SUR

L'accueil des mineurs étrangers non accompagnés

Les personnes mineures accueillies à Saint Briec le sont par le **Service d'accueil des mineurs isolés demandeurs d'asile (SAMIDA)**, géré par Coallia, la mission **Mineurs non accompagnés de la Direction Enfance Famille**, ou le Centre départemental de l'enfance et de la famille (CDEF), tous deux services du département. Ces jeunes, âgés pour la plupart de 15 à 17 ans, sont mis sous protection pendant l'enquête ayant pour objet d'attester de leur minorité et de leur isolement. Leur prise en charge passe également par la scolarisation et un accompagnement en tant que jeunes majeurs, notamment vers des contrats de professionnalisation.

De plus en plus de jeunes majeurs et mineurs non accompagnés arrivent dans les Côtes d'Armor : ils sont 193 fin août 2017, contre 91 en 2016, et 54 en 2015. Le nombre de jeunes d'accueillis est amené à augmenter d'ici fin 2017, ce qui n'est pas sans poser question en termes de places disponibles pour les héberger et les scolariser, les services *ad hoc* étant déjà largement sous tension.



4. Coordination des acteurs

Les acteurs en charge de l'accueil et de l'accompagnement des migrants dans leurs parcours de soins et sociaux sont coordonnés par la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), et par l'Agence régionale de santé (ARS).

Le Réseau Louis Guilloux¹⁰, association d'ampleur régionale, a pour mission de coordonner et d'offrir un appui technique aux professionnels du médico-social de la Région Bretagne, dans le cadre de l'accès aux soins des migrants. Le Réseau Louis Guilloux anime le réseau de professionnels aussi bien à l'échelle régionale, que départementale ou infra-départementale. Par ailleurs, l'association a développé une offre d'interprétariat médico-social téléphonique accessible sur l'ensemble de la région.

¹⁰ www.reseauvillehopital35.org/pole-datasam



IV. RESULTATS

L'accueil et l'accompagnement des migrants ont été abordés au travers d'entretiens menés avec des professionnels de plusieurs structures, et de plusieurs secteurs (social, médico-social et sanitaire). Ces échanges ont permis de saisir comment se concrétise cet accueil, aussi bien aux niveaux individuel, inter-individuel, structurel et politique. Les résultats de ce diagnostic sont présentés quatre en temps : 1/ les spécificités de l'accompagnement des migrants, 2/ le contexte de crise au quotidien, 3/ les effets de l'accompagnement des migrants sur les pratiques et postures des professionnels, et 4/ les ressources à développer et disponibles sur le territoire.

1. Les migrants : un accompagnement spécifique ?

Les personnes migrantes peuvent-elles être accompagnées de la même manière que les publics ? Les professionnels sont constamment confrontés à cette question, oscillant entre une approche universaliste de l'accompagnement : *« C'est le médecin qui explique le diagnostic, le traitement, la personne est vue comme les autres patients. »* (professionnelle du social) et une approche différenciée imposée par la spécificité propres aux migrants (statut administratif, différences linguistiques, trajectoires de migration, etc.) *« Les histoires de culture, de rapport à la maladie, le rapport aux soins, mais il y a tellement de cultures différentes, quelle attitude adopter ? Ils ne viennent pas pour les mêmes raisons en plus, certains veulent vivre mieux, d'autres sont en danger de mort... »* (professionnelle du soin). Ils ajustent et réajustent leurs pratiques, à l'intersection entre les valeurs portées par leur institution et leurs valeurs propres¹¹.

Les professionnels décrivent au cours des entretiens en quoi les migrants constituent un public qui les interroge dans leurs pratiques au quotidien.

Un parcours de soins difficile à suivre, un système de droit commun peu accessible

Plusieurs professionnels mettent en avant **l'importance accordée aux soins** par les migrants: *« Ils sont quand même assez partants pour se soigner. »* (professionnelle du soin). Ce constat, fréquent, est peut-être d'autant plus marquant que les professionnels interrogés accompagnent pour beaucoup des publics en situation de précarité, qui recourent, à l'inverse, peu et tardivement aux soins¹². En dépit de la volonté de se soigner, les conditions de vie des migrants ne facilitent pas leur accès et leur suivi des soins.

11 Fassin D. et al. (2013) : « Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'Etat. » Seuil.

12 Archimbaud A. (2013) : « L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité », Rapport, Premier Ministre. 156 p.



La littérature met en évidence que l'état de santé des migrants se dégrade au cours de leur séjour en France, et tend à s'aggraver avec la durée de leur présence sur le territoire^{13 14}. Les causes invoquées : des conditions de migration difficiles, puis des conditions de vie économique et de travail défavorables¹⁵¹⁶, dont les effets néfastes sur la santé globale sont reconnus. Le Comède relève un ensemble d'obstacles à leur accès aux droits : « *les restrictions légales et administratives pour l'accès à la protection maladie, des difficultés de*

[voir le zoom sur l'accès aux
soins des migrants, p 10]

*communication linguistique et des discriminations au sein des dispositifs de prévention et de soins.*¹⁷ », des constats proches de ceux qu'ont fait les professionnels interrogés au cours du diagnostic.

L'accompagnement des migrants par les structures spécifiques (CADA, CAO, HUDA, ATSA) et par les structures insérées dans le réseau de santé facilite leur insertion dans un parcours de soins. Toutefois, la **saturation des dispositifs d'accueil** des migrants ne permet pas une prise en charge de tous : « *On n'a pas tous les migrants qui arrivent sur un département. On n'a que ceux qui rentrent par les CADA ou par Adalea.* » (professionnelle du soin).

De plus, le dispositif du 115, qui oriente les personnes vers des **hébergements d'urgence** sur l'ensemble du département, selon les places disponibles, ne permet pas toujours aux bénéficiaires d'honorer un rendez-vous médical, qui peut avoir lieu dans une ville éloignée d'un lieu d'hébergement temporaire : « *Quand les personnes ne sont pas suivies par les travailleurs sociaux, qu'elles sont au 115, quand il y a un rendez-vous et qu'elles sont à l'autre bout du département... Et puis qu'elles ont des problèmes financiers... Quand y'a pas Coallia c'est raide.* » (professionnel du soin).

[voir le zoom sur l'hébergement
des migrants, p 9]

13 Cagnet M., Hoyez A.C., Poiret C. (2012) : « Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations. » Revue Européenne des migrations internationales, 28, 2. 7-10. URL : <http://remi.revues.org/5861>

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

15 Insee référence (2012) : « Immigrés et descendants d'immigrés. » Fiche 5. 12.

16 Inpes (2012) : « Santé et recours aux soins des migrants en France. » numéro thématique 2-3-4, BEH.

17 Comède (2015) : « Migrants/étrangers en situation précaire – soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. » Comède. p 13.



La **complexité du parcours de soins**, la multiplicité des acteurs médicaux et médicaux-sociaux rendent l'appropriation du paysage institutionnel difficile¹⁸ : « *Ils viennent sur conseil de travailleurs sociaux ou sur les conseils d'une personne. [...] Il y en a une qui vient qui insiste pour avoir l'AAH mais elle ne comprend pas que ce n'est pas ici.* » (professionnelle du soin). Cette situation, que l'on retrouve pour d'autres publics, est plus difficile à dépasser lorsque les personnes arrivent dans un pays dans lequel elles ne connaissent ni le paysage institutionnel, ni la langue.

Selon plusieurs professionnels interrogés, l'accès des migrants à la **médecine de ville** est plus compliqué que l'accès à la médecine hospitalière. Ils soulèvent la difficulté à obtenir des rendez-vous auprès de certains médecins et dentistes libéraux. Au fil de leur pratique, les professionnels identifient les libéraux qui acceptent plus facilement d'accueillir des personnes migrantes, en dépit des difficultés administratives et financières liées à l'accueil des personnes ayant l'AME ou la CMU, et des difficultés liées à la langue.

Les difficultés à obtenir des rendez-vous auprès de professionnels libéraux incitent les professionnels à orienter les migrants vers les **points santé**, destinés prioritairement aux personnes n'ayant pas de droits de santé ouverts - quand bien même ils ont une couverture maladie -, ce qui participe à engorger ces dispositifs.

⇒ L'engorgement des dispositifs sociaux et de soin, ainsi que le nombre restreint de professionnels libéraux acceptant de prendre en charge des migrants, génère un accès aux soins à plusieurs vitesses, où une partie des migrants a un accès facilité au système de santé, tandis que d'autres, faute de places ou de temps d'accompagnement, ne parviennent pas à s'insérer dans un parcours de soins fluide.

