



asamla

Association Santé Migrants Loire Atlantique

---

# Migrants et Santé

« Se comprendre pour  
accéder aux soins »

Colloque Régional  
Nantes  
4 février 2011



## Colloque régional **Migrants et Santé - " Se comprendre pour accéder aux soins "**

Vendredi 4 février 2011, Salle Sémaphore, FJT Beaulieu, 9 boulevard Vincent Gâche à Nantes

- 9 h 15           **Ouverture - Allocution de bienvenue**  
*Françoise CHAILLEUX Présidente ASAMLA*
- Modérateur : Georges Picherot - Médecin Pédiatre au CHU de Nantes*
- 9 h 30           - **Santé des migrants : faut-il une dimension ethno-médicale ?**  
*Pr Olivier BOUCHAUD - Médecin à l'hôpital Avicenne de Bobigny*
- 10 h             - **Les traumatismes chez les demandeurs d'asile**  
*Philippe LE FERRAND - Médecin psychiatre au CHGR de Rennes*
- **Pourquoi et comment travailler avec des interprètes en consultation psychiatrique ?**  
*Nathalie DJEGA-MARIADASSOU - Médecin Psychiatre au CHU de Nantes*
- 10 h 30         Echange avec la Salle
- Modérateur : Cédric Gratton - Directeur ASAMLA*
- 11h             - **Se comprendre pour se soigner**  
*Catherine VILLATTE - Directrice des Soins au CHU de Nantes*
- 11 h 15         - **Accompagnement Juridique des migrants**  
*Me Olivier RENARD - Coresponsable du secteur droit des étrangers au barreau de Nantes*
- 11 h 30         - **Les violences faites aux femmes - Partenariat CHU/ASAMLA**  
*Véronique CARTON - Gynécologue UGOMS - CHU de Nantes*
- 11 h 45         Echange avec la Salle
- Modératrice : Chantal Martin - Responsable CADA Savenay*
- 14 h             - **L'interprète Médico-Social : un professionnel à part entière**  
*Liliana SABAN - Directrice de « Migrations Santé Alsace »*
- **Le Médiateur en Santé Publique**  
*Rachida OUATARA - Directrice de l'APTIRA, Angers (Maine et Loire)*
- 14 h 40         Echange avec la salle
- 15h             **Table ronde : « Pratiques et expériences régionales avec interprètes »**  
- *Rodolphe CHAUVIN - Directeur du CADA de la Roche sur Yon (Vendée)*  
- *Angélique HOUDOU - Directrice du CADA de Laval (Mayenne)*  
- *Sylvie CHAPELAIS - Médecins du Monde - Médiation Sanitaire auprès des Roms, Nantes (Loire-Atlantique)*  
- *Michel NGUYEN - Psychiatre - EMPP (Equipe Mobile Précarité Psychiatrie), Le Mans (Sarthe)*  
- *Mireille MARTIN - Directrice de l'association « Femmes relais Sarthe »*
- 16 h             Echange avec la salle
- 16 h 30         **Vers une organisation régionale des structures d'interprétariat**  
*Bernard Branger - Administrateur ASAMLA*  
*Françoise Chailleux - Présidente ASAMLA*
- 16 h 45         **Synthèse de la journée**  
*Yvette Gautier - Vice Présidente ASAMLA*



# Un colloque régional sur les migrants et la santé

Françoise Chailleux  
Présidente de l'ASAMLA



- **Ce colloque a pour but de réfléchir et d'échanger autour de l'accès à la santé et aux droits des migrants.**

L'accès aux soins des migrants ne va pas de soi et se heurte en effet à des difficultés et des obstacles nombreux, même si ces dernières années la création des PASS par les pouvoirs publics l'ont amélioré.

Par ailleurs *de nouveaux besoins apparaissent, liés à l'augmentation de la population immigrée dans les Pays de Loire (+47 % en 7 ans, de 1999 à 2006) et à une nouvelle forme d'immigration. Des conflits violents dans certains pays poussent des millions de personnes vers l'exil, dont une minorité seulement parviennent en Europe. Les migrants proviennent de pays de plus en plus lointains : Afrique Centrale, Europe de l'Est (Arménie, Azerbaïdjan, Biélorussie, Bosnie, Croatie, Tchétchénie, Roumanie), Asie.....*

- **En premier lieu, l'accès à la santé des migrants se heurte à de nombreux obstacles :**

Depuis les années 2003, puis 2006 et aujourd'hui avec les lois Besson, il s'est produit un *durcissement des lois sur l'immigration*, ce qui a entraîné des conséquences sanitaires et sociales désastreuses pour les populations immigrées.

Il s'agit, entre autres, des nouveaux critères de régularisation, des modifications pour le droit au séjour des étrangers malades, des modifications pour l'accès aux soins des plus démunis et de la restriction pour l'obtention de l'AME.

L'état de santé des migrants se trouve souvent affecté par plusieurs facteurs de vulnérabilité - médicale, psychologique, juridique - qui conduisent les professionnels à répondre à des demandes associées de soins médicaux et psychologiques et de conseil juridique, impliquant une prise en charge adaptée.

La barrière de la langue constitue souvent le 1<sup>er</sup> obstacle de la prise en charge. *La présence d'un interprète professionnel* est toujours préférable à un accompagnateur qui manque souvent de la neutralité nécessaire. L'interprète va bien au-delà de la traduction linguistique en abordant les codes sociaux et culturels.

*La démarche avec interprète est plus longue* pour le professionnel et demande une adaptation de sa part. *La démarche est aussi onéreuse* pour la structure, mais il a été

prouvé par des études canadiennes (Sarah Bowen) que l'absence d'interprète augmentait les coûts par des hospitalisations plus fréquentes, des délais diagnostiques prolongés et des retards de mise en place de traitement.

*Il n'existe pas de service public d'interprétariat, lequel est assuré par des associations ou des interprètes du secteur marchand. Les financements, quand il y en a, sont aléatoires et non pérennes ce qui fragilise nos structures.*

### **D'autre part, les institutions avec lesquels nous sommes en lien fonctionnent à l'échelon régional**

- *La plate-forme d'accueil régionale des demandeurs d'asile* favorise à Nantes et à Angers l'arrivée des demandeurs d'asile : dossier Ofpra, recherche d'hébergement, aide sociale et juridique.
- *L'OFII – Office français pour l'immigration et l'intégration* -, plate-forme par laquelle passent les populations de l'immigration régulière dans le cadre de l'obtention du CAI (Contrat d'accueil et d'intégration)
- *La PASS* (Permanence d'accès aux soins)
- *L'ARS* (Agence régionale de santé) financeur de l'accès aux soins des plus démunis.
- *la DRJSCS (Direction Régionale Jeunesse et Sport et de la Cohésion Sociale)* qui a en charge l'intégration.

### **Toutes ces raisons justifient pour nous aujourd'hui la tenue de ce colloque dont les objectifs sont :**

- De réunir au niveau régional tous les acteurs concernés par *la pratique de la prise en charge* de la santé des migrants et qui engagent des actions sur ce thème. Ceci dans une logique de constitution d'un réseau.
- D'échanger avec les partenaires régionaux sur *les modalités de prise en charge* de la santé de l'accès aux soins des migrants.
- De sensibiliser les professionnels à la pratique de *l'interprétariat professionnel* comme outil de communication.
- Et à l'issue du colloque de réfléchir à l'éventuelle création *d'un groupe de travail régional* pour continuer la réflexion amorcée tout au long de cette journée.

# **Santé des Migrants : Faut-il une dimension ethnomédicale ?**

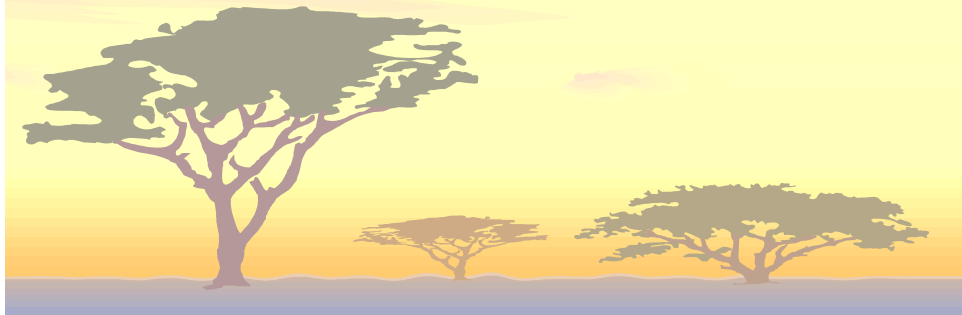
Pr Olivier BOUCHAUD,  
CHU Avicenne et Université Paris 13



Au CHU Avicenne, je dirige un service d'infectiologie, service où sont dispensés les soins normaux au tout-venant, et, où la dimension ethnomédicale, indispensable à la prise en charge des migrants est intégrée aux soins ordinaires.  
Nous allons nous poser la question suivante :

# Il y a t'il une dimension culturelle dans la maladie ?

(y compris chez les « Blancs »)



Cette dimension étant à prendre en compte dans les soins chez tous les patients quelle que soit leur origine.

Les schémas suivants illustrent bien cette problématique, pour les migrants et pour les blancs : y sont représentées les interactions entre le patient, migrant ou non, et les soignants, la famille, la communauté (ethnomédecine).

L'anthropologie médicale reconnaît une double causalité à la maladie, quelle que soit l'origine ethnique :

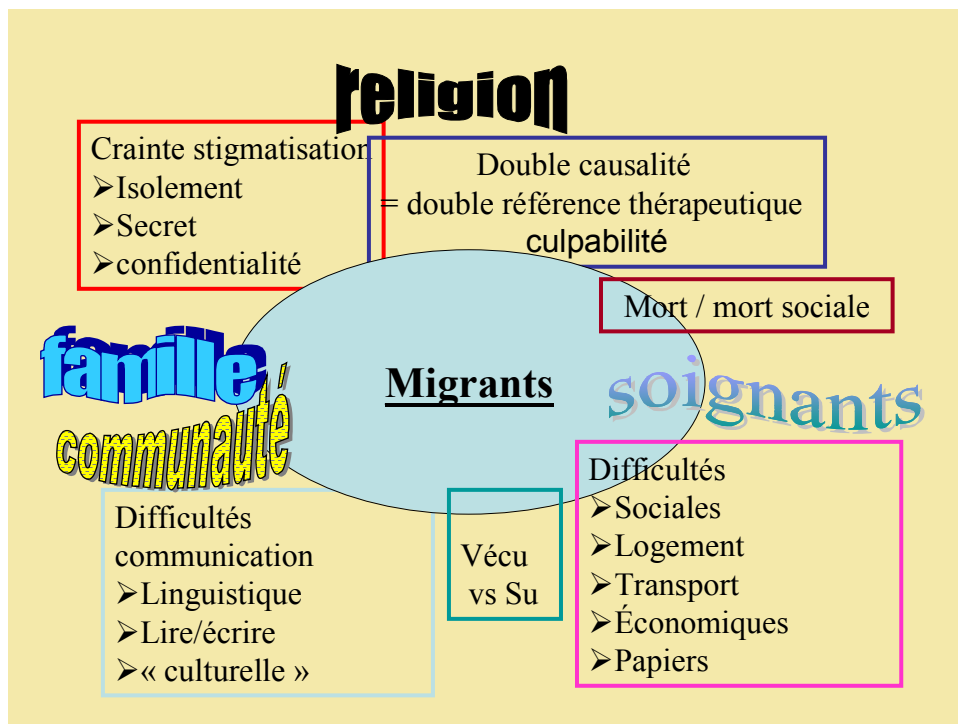
- Une cause naturelle : Bacille de Koch pour la tuberculose par ex.
- Une cause non naturelle, «culturelle» : pourquoi moi ? pourquoi moi, maintenant ? cette cause qu'on pourrait appeler hâtivement "culturelle" inclut le plus souvent une dimension religieuse (l'islam, le christianisme, ...) avec la culpabilité, "moteur" universel de la représentation de la maladie, et/ou animiste, en gardant à l'esprit que les cultures européennes aussi sont imprégnées d'animisme comme en attestent les diverses superstitions (passer sous une échelle, chat noir près d'un cimetière etc...) encore actives...

Cette double causalité, naturelle et culturelle sous-tend la demande de soins. Elle éclaire la crainte de stigmatisation liée à la maladie (tuberculose, Sida, Cancer), la culpabilité par rapport à la communauté, au lignage, la recherche de la faute...