La santé mentale : une problématique saillante, un accompagnement limité

« *Au niveau de la santé, c'est ça le problème quoi, c'est suivi psy et interprétariat.* » (travailleuse sociale)

Les différentes formes de vulnérabilités cumulées par les migrants, les parcours individuels souvent traumatiques, la rupture des liens familiaux et des repères sociaux, ont des conséquences néfastes sur la santé mentale¹⁹ : « *Souvent les personnes étrangères viennent pour des troubles du sommeil, troubles traumatiques ou angoisses. C'est différent des pathologies. Souvent c'est des stress post-traumatiques.* » (professionnel du soin)

Bien qu'il y ait plusieurs Centres médicaux psychologiques accueillant des adultes ou des enfants sur le territoire des Côtes d'Armor, peu de professionnels sont formés à la prise en charge des migrants :

¹⁸ Voir Kobelinsky C. (2010) : « L'accueil des demandeurs d'asile : une ethnographie de l'attente. » *Le cygne*.

¹⁹ d'Halluin E. (2009) : « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes & Migrations*, 6, 1282. 66-75.
URL : <http://www.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2009-6-page-66.htm>



« Le problème de l'orientation pour le stress post-traumatique, c'est qu'il n'y a pas de médecin ou de psycho spécialisé. Du coup on ne peut pas délivrer de vrais soins, c'est juste un traitement apaisant. » (professionnel du soin)

« Il y a peu de psy. [...] Sur le Samida, le service des mineurs isolés, y'a une psychologue à mi-temps qui travaille avec les interprètes du Réseau Louis Guilloux, ISM²⁰... et voilà. Et sur Rennes aussi y a une psycho, je ne sais pas si elle est à plein temps ou à mi-temps » (travailleuse sociale)

Ici encore, le point santé d'Adalea, où travaille une psychologue à temps partiel, est considéré comme une ressource.

La faiblesse des moyens dédiés aux soins psychologiques et psychiatriques des migrants peut être compensée par un accompagnement bienveillant des professionnels. La promotion de la santé mentale reste l'affaire de l'ensemble des acteurs qui accueillent et accompagnent les migrants :

« Quand tout l'accompagnement social est fait, les blessures sont parlées. » (travailleuse sociale)

« Le statut de réfugié politique, ça cause des traumas. Les garçons et les filles viennent avec des incertitudes, des images terribles... Ils doivent être en confiance - y compris par rapport à leurs papiers -, et être en sécurité dans la réalité et au niveau affectif [...] Il y a un phénomène de communauté, mais c'est très logique, c'est une sécurité pour eux. » (travailleuse sociale)

Les problèmes d'accès aux soins de santé mentale sont une problématique prégnante pour l'accueil des migrants²¹. D'une part, les conséquences psychologiques dues à la migration sont difficiles à vivre pour les personnes, et d'autre part, elles complexifient la prise en charge sociale et de santé des personnes. Cette problématique peut être réfléchie de manière transversale à l'échelle du territoire.

Se comprendre, au-delà des barrières linguistiques et culturelles

Les migrants ne parlent pas tous français à leur arrivée, ou ne maîtrisent pas suffisamment la langue pour saisir l'ensemble de ce qui est dit lors des interactions avec les professionnels du soin et les travailleurs sociaux. Cette « **barrière de la langue** » crée des incompréhensions et rend l'accompagnement plus complexe²² : « Il y a eu une réaction d'insatisfaction, de rejet même de l'accompagnement et des travailleuses. Sûrement à cause de la barrière de la langue... On s'est rendu compte qu'ils n'avaient pas bien compris le contrat élaboré à l'entrée, depuis un traducteur intervient systématiquement en début d'accompagnement » (cadre).

²⁰ Le Réseau Louis Guilloux et ISM sont deux structures proposant une offre d'interprétariat.

²¹ Comède (2015) : « Migrants/étrangers en situation précaire – soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. » Comède. p 13.

²² Cohen-Emerique Margalit (2011) : « Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques. » Editions de l'EHESP.



Diverses stratégies existent pour pallier ces difficultés : l'interprétariat (professionnel ou non), l'appui sur des personnes francophones de la famille ou de la communauté, sur des professionnels plurilingues, la reformulation, le recours à des outils de traduction en ligne, à des imagiers, etc. Chacune de ces stratégies a ses spécificités (accessibilités, contraintes, coût, adéquation avec la pratique professionnelle...) qui ont des effets sur l'accompagnement des personnes.

La question de la culture est omniprésente dans les entretiens. Nombreux sont les professionnels préoccupés par les effets de la rencontre interculturelle : comment s'assurer de la compréhension mutuelle entre eux et les migrants ? Comment dépasser les situations de blocage ? Qu'est-ce qui relève de la culture, plutôt que de la situation géopolitique, des expériences individuelles, de la personnalité de chacun ?

La **famille**, les **traducteurs**, les **membres de la communauté** et l'**expérience** des professionnels sont autant de ressources pour désamorcer des situations d'incompréhension.

Ces questions seront approfondies des pages 22 à 26.

Des problématiques multiples et cumulées

Les personnes en situation de migration cumulent plusieurs formes de précarité : administrative, financière, résidentielle, linguistique, psychique, etc., parfois transversales, parfois propres aux trajectoires individuelles : *« Moi je dirais que ce qui reste comme difficulté au niveau des prises en charge, mais des migrants comme des précaires, ça va être tout ce qui est social où ça reste compliqué. » (professionnelle du soin).* La multiplicité des sources de vulnérabilité nécessite un accompagnement global, qui dépasse les compétences propres à chaque professionnel, et à chaque structure : *« Aujourd'hui il lui faut une surveillance à vie, peut-être qu'il devra avoir une greffe... Il ne sait pas si il reste en France, il n'a pas de perspective, ça engendre une souffrance... Il a fait une demande d'AAH. Il ne donne pas accès à l'information et ne va pas à ses cours de français. [...] Il ne se donne pas les moyens, il n'arrive pas à se donner les moyens de faire venir sa famille... on a du mal à le rendre acteur. » (assistante sociale).* Le suivi global et pluridisciplinaire des personnes, la mise en réseau des professionnels et la lisibilité du paysage institutionnel pour les personnes accompagnées est primordial.

⇒ Prendre en charge les migrants met à l'épreuve les codes, représentations et pratiques habituels des professionnels, d'autant plus quand les personnes qui constituent ce public cumulent plusieurs formes de spécificités liées à leur statut (nationalité, conséquences psychologiques de l'exil et de l'intégration, vulnérabilités administrative, résidentielle, etc.).



2. La crise comme contexte de travail

Les entretiens passés avec les professionnels ont mis en lumière le contexte de crise dans lequel se déroulent l'accueil et l'accompagnement des migrants. Plus précisément, la question de l'urgence concerne les structures dont le public est principalement ou essentiellement constitué de migrants. Rappelons qu'entre 2014 et 2015, le nombre de demandeurs d'asile accueillis en Bretagne est passé de 998 à 1438, soit une augmentation de 50%.

Un accueil en pleine évolution : « Le public a tellement changé !²³ »

Depuis les dix dernières années, tous les professionnels s'accordent à dire que leur public a fortement changé. Une transformation qui est vécue différemment selon que leur public majoritaire est constitué de migrants ou non.

Avant la **réforme de 2015**, la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) avait en charge d'orienter les personnes prises en charge dans les hébergements d'urgence du département vers les dispositifs dédiés à l'accueil et à l'accompagnement des demandeurs d'asile. Depuis 2015, les professionnels de ces dispositifs ont vu des personnes arriver en dehors des réseaux des passeurs, car orientées à l'échelle nationale par les préfectures. Les professionnels sont alors passés d'un accompagnement de personnes très intégrées dans un réseau communautaire, et d'origines peu variées, à des personnes venant de pays très divers, sans réseau social préexistant sur le territoire breton : « *Avant ils avaient du réseau puisqu'ils étaient sur le département. Il y avait des choses qui étaient déjà mises en place en termes de santé, de scolarité ou de lien, donc les gens arrivaient là... Ils connaissaient les services en fait. Alors que là, y'a tout à construire. [...] ça brasse les nationalités.* » (travailleur social). Par ailleurs, la **crise de Calais** a enjoint les pouvoirs publics à rediriger les demandeurs d'asile sur l'ensemble du territoire Français. Le public des demandeurs d'asile est alors moins souvent constitué de familles que d'hommes seuls, comme c'était le cas avant 2016 dans les Côtes d'Armor, ce qui modifie également le type d'accompagnement social que peuvent proposer les professionnels : « *En fait il y a eu une transformation des places, on a à la fois des familles, mais on a énormément de personnes isolées, ce qui fait qu'on a tous augmenté au niveau de notre prise en charge.* » (travailleur social).