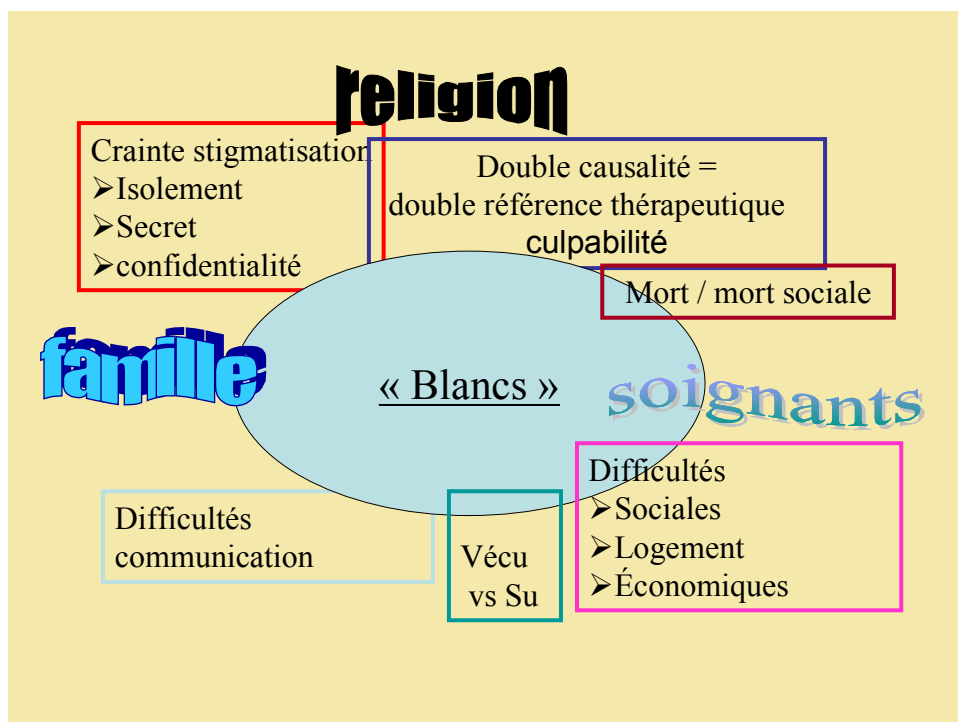
Aux incompréhensions liées aux causes que nous venons d'énoncer, s'ajoutent les difficultés de communication liées à la langue. Par exemple, le médecin remet une ordonnance à renouveler deux fois (QSP 2 fois) ; au pays, les médicaments sont souvent remis dans un sac en plastique avec le nombre de comprimés correspondant au traitement d'un mois. Une fois les comprimés pris, le patient ne renouvelle pas son ordonnance parce qu'il n'a pas compris et le médecin juge qu'il n'y a pas eu de compliance au traitement, ce qui aggrave les risques d'apparition d'une résistance à la thérapeutique.



Voici la diapo sur les « migrants »



Voici la diapo sur les « blancs »



## Quelques histoires :

- Mr M., Malien, découverte VIH pas encore annoncée, infection pulmonaire grave
  
- Refus des prises de sang à l'arrivée dans le service
  - pourquoi ?
  - que faire ?

Un Monsieur, malien, infecté par le VIH sans qu'il en ait connaissance, et atteint d'une affection pulmonaire sévère, oppose un refus « forcé » aux nombreuses prises de sang nécessaires au bilan lors de son hospitalisation.

Le médecin, averti par l'équipe vient s'asseoir à son chevet et fait connaissance, son nom, le pays d'où il vient, sa région, la famille... Le sang représente pour le patient le symbole de son énergie vitale. Malade, affaibli, il refuse de se faire pomper son énergie vitale, d'où le refus des multiples prises de sang du bilan. Il est victime d'un sort jeté au Mali et même le monde médical a été marabouté par le jeteur de sort et... il ne s'en rend même pas compte.

Le médecin va tenter un compromis. Il accepte l'explication et en tient compte. Il explique l'intérêt pour le patient des prises de sang pour mieux pouvoir le soigner. Il propose un arrangement.

Le malade fixe lui même les règles : un prélèvement de 3 tubes tous les 2 jours.

Ecouter le malade, comprendre le sens de son comportement en lien avec le sens qu'il donne à sa maladie, expliquer les raisons des investigations (prises de sang) pour parvenir à un ajustement du traitement et trouver un compromis acceptable par le patient et par les soignants, c'est là l'illustration de se comprendre pour accéder aux soins.

- Mme S., Rom, infarctus sévère,

→ 10 personnes dans la chambre

→ pourquoi ?

→ que faire ?

Cette dame, plus très jeune, d'origine Rom, atteinte d'un infarctus sévère aurait grand besoin de calme et de repos, pense le personnel soignant à juste titre et il n'est pas facile de faire les soins avec 10 personnes dans la chambre !!!

C'est sans considérer le rôle tenu par la communauté dans le soutien au malade... Tous sont là pour l'entourer, la chérir, personne ne va la laisser tomber.

Le compromis va consister à repérer le leader du groupe, le chef dont la décision fait autorité et à lui demander comment il envisage d'organiser le tour de garde, pour permettre le repos de la malade et que tous puissent la soutenir, en se posant la question que cette patiente a peut être besoin, elle, d'avoir beaucoup des siens autour d'elle.

- Mr G., Congolais, lombalgie invalidante sur séquelle de tuberculose rachidienne
- Douleur « étonnamment » mal contrôlée par morphine
- Agressivité vis à vis du personnel
- 2ém hospi pour les mêmes motifs
- comportement idem !!
  - pourquoi ?
  - pourquoi est il revenu ??
  - que faire ?

Ce Monsieur, congolais est très douloureux, il souffre d'une lombalgie majeure et développe une très grande agressivité envers le monde médical. Le personnel soignant n'en peut plus, rien n'y a fait. Il propose un séjour en maison de repos où le comportement du malade restera inchangé.

Lors de la deuxième hospitalisation, le malade évoquera « des lumières dans la tête »... Certains professionnels de santé pensent que la dépression n'existe pas chez les Africains ... parce qu'elle s'exprime souvent différemment par rapport à la culture européenne. Dans certaines cultures, il n'est pas possible d'exprimer le mal être : c'est donc le corps qui va l'exprimer (psycho-somatisation).

De fait, la maladie, la somatisation, la douleur viennent remplacer la dépression, la tristesse.

Un traitement antidépresseur bien conduit viendra à bout des symptômes.

Le patient et le personnel seront soulagés.

- Mme T., Sénégalaise,
  - TB+ pulmonaire « banale » révélée par toux sèche, céphalées et AEG
  - TTT sans problème, bonne observance
  - À M6 : va très bien, reprise de poids, biologie parfaite ...  
mais toux sèche toujours présente
- ➔ qu'est ce qui se passe ?
- ➔ quoi faire?

Cette dame, d'origine sénégalaise, atteinte d'une tuberculose, suit très bien son traitement et ne guérit pas de sa toux sèche...

Que se passe-t-il ?

- Du point de vue de sa tuberculose, cause « naturelle » de sa maladie, le traitement est bien suivi.
- « Je sais pourquoi j'ai fait cette tuberculose », dit cette patiente. Il y a un conflit familial au pays dont elle est l'objet. « Il n'y a pas de bons marabouts ici » dit cette dame, la cause « culturelle » de sa maladie est à prendre en compte.
- Il lui est proposé d'aller au Pays pour régler cette affaire et le prix du billet d'avion lui sera avancé. Stupéfaction : elle accepte et reviendra en bonne santé, elle remboursera l'association qui lui a prêté l'argent du voyage.

- Madame S., 56 ans, Malienne  
VIH+ (« je sais pourquoi »),  
très observante, bonne évolution sous traitement
- Oct 2005 : paraplégie → Sd de Guillain Barré sévère  
→ corticoïdes
- En mars 2005, va mieux, régression  
toujours en fauteuil, toujours sous corticoïdes (+ diabète!)

- « je pars au Sénégal »
- « pourquoi maintenant ? »
- « je pars, j'ai des choses à faire... »

Q : pourquoi cette « urgence » ? C'est quoi « les choses » ?

Q : faut il accompagner ou s'opposer ?

Que comprendre ? Les choses qu'elle a à faire ne regardent qu'elle !  
Rien ne sert de s'opposer, accompagner est toujours préférable.

A., Malien, 38 ans, VIH+ depuis 13 ans, séparé en 2003 de sa première femme qu'il a contaminé  
« il m'a volé ma vie, il m'a gâché ma vie, il n'a rien fait pour me protéger alors qu'il savait pour lui »

Pas d'enfants

Part au pays en juillet 2005 ...pour se remarier

Elle a 19 ans...

Conscient du risque :

« je suis torturé par ça, j'y pense tout le temps mais tu sais je ne peux pas faire autrement ....

... je suis obligé ...il faut me croire »

→ **pourquoi se remarier « absolument » ?**

→ **est-ce un « salaud » ?**

→ **comment gérer ?**

Le problème ici est celui de la contamination d'une future épouse de 19 ans qui ne sait rien.

Ce Monsieur suit plus ou moins bien son traitement, est très déprimé et se dit « torturé »

Il est pris dans une double contrainte.

Il se doit de donner un enfant à son lignage, l'enfant représentant la continuité des ancêtres. Refuser un enfant c'est empêcher les ancêtres de renaître : « Je suis obligé, il faut me croire ».

Il est donc « obligé » de se marier avec cette jeune fille de 19 ans.

Problème éthique majeur pour les soignants.

Est-ce un « salaud » ?

La réponse n'est pas aussi simple qu'il y paraît ! Rétrospectivement on peut analyser le comportement inobservant du patient par une "punition" qu'il s'inflige pour avoir contaminé sa première femme (comment vivre en bonne santé après "ce qu'il a fait" ?). Par ailleurs comme il ne peut pas aller contre sa famille et ne pas se remarier, il faut lui proposer une porte de sortie : prendre parfaitement son traitement de façon à ce que la quantité de virus se réduise au minimum et que le risque d'infecter sa nouvelle femme se réduise à un risque quasi nul. Le patient a saisi cette solution "inespérée" : il est devenu parfaitement observant, sa charge virale sanguine s'est effondrée et plusieurs années après il est toujours parfaitement observant".

## Mais aussi...

- Mme S, « parisienne », enseignante, athée
- encéphalite à herpès
- risque de séquelles cognitives
  
- « mais qu'est ce que j'ai fait au bon Dieu pour avoir ça ? »

Cette femme enseignante se dit profondément « athée »...

Pourtant au moment où le médecin l'informe du risque de séquelles de sa pathologie, elle évoque un « Bon Dieu » auquel elle dit ne pas croire.

Au moment où elle est profondément déstabilisée par la maladie, cette expression « mais qu'est ce que j'ai fait au bon Dieu pour avoir ça », traduit la remontée de la culture profonde judéo-chrétienne qui nous imprègne dans notre pays.

La double causalité de la maladie nous concerne tous, cause naturelle et cause culturelle et c'est sous ces deux aspects qu'il faut l'appréhender.



Faut-il être « anthropologue » pour appréhender la dimension ethnomédicale de l'exercice de la médecine pour tous et particulièrement auprès des migrants ?

Alors faut il être anthropologue ?

**NON !!!**

- mais prendre conscience de « petites choses péri-culturelles »
- beaucoup des difficultés/souffrances passent inaperçues
  - Partie immergée de l'iceberg

NON mais il faut avoir conscience de l'altérité

Il y a beaucoup de contraintes dans cet exercice

- Contraintes économiques
  - Heures de consult (travail, parfois au noir)
  - Coût transport
- Contraintes langue
  - Attention à famille/communauté/conjoint
  - Attention à l'apparente francophonie
  - Interprétariat+++
- Contraintes alphabétisation
  - RDV : souplesse !
  - Ordonnances :
    - expliquer
    - visuels, expo. boites et cp...

- **contraintes administratives**
  - papiers :
    - « ne pas exister »
    - crainte d'être arrêté
  - accès aux droits
    - complexité des circuits
  
- **isolement affectif parfois**
  - « *tu sais tu es le seul qui sait...* »

Il y a beaucoup d'obstacles à surmonter, beaucoup à comprendre, le rôle de la famille, de la communauté, la représentation de la maladie, la double causalité (qui est universelle), la symbolique du sang (elle aussi universelle)...  
La maladie ne résume pas la personne !