En parallèle, les structures dédiées à l'accueil des publics en insertion ont vu arriver parmi les personnes qu'elles accueillent un nombre important de migrants, alors qu'elles n'y étaient que peu confrontées auparavant. En cause, la forte augmentation du nombre de migrants sur le département, et la **saturation des dispositifs** dédiés à l'accueil et à l'accompagnement des demandeurs d'asile : « *Avant 2013, on n'avait pas de migrants. On s'adapte, hein. On s'adapte toujours à notre public !* » (cadre).

²³ Un travailleur social



Un quotidien sous tension

La crise se manifeste au quotidien, quand les professionnels ne parviennent pas à trouver de place dans des **dispositifs engorgés** pour répondre aux besoins des personnes qu'ils accompagnent.

« Il n'y a plus de place dans les écoles. Aujourd'hui une vingtaine de jeunes ne sont pas scolarisés, ça se débloquera à la rentrée. Ils sont en classe Mission de lutte contre le décrochage scolaire. Les établissements ne savent plus où les mettre, ils sont surchargés. Du coup les jeunes ne font rien, ils restent à l'hôtel. » (cadre).

« On se pose la question de l'accueil des familles et de l'ouverture d'une antenne à Pontivy pour les couples avec enfants » (cadre)

« Comme il y a peu de places en hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile, du coup ça bloque tout. » (travailleuse sociale)

« Ben là, les hôtels sont encore pleins. » (travailleur social)

In fine, la question de la priorisation des personnes ayant droit à un hébergement se pose.

Dans des structures d'accueil des demandeurs d'asile, certains professionnels doivent privilégier un **accompagnement collectif**, plutôt qu'**individuel**, afin de faire face aux arrivées massives de demandeurs d'asile : *« Du coup, comme ce sont des accueils de plusieurs personnes en même temps, c'est vrai qu'on se retrouve à faire les démarches à chaque fois avec le groupe. » (travailleuse sociale).* D'autres en revanche regrettent de ne plus pouvoir organiser des ateliers collectifs : *« On a un problème de sous-effectif, donc il n'y a pas le temps de faire des ateliers comme on voudrait. On en avait mis en place mais on n'en a plus le temps. » (cadre).*

Pour les professionnels travaillant dans des structures qui accueillent majoritairement des migrants, **l'urgence** caractérise leur contexte de travail : *« Le temps est compté... » (travailleur social).* L'urgence provient aussi bien de l'arrivée aléatoire des migrants *« C'est un service où on ne sait pas ce qui va arriver dans une heure. » (cadre),* que d'une gestion des informations les concernant en flux tendu : *« On leur dit jeudi matin, 8h le train. Donc c'est limite. C'est très très rapide, ce n'est pas la veille pour le lendemain, mais presque. Donc on a très peu de temps pour se retourner. » (travailleur social).*

Certains professionnels témoignent de leurs difficultés à faire face à des situations inconnues et problématiques dans ces moments d'urgence : *« On a eu des migrants qui venaient de la jungle de Calais. Là, on a eu des questionnements par rapport à l'état dans lequel ils arrivaient. Il y a aussi des familles, des enfants, des bébés même. Quand les gens arrivent, il faut voir un médecin pour les maladies contagieuses, pour tout. Mais il n'y avait rien. » (travailleur social).*



Les effets positifs de la crise : une professionnalisation dans l'accueil des migrants et une restructuration du réseau

Les évolutions des conditions d'accueil des migrants à l'échelle nationale comme à l'échelle départementale exigent des professionnels qu'ils adaptent constamment leurs pratiques, leurs connaissances, leurs savoir-faire, et leur réseau : *« D'autres nationalités ça nous enferme moins. Et ça vient aussi réinterroger les pratiques, l'organisation. » (travailleur social)*

« Bon, ça a évolué avec l'arrivée massive des migrants de Calais sur le département, parce qu'auparavant tout était très centralisé sur St Briec, les personnes arrivaient sur Saint Briec. Maintenant les personnes sont aussi arrivées sur le secteur de Trégastel-Trebeurden, ou sur St Jacut-de-la-Mer, donc il a fallu mettre en place une autre organisation. » (professionnelle du soin).

La réforme de 2015, l'adaptation de certaines structures à l'augmentation du nombre de migrants, la crise de Calais et la mise en réseau entre certains partenaires ont eu pour effet de **restructurer les parcours de soins et les parcours sociaux** des personnes migrantes : *« Ça a été plus compliqué avant. Calais a montré qu'il existait des choses en France. Ça a montré que ça fait partie de notre quotidien. Aujourd'hui je suis moins démunie, la prise en charge est bien. Il y a beaucoup moins [d'étrangers] qu'à un moment dans notre service, les personnes étaient dépotées par des passeurs. Aujourd'hui ils sont bien pris en charge par d'autres structures. » (assistante sociale).*

Les crises nationales ont eu des **effets sur les dispositifs** locaux d'accueil des demandeurs d'asile : *« Avant, les CAO n'existaient pas et lorsque les gens demandaient l'asile, en attente d'être orientés en Cada ou en Huda, il n'y avait pas de prise en charge. Et c'est avec la problématique de Calais qu'ils ont créé les nouveaux dispositifs CAO. » (travailleuse sociale).* Le réseau Louis Guilloux a eu un rôle structurant dans la facilitation et la cohérence des parcours des migrants : *« Pour les migrants de Calais c'est le Réseau Louis Guilloux qui s'en est occupé, ça a été très bien géré. » (assistante sociale).*

⇒ Le département des Côtes d'Armor accueille un nombre relativement faible de migrants, mais il est bien supérieur à ses capacités d'accueil. En témoigne l'ouverture de nombreux dispositifs d'accueil et d'hébergement dédié aux demandeurs d'asile. Depuis début 2017, des Centres d'accueil et d'orientation (CAO) ont ouvert à Dinan, Léhon, sur le territoire de Rostrenen, à Bégard, et le Centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) de Lannion va s'agrandir.



3. Postures et pratiques des professionnels en question

Un cadre habituel de pratiques peu opérant

Les spécificités propres aux migrants évoquées plus tôt questionnent les pratiques des professionnels et le fonctionnement des structures :

« On se dit, bon, comment on peut faire ? On ne peut pas faire comme on a l'habitude de faire, ça ne marche pas. On échange beaucoup sur ce qu'on pourrait trouver comme autre chemin. On s'adapte à la personne, et à chaque fois, c'est vrai, on va remettre en question nos pratiques » (travailleur social)

« Notre règlement intérieur évolue au fil du temps et des situations rencontrées, ce qui impacte forcément la pratique des professionnels. » (cadre).

Etant donné la multiplicité des spécificités liées au public, plusieurs professionnels soulèvent les interrogations qui émergent sur **le sens de leur travail, de leurs missions**. Un travailleur social qui accompagne doit-il être un facilitateur (aller avec la personne pour faciliter son accès aux ressources), ou un intermédiaire (devenir l'interface entre la personne accompagnée et le professionnel auquel recourt le migrant) ? *« Si on va chez le médecin avec la personne, le risque en fait c'est que le praticien s'adresse juste à nous. Du coup... ensuite c'est à nous de tout expliquer et on n'est pas médecin quoi »*. Une assistante sociale s'interroge quant à elle sur l'adéquation entre la démarche de soins à initier et le parcours des personnes : *« Après au niveau du positionnement, on peut se dire que soit on accompagne pour l'intégration aux soins, au logement... Soit on accompagne pour qu'il soit mieux et retourne chez lui »*.

Les dimensions à prendre en compte sont multidimensionnelles, et pour beaucoup, difficiles à saisir pour les professionnels : *« Ça peut mettre les gens en souffrance quand on les interroge sur leur parcours [...] Ils ne parlent pas de leur parcours migratoire, ni de leur arrivée. Est-ce que c'est une question de confiance ? » (travailleuse sociale).*

Pour certains, c'est leur **légitimité** de professionnel est ébranlée : *« Il y a des choses qu'on ne cerne pas... Ils font plus confiance à leurs compatriotes qu'aux conseils professionnels » (professionnelle du soin).*

Quelle **distance professionnelle** avoir, et quelle place accorder à l'émotion, de la personne accompagnée, mais aussi à la sienne propre ? L'empathie, le stress, l'attachement et l'impuissance sont parfois difficiles à gérer et déstabilisent les professionnels. Si cette problématique dépasse largement l'accueil des migrants, on voit que le cumul des formes de précarité des personnes – en particulier la précarité administrative, qui rend incertain le statut des personnes dans le temps – complexifie l'accompagnement et les soins.

Les conditions de vie des migrants interrogent les professionnels dans leur humanité, et questionnent **le sens de leur accompagnement** : *« On se sent mal pour les gens, qu'est-ce qu'on peut faire pour eux ? Que dire aux gens qui n'ont pas de toit, pas à manger, et qui ne*



savent pas où ils seront dans un mois ? » (professionnel du soin). **L'empathie** facilite la compréhension et donc l'accompagnement de l'autre, en même temps qu'elle risque de fragiliser le professionnel « Il faut absolument de l'empathie mais c'est dur quand on ne connaît rien de l'autre. Et c'est difficile d'être là en train de boire un café en voyant ce qu'ils vivent. » (Assistante sociale). Le stress des personnes accompagnées peut impacter les professionnels :

« Le monsieur était inquiet parce qu'il ne savait pas où il se retrouvait, donc on était sollicités sans arrêt. Nerveusement, et psychologiquement, c'était dur. »,

« Un jour, on nous a dit « de toutes façons, vous êtes racistes ». Ça leur fait plaisir de nous dire ça, ils savent que ça nous choque. C'est une phrase fourre-tout pour se décharger » (professionnelle du soin).

Par ailleurs, la clarification et la répartition des missions ne se négocient pas uniquement entre les structures, mais nécessitent de **poser des limites** aux personnes accompagnées, lorsqu'elles requièrent une aide qui dépasse le champ de compétences des professionnels : « les dossiers médicaux, nous on ne fait pas. On n'a pas à savoir certaines choses sur la vie des gens, même si eux ils veulent qu'on remplisse avec eux. » (travailleur social).

Généralement, les professionnels se ménagent des moments et des espaces où ils « prennent du recul », soit en observant leurs collègues, soit en prenant des temps collectifs d'échanges.

La barrière de la langue

La question de la langue est considérée par tous les professionnels comme une **barrière**. Barrière dans l'échange avec les personnes (remise en question de la relation duelle de l'accompagnement), barrière dans la compréhension (défauts de traduction, complexité de la dimension culturelle portée par le langage²⁴), barrière dans l'organisation du temps de l'accueil avec les personnes (prise en compte des contraintes d'un interprète).

D'un point de vue général, les structures sont **sous-dotées** en moyens de traduction ou d'interprétariat, et le recours à un ensemble de **stratégies complémentaires** est plus la règle que l'exception. L'essentiel des temps financés d'interprétariat le sont pour des missions clef de certaines structures d'accueil : récit à l'Ofpra, temps d'évaluation de la situation sociale des migrants de moins de 18 ans, etc., ou s'inscrivent dans des démarches volontaires de quelques structures, qui ont budgétisé un temps d'interprétariat dans le cadre d'une convention. En dehors de ces situations circonscrites, le recours à l'interprétariat professionnel est rare. Deux freins majeurs sont soulevés par les professionnels : le **coût de l'interprétariat**, et les **difficultés à intégrer dans les pratiques** professionnelles. Ces deux points sont d'autant plus limitants qu'il existe un panel de solutions intermédiaires auxquelles ont recours professionnels et migrants pour pallier ces difficultés : la présence de personnes pouvant traduire (famille, proches,

²⁴ Voir par exemple Bateson G. (2008-1972) : « Vers une écologie de l'esprit » *Seuil*.



personnes présentes dans un groupe, ou professionnels des structures), l'existence d'outils de traduction en ligne (Google traduction²⁵, Traducmed²⁶), l'utilisation d'outils imagés et de pictogrammes, ou l'acquisition progressive de la langue française par les personnes. Il en résulte une sorte de bricolage constant, de compilation :

« On a une liste de soignants [qui parlent plusieurs langues], c'est un service rendu au sein de la structure. Sinon on appelle le Réseau Louis Guilloux. Mais les personnes viennent très souvent accompagnées par un compatriote, par exemple une jeune fille est venue accompagnée de sa tante qui parle français et qui est là depuis plus longtemps. » (travailleuse sociale)

« On se débrouille, soit avec des p'tits mots qu'on a appris, soit avec des petits gestes, des dessins, en anglais... on y arrive hein » (travailleuse sociale)

« Et moi au quotidien vu que je n'ai pas beaucoup de budget, je me saisis toujours des compatriotes. J'arrive toujours à me faire comprendre parce qu'il y en a un qui parle mieux anglais que l'autre, qui peut traduire, qui peut... C'est vraiment sur ça que je me base, le plus possible en fait. » (travailleur social)

« On a des contraintes matérielles : on n'a pas de hautparleur sur les ordinateurs, ça grésille et Traducmed ça passe par l'écriture. » (professionnelle du soin)

« On fait comme on peut, c'est compliqué. Avec des mots simples, des schémas, des outils comme le livret Consultation Gynécologique. Parfois ça aide, parce que c'est descriptif. » (professionnel du soin)

« Pour la traduction de documents, on essaye de faire traduire toutes les procédures. Ça met un peu de temps. » (travailleur social)

L'usage de **médiations** entre les personnes accueillies et les professionnels pour parvenir à se comprendre vient parfois **heurter les pratiques** : « On a recours à des traducteurs avec toutes leurs limites, un tiers peut être gênant. » (travailleuse sociale). Peut-on mener un entretien qui touche à l'intimité des migrants accueillis en présence d'une tierce personne ? Et plus encore, comment introduire un interlocuteur au téléphone dans une relation duale ? Peut-on demander à un usager ou à un patient non francophone de revenir 48h plus tard, afin de lui permettre de bénéficier de l'aide d'un interprète ? Peut-on s'appuyer sur les enfants pour traduire ?

« Par exemple il y avait un enfant qui était traducteur désigné [par une famille] pour venir, donc il connaissait les problématiques de tout le monde, dont des consommations d'héroïne. Du coup on ne se permet pas de poser certaines questions. Un enfant comme traducteur, ce n'est pas du tout adapté. Mais quand les gens ne sont pas programmés, qu'ils viennent sans rendez-vous c'est difficile. » (professionnel du soin)

« Les enfants apprennent la langue, faut voir les progrès qu'ils font en quelques semaines, c'est... impressionnant ! Ils nous servent d'ailleurs de traducteurs, ce qui n'est pas forcément bien. » (travailleur social)

²⁵ <https://translate.google.fr/>

²⁶ <http://www.traducmed.fr/>



Des professionnels rendent compte des **ajustements constants** qu'ils doivent mettre en place, pour avoir un échange avec des personnes ne parlant pas leur langue : « *Les règles de l'entretien ne sont pas les mêmes, on n'est pas formés. D'un point de vue pratique, quand on a un rendez-vous avec un traducteur, on utilise le haut-parleur du téléphone. Mais il y a des règles de reformulation, beaucoup de non verbal... Du coup, on utilise le dessin* » (professionnel du soin). Il s'agit aussi bien de se donner les moyens de comprendre la personne, que de se sentir sécurisé dans sa pratique professionnelle. Pour les professionnels qui ne sont pas formés au recours à l'interprétariat, une tension émerge entre ces deux points de vigilance.

L'interprétariat est une ressource qui **nécessite d'être appropriée** par les professionnels : « *C'est vrai que l'interprétariat nous aide, pas forcément sur une utilisation mais à force de l'utiliser, ils trouvent les mots exacts... L'interprète a ses mots et les dialectes, enfin j'en sais rien, et puis aussi sa connaissance culturelle et ça permet de faire passer des messages.* » (professionnelle du soin). Les professionnels qui y ont fréquemment recours apprécient la fluidité qu'il permet : « *C'est quand même un grand confort pour pouvoir expliquer au patient les examens qui étaient quand même un peu invasifs, qui étaient à organiser* » (professionnelle du soin), et lui reconnaissent un rôle au-delà de la traduction linguistique : « *L'interprète sert aussi de médiateur. Il permet de désamorcer certaines situations.* » (cadre).

La question de l'interprétariat est sensible, car elle renvoie à questionnements déontologiques. La Haute Autorité de Santé, en s'appuyant sur la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012²⁷, recommande aux interprètes professionnels d'adopter le cadre déontologique suivant : fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes²⁸. Cela permet aux professionnels de « disposer d'un moyen de communication dans le respect du patient et d'une prise en charge bienveillante, de garantir des conditions d'accès dans tout le parcours de l'utilisateur »²⁶. Les enjeux associés à la traduction et à l'interprétariat sont donc cruciaux dans l'accueil et l'accompagnement des personnes ne parlant pas le français.

Les **migrants** sont eux-mêmes **acteurs** dans le dépassement de la « barrière de la langue », lorsqu'ils apprennent eux aussi la langue : « *On les envoie très vite vers des cours de français.* » (travailleuse sociale).