## un peu de recul ...grâce aux migrants

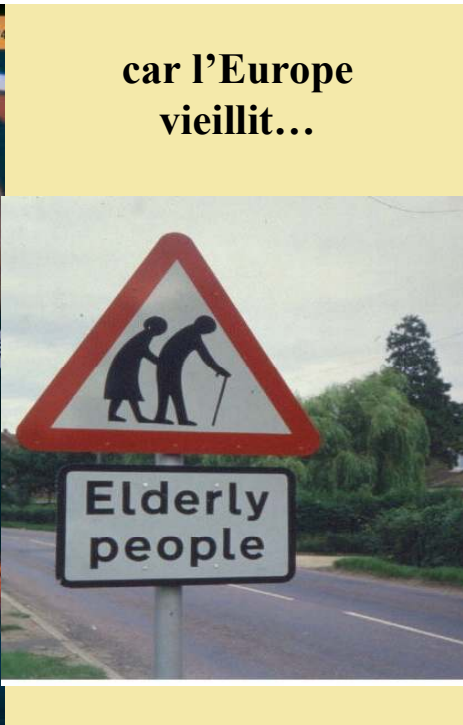
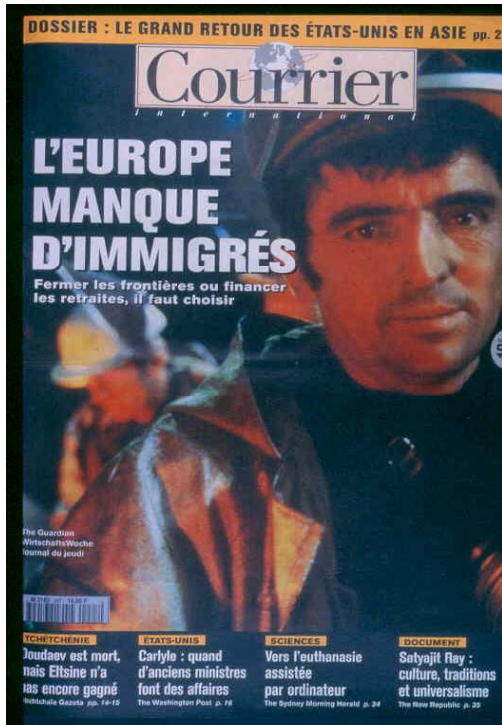
- La technicité de la médecine envahit nos champs d'intervention au détriment du relationnel
- Attention à ne pas oublier « l'Autre différent » en face de nous

**« la façon de donner vaut autant que ce que l'on donne »**

Et l'interprétariat ? et la médiation culturelle ? Les consultations réunissent beaucoup de monde, le patient, parfois sa famille, la communauté, les soignants, les interprètes...

Dans les hôpitaux de la région parisienne, il peut y avoir plus de 40 langues, la traduction peut parfois être faite par téléphone, elle peut être faite par la famille ou un membre de la communauté avec le filtre de l'interprétation, par les interprètes médiateurs...

L'important est de se faire comprendre et de se comprendre pour se soigner.



# Les traumatismes des demandeurs d'asile

Docteur Philippe LE FERRAND  
Psychiatre, CHGR de Rennes



## I – INTRODUCTION

Dans notre travail au sein des équipes mobiles psychiatrie précarité, nous sommes actuellement confrontés à une forme tout à fait nouvelle de problème de santé mentale au centre de beaucoup de demandes de consultations : c'est la clinique spécifique du traumatisme psychique chez les demandeurs d'asile.

Je voudrais attirer votre attention sur cette psychopathologie tout à fait nouvelle et en même temps souligner l'impuissance thérapeutique générée par cette situation.

L'aspect spécifique est l'association des deux termes : traumatisme et demandeurs d'asile, car l'expérience que vit le demandeur d'asile est un facteur aggravant considérable du syndrome post-traumatique subi au départ.

C'est ce contexte actuel de la rencontre qui induit une très grande difficulté pour engager un travail psychothérapeutique du trauma.

Le demandeur d'asile est un migrant tout à fait particulier avec pourtant une image floue de ce statut, qui contribue à la difficulté de compréhension de la symptomatologie à laquelle nous avons à faire.

Il faut bien faire la distinction entre :

- le réfugié,
- le demandeur d'asile,
- le débouté du droit d'asile,
- le clandestin.

L'amalgame entre ces différents statuts produit confusion et malaise tant chez les demandeurs d'asile victimes de violence que chez les intervenants.

C'est cette situation inédite de souffrance qui constitue une forme aggravée de traumatisme psychique.

La trajectoire des demandeurs d'asile est en effet marquée par des périodes distinctes qui constituent une succession d'épreuves qui aboutissent à la forme aggravée du traumatisme que nous découvrons.

Il y a d'abord le **traumatisme initial** survenu dans le pays d'origine : c'est la **vie détruite** avec les cicatrices psychiques à vie, séquelles de l'état de stress post-traumatique et de la barbarie subie.

Il y a ensuite la **fuite et l'exil** marqués par l'abandon des personnes et des lieux d'attachement : c'est la **vie perdue** de l'histoire familiale, du statut social, de l'identité culturelle et sociale. Le ressassement de cette vie d'avant peut devenir une nostalgie pathologique qui fige l'existence dans une impossibilité à se projeter dans l'avenir.

Il y a ensuite la **demande de statut de réfugié** : c'est la **vie suspendue** de l'attente anxieuse du sésame après l'épreuve du récit circonstancié des drames subis.

Il y a enfin la **demande d'aide médico-psychologique** : c'est la **vie déniée** marquée par le double lien de la quête de reconnaissance et de certificat médical d'une part, et la honte d'être l'objet de la suspicion d'autre part.

**Ces deux dernières étapes obligatoires dans l'obtention du statut de réfugié constituent de plus en plus un phénomène « d'après-coup », caractéristique du traumatisme tel qu'il est décrit par la psychanalyse.**

Pour Freud en effet, le traumatisme se déroule en deux temps :

- le premier celui de l'effroi qui confronte à l'effraction des défenses.
- le deuxième est la scène psychique de la reviviscence de l'évènement initial provoqué par un deuxième évènement.

## **II – LE TRAUMATISME PSYCHIQUE INITIAL :**

La clinique de l'état de stress post-traumatique est maintenant bien connue et je ne vais pas l'aborder.

Je voudrais juste souligner quelques aspects particuliers propres à nos patients.

A la différence du syndrome de stress post-traumatique tel que nous l'entendons, qui survient dans les suites de catastrophes naturelles ou industrielles, accidents, attentats, les expériences traumatiques subies par les demandeurs d'asile sont des stress extrêmes, prolongés et répétés dans un contexte de grande insécurité, sans début précis dans le temps, et qui cessent avec la fuite du pays d'origine.

Il s'agit de toutes les formes de barbarie (tortures, viols, déportation) qui aboutissent à des formes extrêmes de traumatisme psychique qui se manifestent par de multiples symptômes bien connus désormais.

- les reviviscences : l'intrusion d'images traumatiques qui s'imposent à la conscience
- le désespoir avec sentiments de vide, détachement, idées suicidaires
- les angoisses paranoïdes avec sentiment de danger imminent, d'être menacé, méfiance
- la dépersonnalisation

- les troubles psychotiques

Tous ces symptômes témoignent de la rencontre avec le néant qui fait effraction et prive l'individu de toute représentation : il n'y a pas de mots pour décrire ce qu'il s'est passé si bien qu'il y a rupture entre l'expérience et la parole.

- l'individu se sent abandonné par le langage et donc par la communauté humaine : le traumatisme est lié à ce sentiment de trahison de l'humanité parce qu'il y a eu perte d'humanité.
- C'est cette perte de confiance dans l'humanité qui caractérise ces traumatismes. Ils sont très différents de l'état de stress post traumatique de nature neuro-physiologique.
- Ce dont il est question c'est la rencontre avec le réel de la mort qui impose la question du sens et du non sens : le traumatisme est rupture de sens par le phénomène d'effroi, d'impuissance, d'aléatoire de l'être et du néant comme ultime vérité.

### **III – L'EXIL :**

Dans la suite du traumatisme initial, le retour à la vie libre dans le contexte de l'exil devient un facteur supplémentaire de souffrance.

Le deuxième traumatisme est l'exil imposé par la fuite du danger. A la différence du mal-être de l'expatriation, l'effet traumatique vient de la perte des repères sociaux due à un départ non voulu, non préparé, non anticipé.

Toutes les études qui s'intéressent à ce phénomène montrent que l'exil est à l'origine d'une psychopathologie de l'adaptation.

Le demandeur d'asile quitte un lieu dangereux pour un lieu inhospitalier. Il est privé de place dans le monde, aussi bien dans son lieu de départ que dans le lieu d'arrivée. Il n'est pas seulement un individu menacé, il est aussi une personne privée d'appartenance. Il est désaffilié, c'est-à-dire détaché de ses liens, isolé et sans protection, et donc en situation d'insécurité psychique en raison même de cette atteinte à sa propre identité sociale réduite à une identification au simple statut de réfugié et d'être humain hors de toute signification sociale.

L'exil du demandeur d'asile est très particulier. Il oblige d'abord à faire le deuil d'un certain statut social parce qu'il induit l'expérience de conditions de vie misérables auxquelles la personne n'était pas préparée (inactivité forcée, absence de revenus, habitat précaire, expériences diverses de discrimination, rejet, indifférence et en même temps retour impossible dans son pays).

Il induit aussi un saut culturel auquel l'individu n'était pas préparé :

- méconnaissance de la langue avec toutes les difficultés de communication que cela provoque, l'impression d'être incompris ou rejeté.

- méconnaissance des habitudes culturelles qui entraînent des expériences de rejet et sentiment d'humiliation.
- méconnaissance des procédures administratives qui aggravent sa précarité.
- Il provoque honte et sentiment d'exclusion.

La souffrance de l'exil est non seulement aggravée par la précarité des conditions de vie mais aussi par le sentiment d'insécurité réel lié à l'attente anxieuse de son statut de réfugié, les expériences de chaud et froid liées aux vécus de soutien et de rejet institutionnel (idées sensibles par rapport aux équipes des CADA, PASS, CCAS). Même l'identité de demandeur d'asile est menacée en raison de la suspicion actuelle qui pèse sur la demande de statut de réfugié : est-il un délinquant en puissance, un simple migrant pauvre et clandestin qui utilise toutes les ficelles pour ne pas être expulsé ?

Le demandeur d'asile prend plus la figure de l'étranger qui menace que celle de l'alter ego qui souffre. Il suscite de moins en moins la compassion et de plus en plus le rejet ou l'indifférence. Il est de plus en plus perçu comme un indésirable et se vit comme tel : un étranger à l'origine de l'angoisse du même nom, dans une altérité radicalisée induisant des attitudes de rejet et de peur en raison de l'incompréhension face à sa présence dérangeante. Cette ambivalence (compassion vis-à-vis de la victime/rejet de l'étranger dans le regard de l'autre) crée un sentiment d'insécurité psychique mortifère aggravé par l'incertitude quant au statut futur. Dans cette identité assignée de faux demandeurs d'asile, l'individu perd aussi son statut de sujet d'une demande d'aide et de reconnaissance pour devenir objet de rejet et de négation d'identité. Ce vécu d'être exclu au sens du corps étranger mis en dehors de l'espace collectif et non en marge comme on l'entend habituellement induit la détresse de l'exclusion. En effet, le demandeur d'asile n'est pas un marginal ambivalent qui à la fois aspire à revenir au centre de l'espace social et en même temps redoute l'espace social, c'est au contraire une personne qui était au centre de l'espace social et qui a brutalement été mis en dehors. Etre indésirable partout provoque une situation d'errance dans le temps et l'espace, le sentiment de n'avoir de place nulle part dans une vie réduite à de la survie.

C'est ce vécu dramatique qui entraîne un véritable traumatisme psychique comparable aux situations d'abandon de la petite enfance. Ce traumatisme se traduit généralement par une régression vers une pensée opératoire et magique et un abrasement de la vie psychique normale. La pensée ne fonctionne plus, si bien que l'accès au trauma et le travail de deuil sont impossibles, l'élaboration de projets ne peut pas se faire.

#### **IV - LE TRAUMATISME INDUIT PAR LA DEMANDE DE STATUT DE REFUGIE :**

L'identité du demandeur d'asile réduite à l'attente de son statut de réfugié le confine dans un espace temps indéfini.

- il n'habite plus dans son lieu de départ mais n'habite pas encore dans son lieu d'arrivée
  - le temps aussi est suspendu et incertain dans un présent permanent d'une existence en sursis.
- Il ne peut ni retourner en arrière vers son passé idéalisé d'avant le trauma ni aller de l'avant parce qu'il n'y a aucun projet possible tant qu'il n'a pas décroché son statut de réfugié. Ce temps de l'attente est angoissant parce qu'il y a un vide des deux côtés :
- vide du passé avec une mémoire historique désormais masquée par les réminiscences du traumatisme.



- vide du futur parce qu'aucun projet ne peut être pensé en raison de l'incertitude extrême dans laquelle il vit et la menace que constitue l'avenir.

Le temps congelé de l'attente entre parenthèse inhibe toute approche thérapeutique du trauma. C'est dans ce contexte d'insécurité constante issue de ce présent figé que l'interrogatoire de l'OFPPRA fait traumatisme à deux niveaux :

➤ le premier niveau est l'obligation d'évocation minutieuse des expériences vécues. On sait maintenant depuis un certain nombre d'années que l'évocation brute du traumatisme induit des réminiscences qui ont tendance à aggraver l'effet du traumatisme initial.

Le cadre de l'OFPPRA n'est pas un lieu thérapeutique marqué par la confiance et l'empathie qui permettent justement que la parole puisse émerger afin de mettre en mots l'indicible de ce qui a été vécu. Pouvoir faire le récit du trauma, c'est pouvoir contenir les reviviscences grâce à la présence empathique d'un thérapeute et non jouer son destin dans le récit circonstancié des événements.

Dans l'évocation devant le fonctionnaire de l'OFPPRA, il s'agit en effet d'apporter la preuve des événements avec l'évocation la plus précise possible des sévices subis avec à la clé le droit de rester ou non en France.

Le demandeur d'asile se trouve ainsi dans une situation paradoxale dans laquelle le récit qui ouvre le sésame d'un avenir possible réactive non seulement le traumatisme mais aussi le sentiment de déracinement, de tristesse liée à l'exil, l'angoisse liée au dévoilement de secrets (viols, situations humiliantes et dégradantes, etc...)

Le récit forcé rend d'une certaine façon l'OFPPRA complice des tortionnaires, et en même temps est la clé qui libère d'une situation intenable.

➤ le deuxième niveau est le doute et la suspicion de principe de l'OFPPRA qui transforme la victime en coupable, le demandeur en suspect.

- ✓ la présomption de crédibilité disparaît parce que de nombreux migrants économiques utilisant en désespoir de cause l'outil de la demande d'asile pour ne pas être expulsé.
- ✓ nous savons depuis Freud que l'effet traumatique d'un événement vient aussi du déni de l'événement par l'entourage : « il ne s'est rien passé ». Dans l'inceste en particulier quand la victime finit par douter de ce qui lui est arrivé puisque tout le monde nie son expérience.
- ✓ de la même manière, dans la demande de statut de réfugié, il y a le sentiment de la non prise en compte de la demande et de déni de ce qui a eu lieu (80% de rejets faute de preuves).

Cette expérience d'être traité comme un menteur et un fraudeur dans le déroulement d'entretiens qui ressemblent de plus en plus à des interrogatoires policiers plutôt qu'à des prises en acte des événements a un effet particulièrement destructeur.

C'est le sentiment de négation d'une histoire personnelle, intime et douloureuse qui est traumatisant.

Dans un mécanisme d'injonction paradoxale, la demande de preuve a des effets pervers de production de récits dramatiques stéréotypés répondant aux supposées attentes de l'OFPPRA mais qui induisent une accentuation du doute et de la suspicion.

Il y a trauma par réactivation liée au récit et négation du récit par le simple fait des questions policières, l'écoute froide et irrespectueuse, le pointage des contradictions.

## V – LE TRAUMATISME DE L’AIDE PARADOXALE

Il est lié au **troisième trauma** et lui ressemble en partie.

Il s’agit du profond malaise soignant/soigné dans la rencontre et la demande de soin dans laquelle la confiance réciproque est mise à l’épreuve par une succession d’injonctions paradoxales.

1- du côté du demandeur d’asile, celui-ci teste la capacité d’écoute, de compréhension, de reconnaissance et d’hospitalité car le médecin est perçu à la fois comme la personne qui va soigner mais aussi le représentant d’une société désormais inhospitalière.

Le patient oscille entre colère, honte, humiliation et résignation face à la suspicion de fraude, lorsqu’il demande un certificat médical.

Dans certains cas, cette situation crée un vécu sensitif qui altère le contact avec le soignant qui a déjà été confronté à des faux récits en vue d’obtenir un certificat. Le « va-t-il me croire » ? se confronte à « puis-je le croire » ?

**Dans d’autres cas, les victimes se taisent car l’évocation est douloureuse. Il y a la peur d’être pris pour un fou, de ne pas être cru. Dans ce cas, c’est la honte qui paralyse (dans les viols notamment) et le silence induit une incompréhension chez le médecin qui ne saisit pas la gravité des faits rapportés.**

Dans le cas particulier des personnes originaires de l’ex URSS, c’est le statut même de psychiatre qui est peu propice à la confiance dans la mesure où, dans le pays d’origine, la psychiatrie avait largement contribué à la répression et à l’enfermement.

Dans la rencontre avec le demandeur d’asile, les soignants et les psychiatres en particulier se retrouvent dans une situation exceptionnelle qui déborde le contexte habituel de leur pratique :

- on se situe en effet au-delà de la relation habituelle médecin/patient dans la mesure où c’est le contexte social qui est clairement au cœur de la souffrance.
- Dans la fameuse trilogie bio-psycho-sociale, si le social est à l’origine de la souffrance, celle-ci s’exprime aussi bien au niveau du corps avec ses plaintes somatiques multiples que du psychisme avec cette détresse adressée au médecin.

2- Du côté du soignant, il y a un mélange de compassion et de révolte face aux récits d’événements terrifiants et de l’injustice subie, et en même temps, un profond malaise lié à la crainte de se faire rouler par un faux demandeur d’asile en attente de certificat.

L’évaluation clinique est masquée par ce malaise avec tout le danger de psychiatriser le malheur ou inversement de considérer que la demande se situe en dehors de son champ de compétence.

Le malaise est aussi l’expression d’une défense psychologique mobilisée par un récit qui paraît parfois excessivement dramatique ou au contraire dénué d’affects.

- Dans le premier cas de figure, c’est la très grande différence culturelle qui, parfois, empêche de compatir avec toute la difficulté à accepter l’altérité radicale de l’étranger en souffrance.
  - L’écart linguistique aggrave le risque d’incompréhension avec des catégories sémantiques différentes d’une langue à l’autre (souvent des mots comme dépression, angoisse, n’ont pas de traduction).
  - L’expression mimique de la souffrance peut être source d’incompréhension.

- Impression de théâtralisation avec le sentiment qu'une telle quantité de malheur est exagérée voire impossible alors que le pire est toujours possible.
- L'habitude prise d'apporter des preuves comme dans les récits destinés à l'OFPRA peut donner l'impression d'un récit factice constitué d'un mélange de mensonges et de vérité pour mieux convaincre.
- Dans le deuxième cas de figure, le récit dénué d'affects donne un sentiment d'inauthenticité. Ce mode d'expression traduit en fait une défense psychique de la victime pour éviter toute reviviscence traumatisante à chaque fois qu'elle évoque son histoire.

Un moment clé de la prise en charge des demandeurs d'asile est **la demande de certificat médical attestant l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique.**

**Ce certificat est en effet devenu au fil du temps une pièce indispensable au soutien du dossier OFPRA car la parole médicale a évidemment un poids que la parole du requérant n'a pas.**

En terme thérapeutique, cette demande de certificat pose des problèmes très délicats.

- Une première difficulté est d'ordre éthique, c'est la contradiction entre la place d'expert et le rôle de médecin soignant.  
L'expertise exige normalement une neutralité du médecin en contradiction avec l'idée d'alliance avec le patient pour qu'il ait suffisamment confiance pour évoquer les faits : la confusion des rôles expose au danger d'extorsion de récit antithérapeutique.
- Une deuxième difficulté est d'ordre thérapeutique : c'est le caractère paradoxal de double lien de la réponse médicale quelle qu'elle soit.
  - le refus de certificat condamne à un refus de statut qui est entendu comme une négation de sa propre histoire.
  - l'acceptation du certificat participe à la reconnaissance de la victime mais l'interrogatoire qu'il suppose est en contradiction avec l'attitude thérapeutique.
- Une troisième difficulté est d'ordre anthropologique : c'est la place du médecin dans la société.
  - La demande de certificat fait sortir le médecin du champ médical neutre et l'implique dans le champ sociopolitique à son corps défendant.
  - Ce travail à la frontière crée une situation inédite dans laquelle les convictions politiques personnelles influencent la pratique médicale.
    - sympathie consciente/inconsciente envers les opprimés ou au contraire rejet conscient/inconscient des étrangers.
    - Opposition à la politique étatique ou au contraire adhésion à cette politique.
- Une quatrième difficulté provient de la grande complexité de l'expertise.  
Si dans certains cas le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ne pose pas de difficulté, dans la plupart des cas la frontière est poreuse entre un épisode traumatique, des troubles psychiatriques antérieurs et la souffrance politico-sociale associant les antécédents de persécution, la misère, l'exil et la peur du renvoi.  
Toutes ces souffrances se rejoignent sur la notion de survie. Le malaise vient de l'injonction paradoxale à rester malade pour éviter l'expulsion dans un paradoxe où le droit aux soins rend malade puisque le statut de malade devient la seule ressource identitaire.

Dans un tel contexte :

- Comment rester soignant dans une situation d'insécurité et d'inhospitalité incompatible avec un cadre minimum de psychothérapie du trauma ?
- Comment rester soignant quand la parole est parasitée par l'exigence de preuve pour obtenir le statut de réfugié ?
- Comment rester soignant quand le patient attribue au médecin un tel pouvoir sur sa vie ?

Ces contraintes sont à l'origine de rejet de la personne qui nous a mis dans ce rôle de pourvoyeur à la fois tout puissant et impuissant.

La seule façon d'échapper à ces injonctions paradoxales est de sortir du piège de l'antagonisme vrai/faux, car c'est le contenu même du récit qui interroge la vraisemblance des faits entre probable et improbable.

# Pourquoi et comment travailler avec un interprète en consultation psychiatrique

Dr. N. DJEGA-MARIADASSOU  
Psychiatre – CHU de Nantes



## PREAMBULE

- Positions Thérapeute / patient (Devereux, 1972):
  - intraculturelle
  - interculturelle
  - métaculturelle
- La question de la différence culturelle naît de la rencontre entre sujets de cultures différentes.

04.02.11 / NDM / ASAMLA

2

## I. POURQUOI ? (1)

**LA CULTURE:** > 300 définitions

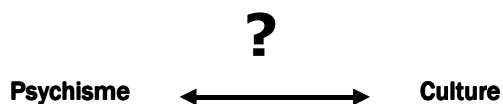
**MR MORO (1994):**

« un système culturel est constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage...) ».

04.02.11 / NDM / ASAMLA

3

## I. POURQUOI ? (2)



04.02.11 / NDM / ASAMLA

4

## I. POURQUOI ? (3)

- **Devereux (1967, 1972):**
  - universalité du psychisme humain
  - expression d'une variabilité extrême fonction de la culture = codage culturel
- **Nathan (1986): Dedans/dehors**
  - culture du dehors: classer / catégoriser
  - culture du dedans: culture vécue

04.02.11 / NDM / ASAMLA

5

### I. POURQUOI ? (4)

■ **Nathan (1986):**

- Intrapsychique et intraculturel sont 2 éléments co-émergents dans le développement du sujet.
- La **culture vécue** = « double culturel » moi culturel / inconscient ethnique
- Transmission de la culture: la mère, groupes primaire et secondaires. Acquis, incorporé.

04.02.11 / NDM / ASAMLA

6

### I. POURQUOI ? (5)

■ **Exemple de modèle culturel transmis:**

« Les modèles psychopathologiques prêts-à-porter » (Nathan)

= représentations culturelles de la maladie  
Ex: les théories étiologiques des maladies

04.02.11 / NDM / ASAMLA

7

### I. POURQUOI ? (6)

**Les théories étiologiques:**

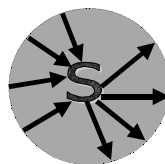
- sorcellerie (anthropophage ou pas)
- possession (esprit, génie, djinn)
- envoûtement
- magie (jalousie): s'hur, maraboutage
- transgression d'un interdit
- dette
- enfant-ancêtres, enfant-magiques

04.02.11 / NDM / ASAMLA

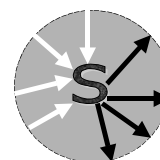
8

### I. POURQUOI ? (7)

**Culture d'origine**



**Migration**



04.02.11 / NDM / ASAMLA

9

### I. POURQUOI ? (8)

Quelle Relation entre langage et représentation ?

- Freud, 1915
- Représentation: évocation d'une perception première qui s'est inscrite et qui laisse une trace mnésique, accompagnée d'une tonalité affective.

04.02.11 / NDM / ASAMLA

10

### I. POURQUOI ? (9)

■ **Représentations de chose** rappellent le vécu sensorio-perceptif.

Associations sensorielles, perceptives, de comportement (faire les choses dans un certain ordre par ex.) +/- affectifs.

■ **Représentations de mot** naissent du langage avec la mère, les autres, soi-même. Donnent les associations d'idées.

04.02.11 / NDM / ASAMLA

11

## I. POURQUOI ? (10)

- Les représentations de mots se lient aux représentations de choses pour former le système préconscient (Freud, 1915)
- Que se passe-t-il s'il n'y a pas d'interprète en consultation ? Que suscite en nous un patient de culture différente ?

04.02.11 / NDM / ASAMLA

12

## I. POURQUOI ? (11)

Expérience groupale de Kaës (1998) :

- séminaire européen sur l'interculturalité afin de comprendre les principes organisateurs de l'identité culturelle et les traiter
- alternance de petits et grands groupes
- chacun parlait 2 ou 3 langues, rarement toutes celles utilisées par le groupe.  
Ni langue officielle ni interprète.