Les spécificités culturelles : reconnues par tous, et traitées de diverses manières

Au cours des entretiens, la culture est invoquée pour aborder ce qui fait frein dans l'accompagnement, non comme un levier pour l'accès aux soins. C'est un **concept flou**

²⁷ http://www.ismcorum.org/stock_images/actus/411/charte-signee-scan19-12-2012.pdf

²⁸ Haute Autorité de Santé (HAS) (2017) : « Interprétariat dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Version provisoire, soumise à consultation publique. » HAS, Service évaluation économique et santé publique. 50 p. [consulté le 12/09/17] URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante.pdf



pour les professionnels²⁹, qui est pensé tour à tour comme le produit des histoires nationales, de codes d'interaction sociale, de représentations spécifiques du corps et de la maladie.

La culture, comme « boîte noire », est souvent considérée en premier chef par des professionnels comme étant un facteur explicatif des **incompréhensions** mutuelles avec les personnes qu'ils accompagnent³⁰ : « *Quelques fois, on a l'impression qu'ils ont compris et en fin de compte pas du tout. Parce qu'il y a aussi une barrière culturelle que... Et puis nous on n'a pas connaissance de ce que représente la santé ou la maladie pour les populations qui viennent de tel ou tel pays.* » (professionnelle du soin).

L'accompagnement sur le long terme offre parfois de nouvelles clés de lecture à ces blocages. Les incompréhensions qui étaient attribuées à la barrière interculturelle sont finalement réattribuées à d'autres causes : difficultés à adhérer à une démarche de soins face à une émotion violente, écart entre santé observée par les professionnels et santé ressentie par les patients, caractère de la personne, etc.

Quoi qu'il en soit, il est difficile pour un nombre important de professionnels de savoir **quelle place accorder à la culture** des personnes qu'ils accompagnent : « *C'est culturel, on n'a pas les mêmes codes. Pourquoi les personnes réagissent de telle ou telle manière ? On voudrait comprendre les contextes de conflit, même si on en a déjà une vision globale. La nature des liens familiaux, de la situation familiale dans le pays d'origine* » (professionnel du soin). La culture devient, à l'instar de la langue, une sorte de filtre, voire une barrière, complexifiant les interactions :

« *Il y a tellement de cultures différentes, quelle attitude adopter ? L'accompagnement n'est pas différent, il doit être le même, mais le ressenti est différent* » (assistante sociale)

« *La culture, ils n'en parlent pas, c'est centré sur l'accompagnement des personnes et ses origines sont assez secondaires alors que c'est hyper important* » (professionnelle du soin)

Deux points focalisent les interrogations des professionnels : **le rapport au corps, à la maladie**, d'une part : « *Il y a aussi une barrière culturelle que... on n'a pas forcément. Je sais que les personnes qui viennent de l'Europe de l'Est, ils ont une notion de la santé qui est un p'tit peu différente et quelques fois on croit qu'ils ont compris certaines choses et en fin de compte pas du tout. Bon c'est pareil pour les autres hein, mais c'est d'autres barrières culturelles et que nous on ne maîtrise pas.* » (professionnelle du soin) et les questions relatives au genre et à la **sexualité**, d'autre part :

²⁹ C'est également le cas dans le monde de la recherche, ce qui ne facilite pas une clarification pour les professionnels. Voir notamment Piller Ingrid (2011) : « Intercultural communication. A critical introduction. » *Edinburgh University Press*, ou Cohen-Emerique Margalit (2011) : « Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques. » *Editions de l'EHESP*.

³⁰ Des travaux de psychologue sociale ont mis en évidence que dans les relations entre individus et groupes d'origine socio-culturelle différente, l'autre est d'abord perçu en tant que membre d'un groupe différent, avant d'être considéré en tant qu'individu (voir Camilleri C., Vonsonneau G. (1996) : « Psychologie et culture : concepts et méthodes. » *Armand Colin*.)



« Aborder la contraception, c'est compliquée car c'est culturel. Ici par exemple, au niveau culturel, une jeune fille elle n'est pas enceinte à 12 ans, alors que dans d'autres cultures ça peut être valorisé. Et il y a aussi l'image de la femme dans la société » (professionnel du soin)

« Là on travaille avec de plus en plus de jeunes hommes, qui viennent quand même de cultures où la relation homme-femme n'est pas la même que celle qu'on a ici. Enfin moi c'est quelque chose, j'en parle très souvent, et... et souvent les filles ici, c'est facile, quoi. » (travailleuse sociale)

De même que pour la question linguistique, le dépassement de la barrière culturelle est rendue possible par un ensemble de **médiateurs**, qui sont aussi bien des interprètes que des membres de la famille, ou des proches, qui ont une compétence de communication interculturelle : « Souvent dans la famille il y a des gens qui parlent plus français et qui sont peut-être plus au courant de la façon dont on vit en France, enfin je ne sais pas comment expliquer, donc ils peuvent nous expliquer et expliquer aux patients des choses qu'on essaye de faire passer. » (professionnelle du soin).

Il est intéressant de noter que certains professionnels rencontrés **ne souhaitent pas considérer la personne à travers le prisme de la culture**. La clef de lecture qui prime dans l'interaction est l'individu, avec son caractère, son histoire, ses expériences, etc.

La connaissance, notamment, de l'histoire nationale ou personnelle des migrants facilite la compréhension des personnes, et par voie de fait, leur accompagnement : « C'est une personne dans un contexte, et si on n'a pas ce contexte, c'est dur » (travailleuse sociale). Une histoire personnelle qui s'appréhende notamment à travers la connaissance du **contexte géopolitique** des pays que les personnes ont quitté : « On doit faire un peu d'histoire, être au fait des événements dans certains pays, il y a des guerres, des milices, des viols... ça engendre des traumatismes » (assistante sociale). La connaissance de la géopolitique relève parfois d'une démarche personnelle des professionnels, qui souhaitent réduire la distance qui les sépare de leurs usagers ou patients : « Elle était journaliste là-bas, et c'est pour ça qu'elle a dû partir. J'ai voulu comprendre sa vie pour l'accompagner. » (Assistante sociale). Il arrive qu'il s'agisse d'une compétence nécessaire à l'accompagnement social des demandeurs d'asile : « Après y'a un gros travail individuel qui est fait sur la connaissance géopolitique des pays... On fait une base de données commune au fur et à mesure pour pouvoir interroger les personnes sur leur provenance, sur l'histoire, sur... enfin si c'est une problématique liée à la politique dans le pays, faut que nous on ait une base d'informations minimum sur ce pays pour pouvoir les aider à construire, à hiérarchiser les arguments qu'ils vont apporter à l'Ofpra » (travailleuse sociale)

L'éthique dans l'accueil et l'accompagnement

La question de l'**accueil inconditionnel** de l'accueil est régulièrement évoquée par les personnes rencontrées lors du diagnostic : « Quand tu es avec les gens, que tu les accompagnes, tu ne peux pas les laisser comme ça. Par exemple un patient qui a laissé toute sa famille en Afrique pour venir ici en France, quand il en parle ça lui fait mal, ça se voit. Et



puis ce n'est pas possible de laisser les personnes à la porte de l'hôpital. » (professionnel du soin).

Pourtant, certains soulignent qu'ils ne peuvent assumer cette volonté d'accueil inconditionnel, en dépit de leurs valeurs, et doivent **prioriser** les accueils : *« Quand les personnes sont déboutées, elles n'ont plus de logement, c'est là qu'on intervient. Et ça c'est possible car on a une indépendance financière. [...] Un des problèmes qu'on rencontre c'est qu'une place qui est donnée ne l'est pas pour quelqu'un d'autre. C'est contradictoire avec notre revendication d'accueil inconditionnel. Par, exemple j'ai refusé trois personnes sans papiers ce matin. » (cadre).* Les professionnels sont alors pris entre leurs valeurs individuelles, les valeurs de leur institution, et les réalités structurelles lorsqu'ils refusent d'accueillir ou d'accompagner des personnes migrantes³¹. La particularité des professionnels qui travaillent auprès des migrants est qu'ils se situent à l'interface entre deux logiques étatiques parfois en contradiction. Ils vivent le conflit entre la « main droite » (Etat sécuritaire) et la « main gauche » (Etat social) de l'Etat³².