04.02.11 / NDM / ASAMLA

13

## I. POURQUOI ? (12)

Kaës, 1998, Réactions repérées :

- ceux des participants qui le pouvaient et le souhaitaient prenaient la fonction de traducteur et d'interprète
- l'impossibilité d'avoir accès à la langue de l'autre et de disposer d'une instance de transformation des énoncés mobilisait des vécus de colère, déception, haine, voire sidération.

04.02.11 / NDM / ASAMLA

14

## I. POURQUOI ? (13)

HYPOTHESE de KAES:

- La langue (qui véhicule des éléments linguistiques et figuratifs et sur laquelle s'arrime la parole) transforme les RC en RM pour les dire (préconscient).
- Il y aurait une mise en échec momentanée de l'activité du préconscient, avec une violence psychique ressentie face à un sujet dont on n'a pas la langue pour communiquer.

04.02.11 / NDM / ASAMLA

15

## I. POURQUOI ? (14)

- Altérité inacceptable de la langue et de la culture de l'autre, pouvant confiner à une position paranoïaque à l'égard d'une personne incompréhensible et incomprise.

- Interpréter = présenter du sens là où les significations ne peuvent être pensées.

04.02.11 / NDM / ASAMLA

16


## II. COMMENT ? (1)

- Altérité (P - T - I) (Consult classique)
- Co-construction avec création de liens par un passage entre 2 univers
- La langue: instaure une partie de familiarité nécessaire à la rencontre, car vecteur de l'intériorité psychique
- Juste distance entre P et T (ni rejet ni fascination) → Interprète figure cela
- L' alliance thérapeutique !!

04.02.11 / NDM / ASAMLA

17

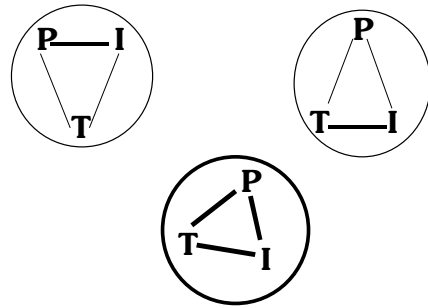
## II. COMMENT ? (2)

- Temporalité du patient
-  notre contre-transfert: oubli de l'Interprète
- Accepter de perdre...
- En pratique: espace / temps / interprète **médiateur +++**

04.02.11 / NDM / ASAMLA

18

## II. COMMENT ? (3)



04.02.11 / NDM / ASAMLA

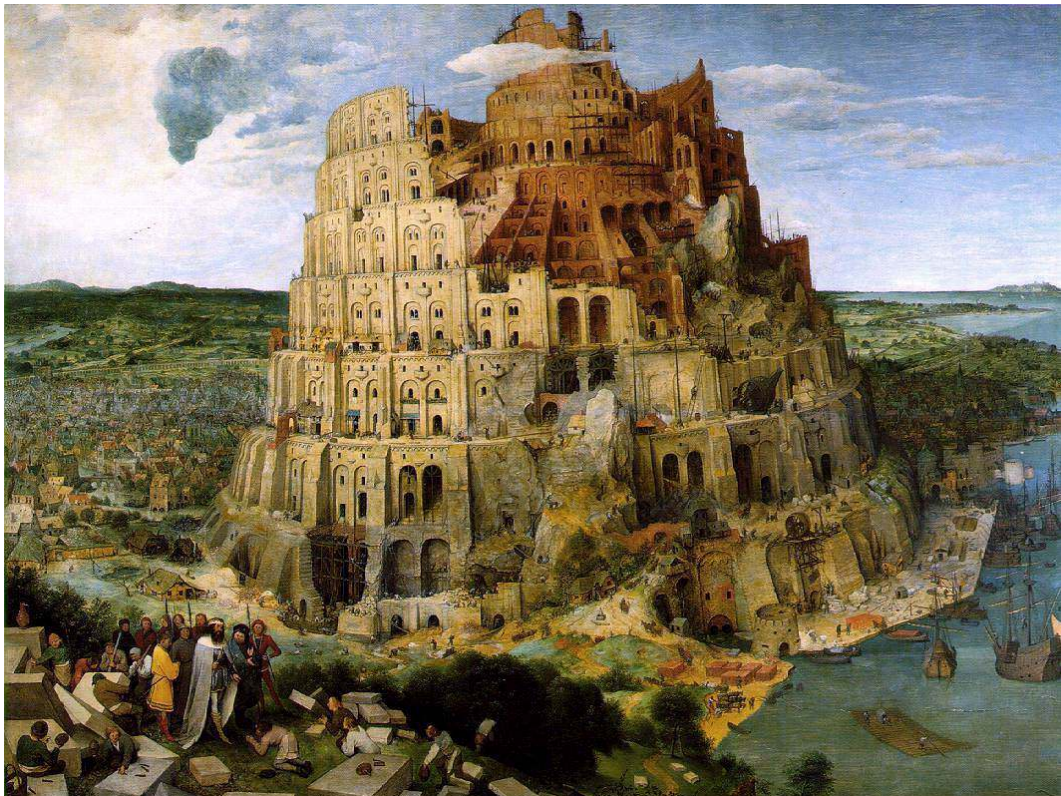
19

## II. COMMENT ? (4)

- Des obstacles ?    Planning du thérapeute,  
L'interprète « familial »,  
L'institution...

04.02.11 / NDM / ASAMLA

20





# Se comprendre pour se soigner

Catherine VILLATE – Coordinatrice générale des Soins, CHU de Nantes

Communication présentée par Mme TEXIER  
(ff Directrice des soins)



Le système de santé en France est constitué d'un ensemble de Lois hospitalières, d'ordonnances portant réformes hospitalières, de lois visant les droits des patients et la citoyenneté des personnes handicapées (loi du 4 mars 2002, loi du 11 février 2005), de procédures de certification, destinés à assurer l'accès aux soins et le respect de la dignité des plus démunis.

## **Le fonctionnement des établissements de santé**

### **Un équilibre entre les droits et les devoirs**

Les personnes malades accueillies dans les établissements de santé doivent pouvoir connaître leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois, notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elles doivent également être informées des obligations auxquelles sont soumises le personnel soignant et les personnes hospitalisées.

L'hôpital met à la disposition de l'utilisateur des documents d'information et instaure des instances lui permettant de prendre connaissance de ses droits et de ses obligations :

- Différentes chartes : du patient hospitalisé, des droits de l'enfant, des personnes âgées dépendantes.
- Le livret d'accueil et ses traductions en plusieurs langues.
- Des instances destinées à recueillir ses plaintes ou ses observations : Commission des Relations des usagers et de Qualité de prise en charge.
- De nouveaux outils, liés à l'utilisation d'Internet, participent également à cette mission.

Cette information a pour fonction de mettre le patient en mesure de faire des choix et de donner son consentement « éclairé » aux traitements prescrits.

### **La volonté de placer l'utilisateur au cœur du système afin qu'il soit acteur de sa santé.**

Elle se traduit par la mise en place au sein de l'établissement de soins :

- D'une évaluation de la satisfaction des usagers (questionnaire de sortie ; enquêtes nationales)

- D'une représentation des usagers au sein des établissements (Conseil de Surveillance, Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, espace des usagers, Conférence régionale et nationale de santé).
- De la possibilité pour le patient de désigner une personne digne de confiance pour l'aider dans ses décisions, recevoir l'information à sa place et être consultée lorsque l'intéressé est hors d'état d'exprimer sa volonté. Cette personne peut être un parent, un proche, le médecin traitant...

## **Le projet de soin**

### **Le soin est un acte basé sur des valeurs et les engagements du projet de soin**

- L'utilisateur, citoyen responsable, est placé au centre du dispositif de soin afin qu'il soit acteur à toutes les étapes du processus de soins.
- Parallèlement, le personnel soignant sécurise et améliore son parcours de soins.
- Les professionnels sont responsabilisés et leur professionnalisme développé.
- Un management fédératif est développé par une approche pluri professionnelle.
- Il est promu dans une organisation collective, une culture commune ou chacun trouve son identité.

## **Les migrants : impact de la culture sur le soin**

### Les sources d'incompréhension

*Elles sont liées à la langue :*

- L'évaluation de la douleur est difficile.
- L'absence de maîtrise de la langue française ne permet pas aux soignants de s'assurer de l'adhésion du patient aux soins. Il peut y être pallié par la désignation par le patient d'une personne digne de confiance, qui ne peut être une interprète professionnelle au travers ce qui a été dit des règles du métier ; et notamment de l'exigence de neutralité des interprètes.
- L'accès au dossier médical prévu par la Loi reste théorique en l'absence de traduction.

*Et à la culture :*

Comment respecter l'intimité, les habitudes culturelles et religieuses du patient que l'on ne comprend pas ou mal à travers ses propres représentations et les valeurs du soin ?

### **La place des interprètes**

La place des interprètes se situe à 3 niveaux :

- *La communication* : indispensable à la qualité de l'échange entre le soignant et le patient, et à son information et son adhésion au traitement.
- *La neutralité*
- *Un regard croisé entre notre culture et celle du migrant*

# Accompagnement juridique des migrants

Maître Olivier RENARD

Co -responsable du secteur droit des étrangers au barreau de Nantes



Le barreau de Nantes compte 700 avocats dont 15 pratiquent le droit des étrangers (conseil aux droit de séjour et soutien procédural en cas de refus de séjour ; mesure d'éloignement sanitaire...)

Les avocats peuvent intervenir auprès des migrants pour des conseils autour du droit du séjour, pour un soutien procédural en régularisation pour un motif sanitaire, mais c'est surtout en cas de réponse négative, quand le migrant est débouté ou qu'une mesure d'éloignement est prononcée, que l'avocat peut faire opposition au retour pour motif sanitaire.

Trois points vont être abordés :

- Le titre de séjour pour raison médicale
- Le projet de Loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité.
- L'Aide médicale Etat et la Loi de finances 2011

## **A - Titre de séjour accordé à un étranger malade**

L'étranger malade peut se voir délivrer une carte séjour vie privée et familiale.

Il s'agit d'une carte de séjour temporaire selon l'article L 313- 11- 11<sup>ème</sup> alinéa du code des étrangers qui dispose :

*« une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » doit être délivrée de plein droit à l'étranger qui réside habituellement en France et dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » » .*

Le titre de séjour pour raison médicale est valable un an.

La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative (le Préfet).

Il appartient au Préfet d'établir que non seulement un refus de séjour ou un éloignement forcé n'induirait pas de conséquences d'une exceptionnelle gravité sur l'état de santé de l'intéressé mais également de s'assurer que l'étranger serait *effectivement en mesure d'accéder aux soins requis dans son pays, sans pouvoir se limiter à apprécier l'existence de ce traitement.*

Un médecin inspecteur Santé publique donne son avis.

L'avis ne lie pas le Préfet dans son appréciation. La décision finale lui revient, qu'il doit toutefois *motiver.*

L'avocat va intervenir à partir de la décision négative pour construire la contestation.  
Un médecin agréé ou hospitalier peut être consulté sur la gravité de la pathologie et la nécessité d'être soigné en France.

## **B - Le projet de Loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité (Hortefeux)**

Le projet a pour objet de réformer le code des étrangers.

L'article 17 ter restreint la possibilité de délivrer un titre de séjour à un étranger atteint d'une pathologie *suffisamment grave*.

Le projet de Loi remplace les mots « qu'ils ne peuvent *effectivement* bénéficier d'un traitement approprié » par les mots « *sous réserve de l'indisponibilité* » du traitement.

Il ne serait plus question de l'accessibilité effective du malade aux soins nécessaires au traitement de sa pathologie mais simplement de l'existence dans son pays d'un traitement ou de médicaments, qu'il puisse en bénéficier ou pas.

Cet article risque d'entraîner l'impossibilité d'obtenir une carte de séjour pour motif médical.

Cependant l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme « droit au respect de la vie privée et familiale » devrait permettre de contrecarrer les effets de cet article 17 ter.

### Documentation sur les droits des étrangers à la santé (pour compléter votre information)

Consulter sur internet: « L'Observatoire du Droit à la Santé des étrangers » <http://www.odse.eu.org> , collectif d'associations qui entendent dénoncer les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines d'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale.

Consulter également: « La régularisation pour raison médicale en France » [http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008\\_.pdf](http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008_.pdf)

## **C - L'Aide Médicale Etat**

La Loi de finances pour 2011 dont on attend les décrets d'application, prévoit l'instauration d'un droit d'entrée de 30 € par an pour bénéficier de la couverture santé de l'aide médicale Etat (AME).

Cette aide concerne les plus démunis et majoritairement les ressortissants étrangers qui ne bénéficient pas de la couverture médicale universelle (CMU). Elle permet la prise en charge de soins, de consultations médicales à l'hôpital, en médecine de ville, de prescriptions médicales et de forfait hospitalier.

Le versement de cette taxe va avoir pour conséquence de renforcer la tendance des plus démunis à s'adresser directement au service d'urgence.

Cf. La loi s'applique de façon effective depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011. La carte d'admission à l'AME est remise après avoir réglé un droit de timbre de 30€ par timbre fiscal.

# Les violences faites aux femmes

## Partenariat CHU - ASAMLA

Dr Véronique Carton,

UGOMPS - Maternité, service du Pr H.J. Philippe



### MIGRANTS et SANTE

« Se comprendre pour accéder aux soins »

Les violences faites aux femmes  
Partenariat CHU ASAMLA  
Dr Véronique Carton  
UGOMPS  
Maternité , service Pr HJ PHILIPPE

### Au service des femmes en situation de vulnérabilité

Femmes connaissant un parcours d'exil :

- Demandeurs d'asile
- Femmes sans couverture sociale :  
primo arrivantes,  
situation irrégulière
- Femmes sans domicile fixe personnel :  
hôtel ,  
centre d'hébergement ,  
compatriotes
- Mineures enceintes

### Au service des femmes en situation de vulnérabilité

Femmes connaissant un parcours d'exil :

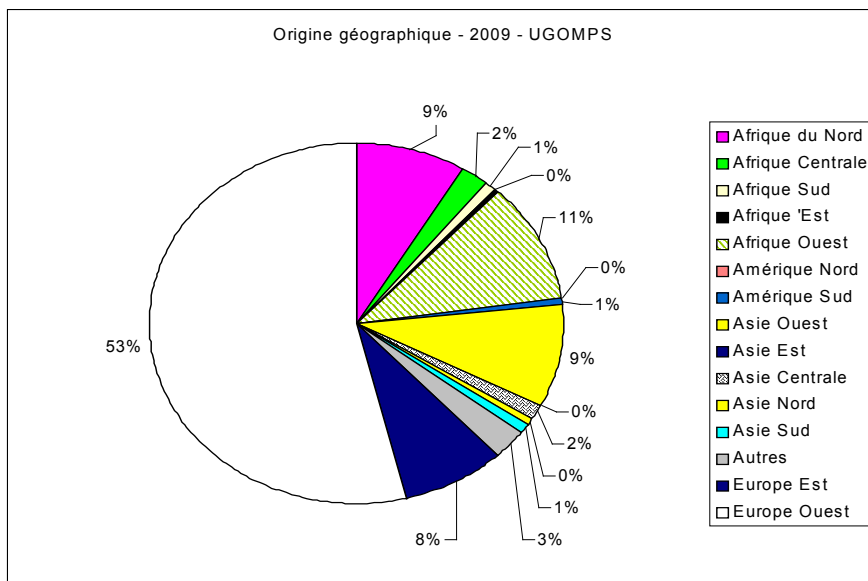
- Femmes victimes de violences :  
excision  
mariage forcé  
violences sexuelles

***Toutes ces situations génèrent une grande souffrance psychique...***

### Au service des femmes migrantes

- Prise en charge des femmes immigrées qui sont en situation régulière ,
- Mères d'enfants français ,
- Femmes qui ne parlent pas la langue française

## Statistiques 2009 - UGOMPS



### Accueil en partenariat

#### Institutions :

- CHU de Nantes : Urgences générales  
Urgences Gynéco-Obstétricales  
Maternité  
PASS – Centre Jean Guillon  
Centre Fédératif Prévention Dépistage  
Centre de vaccination  
CDAG/CIDDIST  
CLAT
- Conseil Général : PMI – Anjorant
- Ville de Nantes : Ateliers santé ville

### Accueil en partenariat

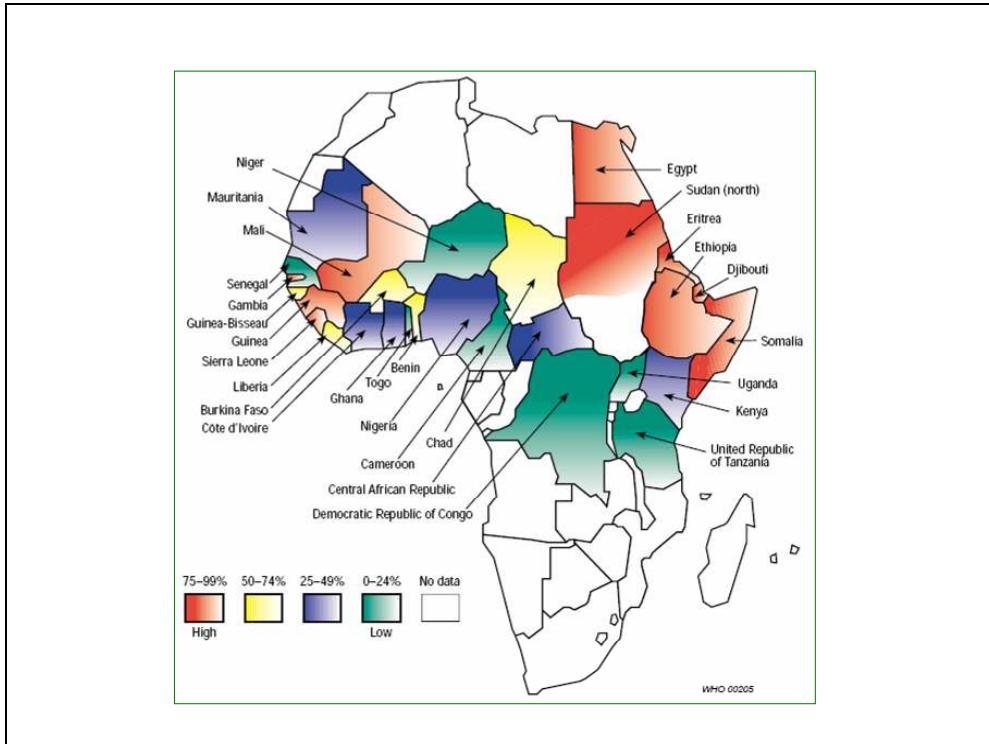
#### Associations :

- ASAMLA
- Médecins du Monde
- SOS femmes – ADAVI
- MFPP
- OFII
- DRDFE
- CIDFF

### La question des MSF (mutilations sexuelles féminines)

*L' accueil des femmes africaines en partenariat  
avec l'interprète médiatrice de l'ASAMLA*





## Mutilations Sexuelles Féminines

- Depuis 2006, dans le cadre du PRIPI, en lien avec l'ASAMLA, la DRDFE, le CHU, GSF ;
- Mise en place d'un programme de lutte contre les Mutilations Sexuelles Féminines :
  - Sensibilisation et formation des professionnels
  - Sensibilisation et information auprès des publics concernés par ces pratiques afin d'assurer une prise en charge des femmes et une prévention efficace chez leurs fillettes.

Discours de Xavier Bertrand,  
Ministre de la Santé : *Pour en finir  
avec les mutilations sexuelles  
féminines* -  
4 décembre 2006

« Eradiquer toute mutilation sexuelle féminine en France d'ici 2010 »



## Travail en partenariat

La place de l'interprète médiatrice est essentielle :

- Témoignage auprès des professionnels
- Relai auprès des femmes touchées par ces pratiques
- Organisation de groupes de parole « arbre à palabre »
- Réunions dans les quartiers

### *L'histoire de F...*



### *L'histoire de F...*

- Mariée à 14 ans, c'est la quatrième épouse d'un homme âgé qui la maltraite et qui finit par la blesser à l'arme blanche.
- Elle se réfugie chez sa mère, qui fait appel à un passeur pour qu'elle parte en France.
- Pour « payer la dette » au passeur, celui-ci la met sur le trottoir à Paris.

### *L'histoire de F...*

- Elle se retrouve enceinte, et comme elle est mineure, on l'adresse à l'Institut Anjorant à Nantes.
- Pour F... , excision, mariage forcé, maltraitance physique et sexuelle, exil, prostitution, grossesse le tout dès 14 ans et avant sa majorité.. comment se reconstruire?

### *L'histoire de F...*

- Accompagnement dans les consultations pour établir un certificat pour les demandeurs d'asile

MSF

Mariage forcé

Violences sexuelles





## Et quand l'interprétariat est assuré par le conjoint ?

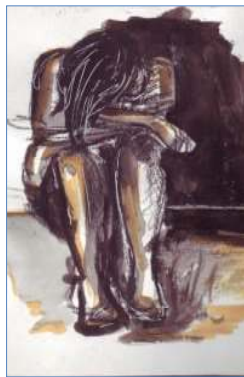
- Accompagnement à l'occasion de la visite post natale
- Demande de contraception ....

## Travail en partenariat

L' Accompagnement des femmes originaires de Turquie

- Mariage arrangés
- Rapports sexuels forcés
- Violences physiques
- « Polygamie »

*L'histoire de G...*



## *L'histoire de G...*

- G... , d'origine turque, est une grande femme d'une cinquantaine d'années. Accompagnée par l'interprète de l'ASAMLA, elle souhaite effectuer un contrôle gynécologique...  
"Docteur, auriez-vous un médicament pour faire venir le désir ? " me demande-t-elle ?

## *L'histoire de G...*

- L'interprète traduit, écoute, reformule... "Mon mari exige un rapport sexuel chaque soir... je ne peux y consentir librement... Il me force en quelque sorte..." "J'ai été mariée à l'âge de 15 ans, et nous avons 6 enfants... Cela fait 35 années que je vis cette violence... C'est la première fois que j'en parle ! "

## Le rôle de l'interprète :

- Une confidente
- Nécessaire empathie
- Une certaine impuissance
- Car les démarches sont difficiles :  
barrière de la langue ,  
pas d'autonomie financière ,  
réclusion au domicile conjugal,  
pas ou peu d'accès aux conseils juridiques

## Accompagnement des femmes originaires d'Europe de l'Est

- Parcours d'exil extrêmement difficile
- ATCD de violences, dans un contexte plutôt politique ( assassinats, violences physiques, incarcération pour motif politique, disparition inexpliquée du conjoint)
- Conditions de vie très précaires : hôtel ...
- Peur des expulsions

L'histoire de A...



## L'histoire de A...

- A..., vient de Tchécquie... Parcours de fuite et d'exil, de peur et d'insécurité, violences vécues au pays... Arrivée sur le sol français il y a quelques mois, elle consulte en gynécologie pour des douleurs pelviennes...

## L'histoire de A...

- L'interprète traduit.
- A... peut s'exprimer : "J'ai souvent mal à la tête, j'ai mal au ventre...". "Ma mère me manque, elle est malade... Mon pays me manque beaucoup... souvent je pleure...". Être écoutée, pouvoir parler dans sa langue maternelle.

## Accompagnement des femmes originaires d'Europe de l'Est

Femmes présentant un syndrome de stress post traumatique :

- Troubles du sommeil
- Anxiété – dépression
- Remémorations
- Douleurs multiples, notamment gynécologiques

## Le rôle de l'interprète :

- Entretien autour des symptômes
- Explications pour les examens complémentaires
- Traitements

## En conclusion

Dire l'indicible ...

# L'interprète Médico-social : un professionnel à part entière

Liliana SABAN –  
Directrice de « Migrations Santé Alsace ».



Le recours à des interprètes dits de proximité (conjoint, enfants, amis ou voisins) présente l'avantage de la rapidité de mise en œuvre mais a de nombreux inconvénients, notamment celui de traductions approximatives du fait de rajouts, d'omissions, de difficultés d'expression liées à un manque de vocabulaire. De plus, le niveau de connaissance du français de la personne sollicitée n'est pas toujours connu ou peut faire illusion. Il faut également prendre garde à l'apparente allophonie du patient.

La place de l'enfant dans l'interprétariat est une place au rabais. On le positionne dans un rôle d'adulte auprès de ses parents. On lui fait traduire des informations qui ne le concernent pas et qu'il ne comprend pas toujours.

L'interprétariat social et professionnel s'exerce dans un cadre déontologique qui définit l'éthique de la profession et les obligations de l'interprète dans l'exercice de sa profession.

Dans le cadre de notre intervention, nous allons questionner les rapports des trois interlocuteurs qui sont le professionnel, l'interprète et l'utilisateur dans leurs attentes. Ces attentes déterminent les compétences requises des interprètes, leur formation, leur positionnement lors des consultations.

## I - Les attentes des professionnels de santé

Elles sont de deux ordres :

- La qualité de la traduction en raison de son impact sur la qualité des soins donnés au migrant.

- La qualité de la prestation de l'interprète dont découle pour les professionnels son efficacité dans leur recherche de communication avec le patient, de compréhension de la pathologie.

Parallèlement, les soignants veulent être assurés du respect de la confidentialité de l'entretien, de la fidélité de la traduction, de l'impartialité des échanges et de la neutralité de l'interprète dans la retransmission.