Par ailleurs, il existe une tension entre l'accompagnement des individus dans leurs **parcours de soins ou sociaux**, et la restriction des droits des personnes lorsqu'elles **changent de statut** : *« On applique aussi les textes de loi, c'est pas nous, on n'a pas le choix... c'est hyper frustrant ! » (professionnelle du soin).* Ici encore, les professionnels sont pris entre les logiques sécuritaire et sociales : *« s'il n'y a pas de situation légale, il n'y a pas de prestation. J'ai eu affaire à une personne en situation irrégulière, humainement, on doit l'aider à rentrer dans un dispositif, voir comment elle peut s'en sortir » (assistante sociale).*

L'éthique est donc en question dans le quotidien des personnes qui accompagnent les migrants. L'un des professionnels rencontrés considère que ces questions ne doivent pas être du seul ressort des travailleurs sociaux et des professionnels du soin, mais qu'elles doivent *« être une question quotidienne pour la société. »*

4. Ressources

Ressources internes

Les acteurs rendent compte pour beaucoup de leur grande capacité d'adaptation. Le public des migrants questionne les pratiques et postures, ce qui pousse les professionnels à s'adapter constamment, d'autant plus lorsqu'ils constituent l'essentiel de leur public : *« C'est vrai que chacun s'adapte... Enfin écrit ses outils. » (travailleur social).* Les leviers sont aussi bien individuels que collectifs. L'émergence de solutions, ou la prise de recul face à des situations complexes sont facilités lors de temps de régulation, de transmission, ou de réunions d'équipe : *« On a aussi nos ressources par rapport à nos expériences précédentes,*

³¹ Fassin D. et al. (2013) : « Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'Etat. » *Seuil*.

³² Bourdieu P. (1993) : « Esprits d'Etat. Genèse et structure du champ bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 96-97, p. 49-62.



et après en en discutant, « ah bah tiens, va voir telle association, ou appelle ». La réunion d'équipe, c'est souvent là que ça sort » (travailleuse sociale).

Le réseau : forces et faiblesses

Les acteurs impliqués dans la prise en charge et l'accueil des personnes migrantes ont chacun un ensemble de **missions** et de **compétences** qui leur sont propres et qui permettent d'accompagner leur public sur un point particulier de leur parcours social et de santé « Si c'est en dehors de nos compétences, et si on n'est pas habilités à faire... On les envoie vers les services concernés » (travailleur social). Pour une infirmière, la mise en place d'un réseau, c'est : « Se présenter, avoir les attentes et les difficultés de chacun, et une fois qu'on a tout ça, voir ce qui peut être construit pour répondre aux besoins de chacun dans les meilleures conditions sans embêter l'autre. ». C'est donc un levier permettant de faciliter l'accompagnement des personnes « Je mets l'accent sur le réseau car c'est un moyen pour être plus efficace et plus efficient, et apporter le plus pour chacun » (professionnel du soin). Cela favorise également la mise en commun des difficultés et des ressources entre les professionnels de structures différentes : « Il n'y a pas toujours de connaissance des autres partenaires qui ont en charge ces populations-là. Et c'est dommage parce que quand on veut mettre quelque chose en place, on ne peut pas faire sans les autres, autour. » (professionnelle du soin).

La mise en réseau est reconnue par tous comme étant positive, mais elle est également **chronophage**, et elle a nécessité un temps d'investissement pour les professionnels, qui ont été pendant plusieurs mois dépassés par l'arrivée de ce nouveau public : « Quand il a fallu tout créer, ça nous a pris du temps. Maintenant, nos partenaires sont habitués au fonctionnement de la structure. » (travailleur social). L'équilibre a été difficile à trouver entre l'investissement d'énergie nécessaire pour s'ouvrir vers des ressources extérieures, et la réponse immédiate à des problématiques qui émergent en interne. Lors de la restitution du 23 mai 2017, nombreux sont les professionnels à avoir souligné le temps accordé aux tâtonnements, aux interrogations, et à la mise en place de démarches, d'outils et de pratiques adaptés aux migrants, qui mériteraient d'être **mutualisés** entre structures :

« J'ai eu un patient, le jour de Noël. Il a été à la Sécu, mais je le savais pas, on a fait les démarches en double. Cette personne a fait sa demande d'asile, donc il avait la CMU. »

« On a l'impression que c'est une multitude de choses qui sont les unes à côté des autres. Du coup la personne elle-même pour qui cette action est, qui doit bénéficier de cette action, ça tombe un peu à côté de la plaque. » (professionnelle du soin)

La mise en réseau se formalise selon plusieurs modalités. Elle s'appuie sur **l'interconnaissance** entre professionnels, sur la mise en place de **conventions** entre structures, et par le biais d'acteurs favorisant la **coordination** (ARS, DDCS, Réseau Louis Guilloux, et plus récemment, l'Ireps) :



« Au début ça s'est fait un peu au hasard, et puis maintenant on arrive à avoir des médecins sur lesquels on peut s'appuyer, pareil pour le cabinet infirmier. » (travailleur social)

« On a travaillé avec tous ces partenaires et on a formalisé des conduites à tenir. Qui fait quoi, quand y a quelque chose qui se passe comme ça, c'est signé par les responsables de chaque structure, donc normalement c'est quelque chose qui est posé. Un professionnel s'en va de la structure, celui qui vient après peut reprendre la procédure » (professionnelle du soin)

« Y a aussi le Réseau Louis Guilloux qui fait le point sur les difficultés rencontrées par les professionnels, et on est en contact aussi avec eux sur tout ce qui est accès aux soins. On est en lien quand même avec eux pour faire bouger et faire remonter les problématiques de terrain. » (travailleuse sociale)

L'augmentation du nombre de migrants sur les Côtes d'Armor ces dernières années a favorisé la **collaboration** entre de nombreux acteurs du territoire de Saint Brieuc. Dans le même temps, elle a mis en lumière **l'isolement** de quelques structures ou professionnels qui s'interrogent sur leur place ou leurs pratiques dans l'accompagnement de ce public : « À quoi sert notre service ? Pour les personnes, pour les travailleurs sociaux, pour le parcours administratif ? [...] Le réseau pourrait être amélioré. On n'a pas d'infos, un référent en structure d'accueil faciliterait. » (professionnel du soin). Des temps de coordination entre acteurs sont donc encore utiles pour conforter une dynamique en cours.

Avec **l'éclatement territorial** des structures d'hébergement destinées aux demandeurs d'asile, la question de la mise en réseau se pose à d'autres échelles depuis début 2017. De nouvelles structures sont amenées à accompagner les demandeurs d'asile dans les territoires de Lannion, de Rostrenen, et de Dinan. Cela nécessite de mettre en relation et de coordonner les professionnels du soin et du social dans chacun de ces territoires, mais aussi à l'échelle départementale, les migrants étant pris en charge par des dispositifs pilotés à l'échelle des Côtes d'Armor (CLAT, PASS, SIAO, CES...) : « Là, on va développer le travail sur le secteur de Lannion, on va aller rencontrer l'AMISEP, voilà. C'est vrai qu'ils arrivaient beaucoup sur St Brieuc mais on connaît bien La Maison de l'Argoat, on connaît bien Noz Deiz³³, on connaît moins bien l'AMISEP. » (professionnelle du soin).

Les migrants, acteurs dans leur parcours

Il est intéressant de noter que plusieurs professionnels rencontrés ont la volonté d'impliquer les personnes dans leur propre parcours. Soit c'est inscrit dans les modalités d'accueil et d'accompagnement : « Pour l'hébergement d'urgence, soit la démarche vient d'eux, soit ils sont d'accord. » (travailleur social), soit il s'agit d'une impulsion donnée de manière à accompagner vers l'autonomie : « Les migrants attrapent tout de suite le domaine des possibles. En tant qu'assistantes sociales, on oriente, on explique qui fait quoi, les structures, il y a une forte envie d'apprendre, de faire, d'être autonome. » . L'orientation

³³ Ces trois structures accueillent des demandeurs d'asile



des personnes vers des cours de français, l'appui d'associations telles qu'Utopia 56, de l'Asti, d'Emmaüs, etc., participent de *l'empowerment*³⁴ des migrants face à leurs nouvelles conditions de vie.

V. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Les difficultés et les limites de ce travail exploratoire

Ce travail exploratoire a été mené à un moment où le paysage institutionnel de l'accueil et de l'accompagnement des migrants était en plein changement. Certaines structures d'accueil (Centre d'accueil et d'orientation, Centres d'accueil des demandeurs d'asile, et des Centres temporaires d'accueil pour demandeurs d'asile) ont été alternativement ouvertes ou fermées en plusieurs points du département. L'ouverture de structures d'accueil dédiées aux demandeurs d'asile conduit les professionnels du social, du médico-social et du médical de ces territoires à accompagner des personnes migrantes, qui n'ont pas été captés à l'occasion de ce diagnostic. En effet, les dates d'entretien et les disponibilités des acteurs ont fait que les professionnels rencontrés étaient essentiellement issus du territoire de Saint Briec. De nombreuses dynamiques locales ne sont donc pas restituées ici. Toutefois, ce travail peut permettre aux acteurs des Côtes d'Armor de mettre en perspectives leurs expériences professionnelles avec celles présentées dans ce diagnostic. Il peut donc servir de base d'échanges au-delà du territoire de Saint Briec.