Pour une meilleure compréhension réciproque, ils peuvent être amenés à demander à l'interprète des informations complémentaires sur l'histoire ou les conditions de vie du migrant ou les possibilités de suivi du traitement.

Cependant, l'échange, en présence d'un interprète, est plus difficile pour le soignant. La relation avec le patient n'est pas aussi fluide que lors d'un tête à tête. Il ne doit pas perdre la gouverne de l'entretien, sa structure, et le recentrage de l'échange est plus laborieux. La circulation indirecte de l'entretien peut être ressentie comme une perte de temps.

**II - Du côté des interprètes**, ces attentes nécessitent un travail d'équilibriste dans leur positionnement et le respect de l'éthique.

Le principe de la fidélité de la restitution du message peut être interrogé lorsque par exemple, une fois l'usager mis en confiance, elle doit transmettre au soignant, à côté de la traduction linguistique, des explications ou des compléments d'information indispensables à la compréhension mutuelle des interlocuteurs. Ces ajouts culturels doivent rester neutres pour ne pas modifier les paroles du migrant.

La question de la neutralité de l'interprète est très importante. Elle est le pivot de l'entretien et doit immédiatement mettre en partage ce qu'elle entend, sans omission, ni émettre d'opinion personnelle. Cette dissociation attendue n'est pas aisée. La connaissance d'informations sur l'histoire de l'usager, du fait de précédents accompagnements par exemple, ou de propos rapportés, peut encombrer l'interprète, qui doit taire ce qu'elle sait dans l'entretien présent.

L'éclairage culturel, qui peut être demandé à l'interprète, en plus de la traduction linguistique, nécessite aussi une vigilance particulière, car on ne dit jamais la même chose dans une autre langue et la délégation culturalisée de la communication peut conduire à une possible confiscation du sens de la traduction.

On le voit, la position de l'interprète est difficile : elle doit se mettre en retrait alors qu'elle est le pivot de l'entretien. Elle doit effacer sa subjectivité pour restituer l'échange dans sa totalité. La meilleure interprète, dit-on, est celle qui disparaît pour mettre l'usager à sa place de personne.

Le métier d'interprète ne s'improvise pas. Il demande des qualités d'empathie, de respect d'autrui, des capacités d'analyse, de prise de recul et beaucoup de pratique.

Les associations répondent aux attentes des professionnels de santé en matière de neutralité, d'impartialité et de confidentialité par un recrutement ciblé, des formations et le respect d'une charte professionnelle.

Il leur appartient de veiller sans discontinuer à mettre en face à face les attentes des professionnels et les compétences attendues des interprètes.

**III - Faute de temps, les attentes** des professionnels et des interprètes ont été exposées mais pas celles **des usagers...**

### **Présentation de l'association Migration Santé Alsace :**

L'association, implantée depuis 1975, couvre les 2 départements alsaciens. Une trentaine de langues y sont pratiquées. Il n'y a pas de travail par téléphone, sauf dans les cas d'urgence. L'interprétariat social et professionnel s'exerce dans un cadre déontologique qui définit l'éthique de la profession et l'exercice de l'interprétariat.

Migrations Santé Alsace a rédigé une charte des médiateurs que doivent respecter les interprètes. Les interprètes sont salariés de l'association qui facture une prestation aux bénéficiaires des prestations. Elle reçoit également des subventions de l'Etat et du Conseil général. Deux années d'études supérieures sont en principe exigées pour avoir une garantie sur la capacité de prise de recul du candidat et d'accès à une approche conceptuelle, une expérience au niveau social est également appréciée. Une fois recrutés, les interprètes bénéficient d'une formation théorique et pratique dans le cadre d'un tutorat comportant 6 accompagnements avec une interprète expérimentée avant d'intervenir seuls. Ils ont aussi la possibilité de participer à un groupe d'analyse de pratique mensuelle et à des formations continues par thématique.

# Le Médiateur en Santé Publique

Rachida OUATARA –  
Directrice de l'APTIRA, Angers (Maine et Loire)



Le dispositif de médiateurs en Santé Publique auprès des populations migrantes sur Angers et son agglomération

## Présentation de l'association APTIRA

Créée en février 1968, l'APTIRA est une association régie par la loi du 1er Juillet 1901 ouverte à tous les Angevins, français de souche ou de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions de l'immigration.

L'APTIRA s'est donnée pour but de soutenir les personnes d'origine étrangère et leurs familles pour la reconnaissance de leur dignité et de leurs droits, et de renforcer à travers ses actions et ses réflexions leur intégration dans la société française.

L'organigramme de l'association comporte :

Un pôle administratif :

- 1 Directrice,
- 1 responsable
- 5 salariés

Trois services :

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Un Service Emploi-Formation<ul style="list-style-type: none"><li>- Formations linguistiques</li><li>- Accompagnement à l'emploi</li><li>- Formation aux salariés (8 formateurs)</li></ul></li><li>- Un service juridique<ul style="list-style-type: none"><li>- Accompagnement juridique</li><li>- Lutte contre les discriminations (1 juriste - 2 bénévoles)</li></ul></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Un service social<ul style="list-style-type: none"><li>- Ateliers de Lien Social</li><li>- Accompagnement scolaire</li><li>- Dispositif Médiateurs</li><li>- Aide à la parentalité (1 coordonnatrice du Dispositif Médiateur<br/>1 coordinateur Accompagnement scolaire<br/>30 bénévoles pour les Ateliers de Lien Social<br/>28 bénévoles pour l'Accompagnement scolaire)</li></ul></li></ul> |
|---|--|

Soit un budget de 614000 € pour un effectif salarié de 13 ETP

## **HISTORIQUE DU DISPOSITIF DU MEDiateur EN SANTE PUBLIQUE**

Depuis l'année 2000 on observe une arrivée importante de populations migrantes en région Pays de Loire.

En 2003 se met en place à Angers, la Commission Santé migrant pour l'amélioration de la prise en charge des personnes étrangères, pilotée par le réseau ville hôpital VIH (REVIH 49). Y participent les centres d'accueil, les centres de planification, les services hospitaliers, les associations...

Après une enquête auprès des professionnels de santé, des bénévoles, des structures d'accueil de migrants et grâce à une rencontre avec l'association IKEMBERE (93) et les Femmes relais du quartier d'Argonne à Orléans, la Commission fait les constats suivants :

- Manque de connaissances des situations des étrangers (statut, parcours administratif, prise en charge, accueil)
- Difficultés de communication entre usagers et professionnels

« La solution pourrait-elle être la mise en place de personnes relais, médiateur santé ? »

A partir de ces constats, la Commission Santé migrant a engagé les actions suivantes :

- élaboration du projet et recherche du financement (2006 à 2008)
- recrutement de médiateurs en santé publique susceptibles de correspondre aux critères des association d'insertion employeurs ou travaillant déjà dans ces associations (fin 2008 début 2009)
- mise en place d'une formation

En mai 2009 le dispositif est lancé

## **OBJECTIF GENERAL DU DISPOSITIF de MEDiateur EN SANTE PUBLIQUE**

L'objectif du dispositif est d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention des publics étrangers ne parlant pas le français sur Angers et l'agglomération, en mettant à la disposition des professionnels de santé, des médiateurs en santé publique, avec la perspective de l'étendre à l'échelle départementale.

### **Des objectifs spécifiques sont également fixés.**

Le dispositif doit tendre à :

- Aider les professionnels de santé principalement à accueillir au mieux ces populations
- assurer à la demande des professionnels de santé, la traduction et les explications auprès des personnes étrangères ne maîtrisant pas la langue française.
- Former et sensibiliser les médiateurs en Santé Publique sur des questions de santé, d'éthique et de connaissances des partenaires existants.
- Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de cette activité et en rendre compte au Comité de Pilotage.

### **Public ciblé par le dispositif :**

- Des publics étrangers quelles que soient leurs situations administratives sur le territoire français

- Un public pour lequel l'accès aux soins et à la prévention est limité par la complexité de l'itinéraire social, les différences culturelles et linguistiques, l'apparition de la maladie, les trajectoires de vie personnelle et familiale.

### **Langues ciblées**

Langues d'Afrique Sahélienne (Mali, Guinée, Sénégal, Niger...), turque, arabe (classique, dialectal), langue russe (Daghestan, Ukraine), langue arménienne.

### **Recrutement et formation des Médiateurs**

Le recrutement doit permettre de s'assurer du niveau de connaissance de la langue tant à l'oral qu'à l'écrit. Le jury compte des personnes qui parlent parfaitement la langue recherchée ou encore l'APTIRA fait appel à des personnes connues. Le niveau d'étude doit permettre aux interprètes dans les formations, d'avoir accès à une approche conceptuelle du métier. Le niveau Bac +2 est un repère même s'il n'est pas une exigence absolue.

On note qu'un diplôme universitaire d'interprétariat vient d'être validé à Bordeaux et qu'un autre est en cours de validation à Paris.

La formation mise en place est propre à l'APTIRA, elle a pour objectif de permettre aux personnes recrutées, majoritairement issues de l'immigration, d'acquérir les compétences nécessaires pour assurer la communication entre les professionnels médico-sociaux et les personnes étrangères.

### **Les moyens en personnel du dispositif des médiateurs en santé publique**

Le fonctionnement du dispositif est constitué :

- 1 coordinatrice, elle-même médiatrice (russe et arménien)
- 11 médiateurs en santé publique bilingues voire trilingues intervenant à la prestation :
  - 2 turcophones
  - 1 femme et 1 homme russophones
  - 3 femmes et 2 hommes arabophones (Maghreb et Moyen Orient)
  - 1 homme et 1 femme parlant Soussou-Wolof-Pulaar

A noter que l'APTIRA ne répond pas à l'urgence. La demande d'intervention d'un médiateur doit se faire 48 h à l'avance.

### **Les missions des médiateur en santé publique**

- Les médiateurs sont placés sous la responsabilité de la coordinatrice du dispositif.
- Ils assurent la traduction et l'éclairage culturel.
- Ils effectuent la médiation dans une démarche continue de soins et de bonne observance des prescriptions.
- Ils dispensent à la demande des professionnels de santé une information sur les services existants en matière de prévention, dépistage, soins précoces
- Ils réalisent en partenariat avec les professionnels de santé des actions de prévention
- Enfin ils s'engagent à participer régulièrement à l'analyse des pratiques mises en place. Cette analyse de la pratique est très bénéfique pour les interprètes, en les aidant notamment à bien se positionner (au plus juste) dans les entretiens.

## **BILAN 2010**

En 2010, il a eu 857 interventions soit 1450 heures concernant :

- CHU : 66%
- Cabinets médicaux : 15 %
- Le CESAME : 5,5 %
- Centre Paul Papin : 3 %
- PMI : 2%
- Centre de planification : 1,5%
- Autres structures : 7 %

Les interventions sont facturées sur la base de 1h30 par intervention.

## **COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE DU DISPOSITIF**

Il comprend :

- Les institutions financeurs
- Les partenaires fondateurs
- Les acteurs sur les champs sanitaire, social et associatif
- Les associations d'insertion employeurs des médiateurs

## **FINANCEMENT DU DISPOSITIF**

Les financeurs sont :

- Le CCAS d'Angers, GRSP
- La Direction de Santé Publique d'Angers
- Le CUCS
- L'Etat
- Le Conseil Régional et la Ville d'Angers



## Table ronde : « pratiques et expériences régionales avec interprètes »

**Angélique HOUDOU**

**Responsable départementale du Centre d'accueil pour demandeur d'asile de Mayenne.**



Le Centre d'accueil et d'hébergement pour demandeurs d'asile de Mayenne est géré depuis son ouverture en 2002 par France Terre d'Asile, association créée en 1971 pour favoriser l'exercice du droit d'asile, suivre l'évolution des dispositions légales et participer activement à l'accueil des réfugiés et demandeurs d'asile.

Il dispose de très peu de moyens comparé aux associations « Migrations Santé Alsace » ou APTIRA.

Le Centre d'accueil pour demandeur d'asile dispose de 100 places éclatées sur deux villes Mayenne (15 000 habitants) et Laval (51 000 habitants).

Il existe également une Plate forme d'accueil, d'information et de domiciliation à Laval.

Un accueil d'urgence de 60 places est éclaté sur 3 villes dont Laval, qui doivent notamment servir à désengorger les hôtels nantais.

*Madame Pellerin, intervenante sociale depuis 7 ans :*

Il n'y a aucun financement pour les interventions des interprètes.

Les échanges avec le médecin traitant se font par signes. Lorsque les symptômes, maux de tête par exemple, n'évoluent pas, cela conduit des professionnels à se rassurer en prescrivant des scanners ou des IRM.

Lors des rendez-vous avec l'hôpital c'est la débrouille pour se faire comprendre avec des revues, des dessins. Des documents sont également traduits et mis en ligne pour le CHU. Cependant, des pathologies comme la tuberculose, VIH... sont impossibles à traduire. On travaille avec des lexiques et des dépliants.