D'un point de vue strictement méthodologique, le diagnostic a été mené sur la base d'entretiens qualitatifs, ce qui ne permet qu'une vision partielle des pratiques des professionnels rencontrés.

2. Les atouts de ce travail

Le diagnostic réalisé sur le territoire s'est inscrit dans une démarche complémentaire à celle portée par le Réseau Louis Guilloux, dont l'objectif est avant tout de coordonner et d'offrir un appui technique aux professionnels du médico-social. La démarche de l'Ireps vise quant à elle à offrir un soutien aux professionnels dans leurs pratiques quotidiennes. La complémentarité et la collaboration de ces deux structures ont été propices au travail de diagnostic, et sont un contexte facilitant la mise en place d'actions sur le territoire.

L'élaboration du diagnostic a permis de susciter des débats, des souhaits, des attentes, et a fédéré des acteurs travaillant avec le public de migrants. L'intérêt de ce diagnostic se situe au-delà de la restitution écrite des interrogations et pratiques des professionnels, et vise bel et bien à participer à l'animation des réseaux professionnels sur le territoire.

³⁴ L'empowerment peut être défini comme l'accroissement de la capacité des individus à acquérir du pouvoir socialement, politiquement, économiquement et psychologiquement. Voir Zimmerman M.A. (2000) : "Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis." In Rappaport J., Seidman E. (Eds.) Handbook of community psychology. Kluwer Academic/Plenum Publishers.



3. Des perspectives attendues par les professionnels. Restitution des ateliers du 23 mai 2017

A l'issue de l'état des lieux et des rencontres réalisées pour mener à bien ce diagnostic entre novembre 2016 et mai 2017, une restitution a été organisée le 23 mai en partenariat avec le Réseau Louis Guilloux. 24 professionnels de 12 services différents étaient présents. Cette restitution avait deux objectifs : rendre compte des résultats préliminaires du diagnostic aux professionnels des structures rencontrées, et élaborer collectivement des propositions d'amélioration de l'accueil et de l'accompagnement des migrants en répondant par groupes de 4 ou 5 à la question : Qu'est-ce qui permettrait d'améliorer l'accompagnement des personnes migrantes ?

Les pistes d'action proposées, qui rejoignent en partie les éléments recueillis lors de la phase d'entretiens, ont permis de mettre à jour des besoins communs, et de mutualiser certaines ressources. Les propositions recueillies ont été regroupées ci-dessous.

Les actions proposées en terme d'organisation	
<i>Informer, former</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un colloque - Former des professionnels et des bénévoles sur l'interculturalité dans le soin, le projet de soin, ce qui se joue dans la rencontre, les préjugés, les limites individuelles, la posture - Mieux connaître les droits des personnes déboutées (au niveau juridique) <i>Ressources existantes : la Cimade³⁵, le Comède³⁶</i> - Faciliter la compréhension et la connaissance de l'AME <i>Ressources existantes : l'extranet partenaire CPAM, informations à demande possibles</i>
<i>Coopérer</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accès aux informations sur la situation géopolitique des personnes accompagnées <i>Ressources existantes : la newsletter de refworld.org</i> - Traduire les documents écrits (contrats, règlements) <i>Ressources existantes : les outils traduits par les CADA</i> <i>A faire : trouver une offre de traduction accessible</i> - Mutualiser les outils produits et utilisés par les structures - Mutualiser les moyens humains et financiers dans les structures (créer par exemple des ateliers suivis par les migrants)
<i>Se coordonner</i>	<p>En se réunissant</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer sur une instance locale où les partenaires opérationnels et institutionnels se retrouvent pour faire émerger les problématiques au-delà de Saint Briec (autre que DATASAM ?) - Organiser des réunions de réflexion interprofessionnelles ou inter-structures autour de cas concrets (1 fois par mois ?) - Coordonner les informations sur les cas spécifiques entre professionnels des informations santé/social - Proposer une coordination ou des temps collectifs entre élus/CCAS pour répondre à leurs problématiques spécifiques => <i>via</i> l'Association des Maires de France ? - Permettre une coordination entre médecins impliqués dans l'accueil de migrants au niveau départemental => <i>démarche en cours</i> - Faciliter la connaissance mutuelle des acteurs impliqués dans l'accueil des migrants sur un micro-territoire pour connaître les ressources propres à l'accompagnement des personnes sans droit (hébergement, soutien financier, connaissance partagée des bricolages) - Créer un livret de suivi médical (=> équivalent Dossier Médical Partagé) - <i>Ce qui existe déjà : Dossier de soin format papier, Carte de liaison santé, outil du Réseau Louis Guilloux</i> - Assurer la continuité lors de la sortie des dispositifs - Faciliter les liens entre travailleurs sociaux (demande d'asile puis aide sociale) : Réaliser une fiche de liaison avec cadre déontologique précis ?

<p><i>Se coordonner (suite)</i></p>	<p>En institutionnalisant les modalités d'échanges</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nommer un référent par structure pour faciliter le partenariat - Mettre en place une plateforme départementale (site internet) sur laquelle seraient visibles : <ul style="list-style-type: none"> ➤ les conventions existantes entre les structures ➤ les outils intéressants (faire connaître les ressources propres à chaque structure) ➤ les éléments juridiques et législatifs ➤ des documents écrits (contrats, règlements) en plusieurs langues ? ➤ annuaires du réseau qui travaille avec les migrants mis à jour régulièrement (missions et positionnements politiques propres à chaque service) <p>En améliorant les ressources des migrants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la mobilité par l'accès aux transports en commun gratuits ou à faible coût (Inégalités géographiques sur le territoire, exemple, Loudéac)
<p><i>Alléger, faciliter les démarches</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accès à l'interprétariat : alléger la procédure, sans rendez-vous (traduction immédiate) (cf l'ISM³⁷, 24h/24 mais au coût élevé) - Améliorer l'offre de prise en charge des soins psychiques des personnes (accès à la traduction, restriction du temps d'accueil, approche clinique spécifique)
<p><i>Etre soutenu financièrement</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir des financements supplémentaires (interprétariat, activités avec les personnes)
<p>Les améliorations au niveau inter-personnel</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer sur les ressources des personnes dans leur parcours - Bien faire comprendre à la personne l'accompagnement qui lui est proposé (<i>via</i> l'interprétariat) 	

4. Ressources développées

Les professionnels rencontrés ont évoqué le manque d'accès à des outils facilitant les échanges avec les migrants, lors de consultations, d'entretiens, ou de temps collectifs.

Le Pôle ressources en promotion de la santé de Bretagne a constitué un dossier³⁸ contenant une sélection de ressources pédagogiques pour aider à la mise en place d'actions et animations de groupe avec les personnes migrantes. Il oriente vers des références fiables, pertinentes et actuelles, et est mis à jour en temps réel.

Portail INFODOC
Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne

Dossiers pédagogiques

- [Activité physique et alimentation](#)
- [Addictions](#)
- [Compétences sociales et estime de soi](#)
- [Environnement](#)
- [Vie affective et sexuelle](#)
- [Promotion de la santé des migrants](#)

³⁷ <http://www.ism-interpretariat.fr/>

³⁸ <http://37.187.48.207/dyn/portal/index.seam?aloId=13986&page=alo>

VI. Conclusion et pistes d'action

Les migrants constituent pour les professionnels de la santé et du social qui les accompagnent un public spécifique. Leur statut administratif, les barrières linguistiques et culturelles, le cumul de plusieurs formes de précarité, rendent difficile leur accès au système de droit commun de la santé, et nécessitent une prise en charge sociale et médicale pluridisciplinaire et souvent spécifique. L'exil et les conditions de l'exil ont un effet notable sur la santé mentale des migrants, ce qui questionne sur la prise en charge possible de ces personnes sur un territoire où les ressources sont limitées pour accompagner les personnes dans leur résilience. Par ailleurs, les spécificités linguistiques et culturelles sont autant de filtres qui mettent une distance entre les professionnels et les migrants. Ces barrières engagent professionnels et migrants à développer des ressources particulières.

Un deuxième constat effectué lors du diagnostic concerne le sentiment d'urgence et de crise, prégnants dans les entretiens menés auprès des professionnels qui accueillent le plus de migrants. Les structures qui accueillent régulièrement ce public ont vécu en peu de temps des changements politiques qui ont impacté leurs pratiques de diverses manières. La réforme du droit d'asile a restructuré l'accueil des demandeurs d'asile à l'échelle nationale et dans le département, et la crise de Calais a multiplié les arrivées dans les Côtes d'Armor. Là où l'accueil et l'accompagnement des migrants était polarisé sur le territoire de Saint Briec, il se trouve dorénavant redistribué sur plusieurs villes du département, de manière transitoire ou plus pérenne. Il en résulte à la fois un quotidien sous tension, mais aussi une forte adaptation des pratiques et une restructuration active du réseau.

Les spécificités du public des migrants et le contexte de crise ont des effets notables sur les pratiques des professionnels. Pour s'adapter, les professionnels élaborent un ensemble de stratégies : le fonctionnement des structures d'accès aux soins et aux droits sociaux est adapté, des outils de traduction répondant à leurs missions sont mis en place, des partenariats sont engagés pour faciliter les parcours des migrants, etc. Mais les pratiques professionnelles elles-mêmes sont également interrogées : comment adapter ses pratiques à l'urgence et à un nouveau public, comment prendre en compte les différences culturelles, sont autant d'interrogations qui ressortent du diagnostic. La question de la juste distance professionnelle, et des modalités d'interactions sont au cœur des préoccupations.

En plus d'une réflexivité personnelle nécessaire, les professionnels se saisissent d'espaces et de temps de réflexivité collective pour prendre du recul et à adapter leurs pratiques. Les réseaux inter-structures et intersectoriels sont considérés comme vitaux, et mériteraient d'être améliorés pour faciliter les parcours des migrants.

En s'appuyant sur les résultats du diagnostic, et sur les propositions faites le 23 mai 2017 par 24 professionnels au cours d'ateliers collectifs, un ensemble de **pistes d'action** sont proposées ci-dessous.



Coordination

Constat : Des réseaux à consolider

Aujourd'hui, les réseaux sont partiellement consolidés, *via* des conventions et des dynamiques partenariales, mais certaines structures se sentent encore isolées. De plus, l'augmentation des lieux d'accueil pour demandeurs d'asile démultiplie le nombre d'acteurs devant apprendre à travailler ensemble.

Pistes d'action :

- Mettre en lien les professionnels au cours de soirées d'information, de temps d'analyse de pratiques

Constat : Des ressources à mutualiser

Le diagnostic met en évidence la forte propension des professionnels et des structures à s'adapter à ce nouveau public, et aux contraintes institutionnelles que posent leur accueil et leur accompagnement. Toutefois, il ressort que les ressources mobilisées et développées par certains professionnels ne sont pas toutes mutualisées, et mériteraient d'être mises en commun

Piste d'action :

- Rendre accessibles les ressources collectées et produites par les professionnels

Pratiques professionnelles

Constat : Des barrières linguistiques et culturelles à dépasser

Les professionnels sont amenés à dépasser des barrières linguistiques et culturelles pour accompagner et soigner au mieux les migrants. Cela induit un ensemble de changements dans les pratiques : introduction de tierces personnes dans des relations habituellement duales, accompagnement différé dans le temps, acquisition de compétences de communication interculturelle.

Pistes d'action :

- Accompagner les professionnels et les structures vers une appropriation de l'interprétariat professionnel
- Former à la communication interculturelle
- Proposer des temps d'analyse de pratiques

Constat : Une complexité administrative qui impacte l'accompagnement

Les changements de statuts administratifs consécutifs aux changements législatifs comme aux évolutions inhérentes aux parcours des migrants ont des effets sur l'accès aux dispositifs pour les migrants. Les professionnels doivent ajuster leurs pratiques (réorientation des personnes, recherche de nouvelles solutions...), ce qui implique de connaître les statuts et dispositifs existants.

Piste d'action :

- Mutualiser les sources d'information et les connaissances au cours de soirées d'informations

Constat : Un public vulnérable qui fragilise les professionnels dans leur posture

La grande vulnérabilité des migrants soulève des interrogations quant à la distance professionnelle et la gestion des émotions dans l'accompagnement.

Piste d'action :

- S'appuyer sur des temps d'analyse de pratiques pour trouver collectivement des modalités de gestion des émotions et de la distance professionnelle

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

Références citées

- Adalea (2017) : « Service intégré de l'accueil et de l'orientation. Bilan d'activités 2016. » *Adalea*. 50 p. URL : http://www.adalea.fr/IMG/Files/bilan_siao_2016.pdf
- Archimbaud A. (2013) : « L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité », Rapport, *Premier Ministre*. 156 p.
- Bateson G. (2008-1972) : « Vers une écologie de l'esprit » *Seuil*.
- Camilleri C., Vonsonneau G. (1996) : « Psychologie et culture : concepts et méthodes. » *Armand Colin*.
- Cagnet M., Hoyez A.C., Poiret C. (2012) : « Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations. » *Revue Européenne des migrations internationales*, 28, 2. 7-10. URL : <http://remi.revues.org/5861>
- Cohen-Emerique Margalit (2011) : « Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques. » *Editions de l'EHESP*.
- Comède (2015) : « Migrants/étrangers en situation précaire – soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. » *Comède*. p 13.
- Fassin D. et al. (2013) : « Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'Etat. » *Seuil*.
- d'Halluin E. (2009) : « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes & Migrations*, 6, 1282. 66-75. URL : <http://www.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2009-6-page-66.htm>
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2017) : « Interprétariat dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Version provisoire, soumise à consultation publique. » *HAS, Service évaluation économique et santé publique*. 50 p. URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante.pdf
- Hoyez A.C. (2015) : « Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire ? » *Revue francophone sur la santé et les territoires*. 13 p. URL : <http://rfst.hypotheses.org/hoyez-anne-cecile-territoires-mobilites-et-sante-comment-composer-et-penser-une-offre-de-soins-pour-les-populations-migrantes-en-situation-precaire>
- Insee référence (2012) : « Immigrés et descendants d'immigrés. » Fiche 5. 12.
- Inpes (2012) : « Santé et recours aux soins des migrants en France. » Numéro thématique 2-3-4, *BEH*. URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-épidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>
- Kobelinsky C. (2010) : « L'accueil des demandeurs d'asile : une ethnographie de l'attente. » *Le Cygne*.



- Ministère de l'Intérieur (2015) : « Accueil des réfugiés : le rôle de l'Etat. » *Ministère de l'Intérieur*. URL : <https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/Accueil-des-refugies-le-role-de-l-Etat>
- Piller Ingrid (2011) : « Intercultural communication. A critical introduction. » *Edinburgh University Press*.
- Préfet de Bretagne (2016) : « Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile de la région Bretagne. » *Préfecture de Bretagne*. 31 p
- Statistique publique (2016) : « Les demandes d'asile. Ministère de l'Intérieur. » *Direction générale des étrangers en France*. Publié le 8 juillet 2016. 2 p.
- Zimmerman M.A. (2000) : "Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis." In Rappaport J., Seidman E. (Eds.) *Handbook of community psychology*. *Kluwer Academic/Plenum Publishers*.

Sites de référence :

- Association Françoise et Eugène Minkowski. <http://www.minkowska.com/>
- Cultures & Santé. <http://www.cultures-sante.be/>
- Google traduction. <https://translate.google.fr/>
- Info Migrants, les informations en droit des étrangers, par téléphone. <http://info-migrants.org/>
- ISM Interprétariat. Le dialogue à trois. <http://www.ism-interpretariat.fr/>
- Médecins du Monde. <http://www.medecinsdumonde.org/fr>
- Mediglotte. www.mediglotte.e-monsite.com
- Ministère de l'intérieur : Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources>
- Observatoire du droit à la santé des étrangers. <http://www.odse.eu.org/>
- Office Français de l'immigration et de l'intégration. <http://www.ofii.fr/>
- Portail Infodoc en promotion de la santé. <http://37.187.48.207/dyn/portal/index.seam?aloid=13986&page=alo>
- Refworld (The United Nations Refugee Agency). <http://www.refworld.org/>
- Rémis, Réseau d'information sur les migrations internationales et les relations interethniques. <http://remisis.dsi.univ-paris-diderot.fr/>
- Réseau Louis Guilloux. <http://rlg35.org/>
- Santé BD. www.santebd.org
- The United Nations Refugee Agency. <http://www.unhcr.org/fr/>
- Traducmed. Outil d'aide pour la prise en charge médicale des patients migrants. <http://www.traducmed.fr/>



REMERCIEMENTS

La réalisation de ce diagnostic a été rendue possible grâce à l'intervention et à la collaboration de nombreux partenaires. L'Agence Régionale de Santé a permis sa réalisation en finançant le temps de travail nécessaire à sa mise en œuvre. Le réseau Louis Guilloux a pris le temps de collaborer avec l'Ireps à plusieurs étapes de la démarche. Enfin, l'implication des professionnels est le fondement de ce travail exploratoire, et de la dynamique locale qui en résulte.

IREPS Bretagne (2017) : « L'accueil et l'accompagnement des migrants dans les Côtes d'Armor. Diagnostic et pistes d'action. » IREPS Bretagne. 37 p.