Lorsqu'il y a orientation en CMP, l'absence d'interprète fait qu'il n'y a pas de prescriptions médicamenteuses possibles.

Les interruptions médicales de grossesse et le suivi médical lourd qui s'en suit sont difficiles à gérer en l'absence d'interprète, de même toutes les pathologies nécessitant une prise en charge complexe de longue durée.

La Mayenne recherche des moyens financiers pour financer des interprètes.

*Intervention du Dr Anne-Marie Prinet, Conseillère régionale, présente dans la salle :*

Elle déclare qu'elle est consciente des distorsions au niveau des droits qu'entraîne l'absence de moyens en interprétariat, et propose de faire remonter une demande conjointe (Cada - Conseil Régional) auprès de l'Agence Régionale de Santé.

Il serait peut-être préférable selon l'Asamla que le Cada de Mayenne interpelle dans un premier l'Agence Régionale de Santé, puis dans un second temps que le Conseil régional appuie cette demande.

**Michel NGUYEN**  
**Psychiatre- EMPP (Equipe Mobile Précarité**  
**Psychiatrie) Le Mans (Sarthe)**



L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité est rattachée au Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe. Elle a été créée en 2006, avec l'aide de l'ARH, suite à une circulaire de 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité ou/et d'exclusion sociale.

L'EMPP intervient pour favoriser l'accès aux soins en santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale, tout d'abord les SDF, puis, par extension, aux structures concernées par les personnes en situation de précarité, dont les centres de demandeurs d'asile font partie.

Des consultations sont mises en place avec un temps d'interprétariat inclus dans le budget. Le besoin en est reconnu.

Cette possibilité d'interprétariat est un préalable : on ne peut soigner que s'il y a compréhension.

La nécessité se porte actuellement sur des temps d'intervention supplémentaires pour les soins médicaux, infirmiers et d'interprétariat : 200 étrangers ont été vus en consultations dans l'année.

La question de la professionnalisation des interprètes est récurrente. Elle porte sur les 3 compétences requises : la neutralité, le respect du secret médical et la capacité à prendre du recul. L'EMPP avait pensé organiser l'analyse de la pratique avec les interprètes qui travaillent avec l'équipe, mais cela n'a pas pu se faire.

La relation de confiance doit exister entre les 3 intervenants (client, médecin et interprète), mais la question de la véracité des faits ne se pose pas pour le Docteur N'GUYEN.

Le travail avec les interprètes porte sur l'évaluation clinique et l'évaluation du traitement.

Des psychothérapies sont possibles avec un tiers. Des activités plus thérapeutiques (relaxation, massages...) pourraient sans doute être mises en place avec une interprète après un travail d'élaboration avec les interprètes. Cela pose la question de la disponibilité des professionnels, du financement de la formation et de l'analyse de la pratique. Il est certain cependant que d'autres modes de prise en charge que la médecine classique seraient possibles.

L'EMPP dispose de 10 interprètes dont 2 sont salariés du Cada. En cas de nécessité il est également fait recours à une société d'intérim. D'où la question : comment financer l'analyse de la pratique d'une interprète intérimaire ?

Il est envisagé de mettre en place l'interprétariat par téléphone .

**Rodolphe CHAUVIN**  
**Directeur du Centre d'accueil pour demandeur**  
**d'asile de La Roche sur Yon (Vendée)**



Le Centre d'accueil et d'hébergement pour demandeurs d'asile de La Roche sur Yon dispose de 180 places en hébergement, auquel s'ajoute un service d'accueil d'urgence et un service d'accompagnement professionnel, soit un suivi permanent de 200 à 220 personnes.

Les problématiques sont identiques dans toutes les structures mais les moyens inégaux.

Monsieur Chauvin pointe l'inégalité d'accès aux soins et discute sa propre légitimité pour faire le choix des personnes à prendre en charge. Le choix de priorité d'intervention des interprètes devrait incomber à l'Agence régionale de la Santé.

On comprend de ce fait les difficultés que cela engendre et la frustration qui en résulte pour les professionnels du social et de la santé.

Il serait également nécessaire d'élargir les dispositifs à tout le territoire.

Depuis décembre 2010, le Conseil d'Etat a fixé une seule obligation d'interprétariat : celle en faveur des demandeurs d'asile pour les dossiers OPFRA. Il y a un désengagement de l'Etat.

**Mireille MARTIN**  
**Directrice association « Femmes relais Sarthe »**



L'association a été créée il y a 15 ans. Elle a démarré avec des bénévoles mais tend à se professionnaliser de plus en plus.

La Ville du Mans a accueilli dans le passé beaucoup de marocains, regroupés dans le quartier des Sablons.

L'association est située dans ce quartier et s'adresse aux femmes marocaines pour les aider à s'intégrer et leur faciliter l'accès aux services publics. La traduction est peu utilisée.

Les professionnelles, intitulées « médiatrices », sont toutes issues de l'immigration. Elles doivent aider les familles à dépasser les problèmes de langue et de culture.

La première des demandes des familles porte sur l'aide dans les démarches administratives.

La deuxième demande est celle d'un accompagnement physique car les femmes ont peur de rencontrer un médecin, de se déshabiller.

La participation des médiatrices facilite le travail du personnel médical, mais la vocation première de l'association est d'aider les personnes.

En complément de l'accompagnement, l'association est passée de l'accompagnement individuel à des interventions collectives, sous forme d'ateliers sur des thématiques de santé.

Grâce à la confiance du quartier, « il y a quelque chose qui passe », la confiance s'instaure. Le barrage de la langue s'atténue. La médiatrice repère les blocages, et explique pour dédramatiser.

Le profil des médiatrices est très diversifié. Il n'y a pas de niveau scolaire exigé. Par contre, elles doivent avoir dépassé certains éléments de leur passé pour pouvoir notamment se mettre à distance.

De fait, l'association pallie un manque du service public.

### **Sylvie CHAPELAIS - Médecin du Monde - Médiation Sanitaire auprès des Rooms, Nantes (Loire Atlantique)**



Composée de bénévoles et de professionnels, l'association « Médecins du Monde » intervient dans 60 pays. En France 17 délégations portent des projets régionaux dont Nantes.

Ils concernent :

- Les personnes se prostituant, à Nantes, notamment des nigériennes, pour lesquelles des interventions sur le terrain sont menées afin de réduire les risques et favoriser l'orientation vers les services de santé.

- Le centre d'accueil de soins et d'orientation qui accueille une très forte proportion de demandeurs d'asile avec deux consultations médicales par semaine et une consultation psychologique pour laquelle l'interprétariat est essentiel.

- La mission auprès des Rroms démarrée en 2002 :

Deux antennes mobiles se rendent à tour de rôle sur les terrains les plus déshérités une fois par semaine.

Depuis 2006, l'interprétariat professionnel en langue roumaine est assuré par l'Asamla. Auparavant des bénévoles assuraient l'interprétariat avec les difficultés que l'on connaît concernant la capacité à prendre de la distance par rapport aux situations et à l'irrégularité dans les suivis. Le financement par l'Agence Régionale de la Santé permet une présence de l'interprète fiable, régulière. L'interprète est identifiée par les familles comme une personne ressource en même temps qu'un climat de confiance s'instaure.

Les projets évoluent, de nouvelles actions vont être engagées avec le service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil général, d'une part, et en matière de promotion de la santé, d'autre part, avec le recrutement d'une « médiatrice sanitaire ». La création de ce poste a été acceptée par l'Agence Régionale de Santé qui le finance. La médiatrice sanitaire roumanophone est chargée des actions collectives de promotion et d'éducation pour la santé. Elle ne substituera pas aux interprètes, n'effectuant pas d'accompagnement individuel mais devra mettre en lien les usagers et l'interprète si cet accompagnement se révèle nécessaire.

En conclusion, l'association « Médecins du Monde » milite pour l'accès aux soins des plus défavorisés et milite pour l'interprétariat.

#### *Financement de l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé.*

La question du financement de l'interprétariat revenant dans toutes les interventions, il est précisé qu'il relève de l'Agence Régionale de Santé, compétente pour la prise en charge des plus démunis.

La DRJSCS accompagne les projets visant à l'intégration dans le cadre du PRIPI.

# Vers une organisation régionale des structures d'interprétariat

**Bernard Branger** - Administrateur ASAMLA  
**Françoise Chailleux** - Présidente ASAMLA



**Vers une réflexion régionale ?**

B. Branger, F. Chailleux,  
ASAMLA, Loire-Atlantique



4 février 2011, Nantes

## Contexte

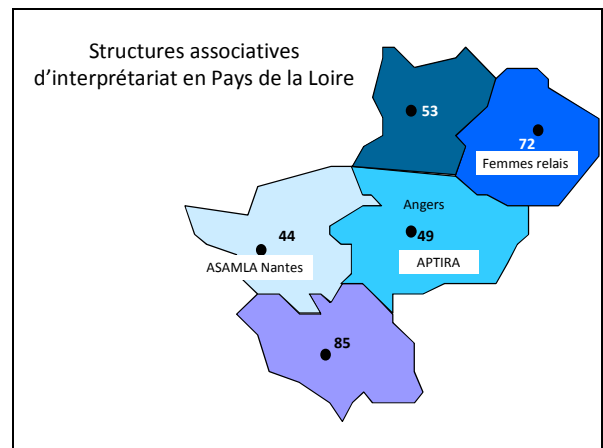
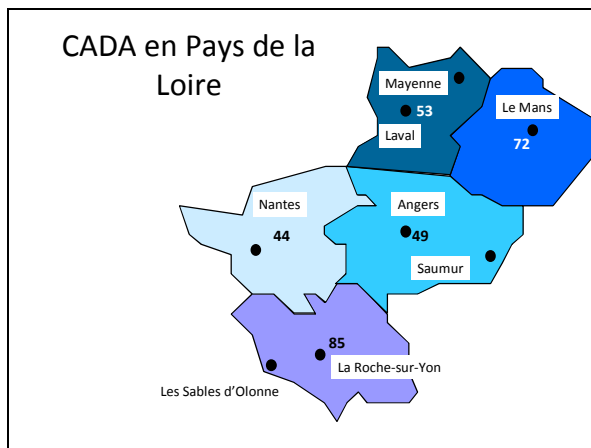
- **Demandes d'interprétariat**
  - ✓ Besoins en augmentation
  - ✓ Différents lieux dans la région
  - ✓ Langues peu usitées
- **Disparité territoriales**
  - ✓ Mayenne, Sarthe, Vendée...
- ✓ **Financements aléatoires**
  - ✓ Non pérennes
  - ✓ Besoins constants ou en augmentation
- ✓ **Partenaires financiers**
  - ✓ Qui agissent et qui fonctionnent au niveau régional (RGPP)

## Environnement régional

- **Population générale en augmentation**
  - 3 550 000 habitants
  - 2.7 % de la population : 92 000 personnes immigrées
  - 1 600 naissances de mères étrangères / an (4 %)
    - / 46 000 naissances annuelles
- **Structures en santé**
  - Agence régionale de Santé (ARS)
  - Permanence d'accès aux soins (PASS)
- **Autres structures**
  - Plate-forme régionale des demandeurs d'asile
  - Office français pour l'immigration et l'intégration (OFFI)
  - Direction régionale Jeunesse et sports et cohésion sociale (DRJSCS)

## Objectifs généraux d'une réflexion régionale (1)

- **Identifier les besoins**
  - Demande d'interprétariat et offres de l'interprétariat
  - Personnels et bénévoles
  - Formations
    - Interprètes
    - Professionnels
  - Langues
  - Autres
- **Faire un état des lieux des structures**
  - Langues
  - Accueil et prises en charge des migrants
  - Financements



- ### Objectifs généraux d'une réflexion régionale (2)
- **A court terme = Echanger des connaissances**
    - Flux migratoires
    - Textes réglementaires
    - Information
    - Champs d'actions
  - **A moyen et long terme = Mutualiser les moyens**
    - Formations communes

- ### Objectifs généraux d'une réflexion régionale (3)
- **Amélioration des pratiques**
    - Professionnalisation des interprètes
    - Sensibilisation des professionnels de santé à la pratique de l'interprétariat
  - **S'allier pour des demandes de financement**
    - auprès des structures régionales
      - ARS (Santé et social)
      - DRJSCS (Intégration)
      - Conseil régional (Santé, Education)
      - ...

- ## Méthodes de mise en place
- **Evaluer l'intérêt d'une réflexion régionale**
    - Questionnaire remis
  - **Constituer un groupe de travail régional**
    - Une à deux réunions par an
    - Journée annuelle de rencontre (printemps 2011 ? Lieu ?)
    - Personnes à déterminer
  - **Constituer un annuaire des structures et des professionnels**
    - Format à déterminer
    - Mise à disposition sur un site internet
  - **Trouver un nom fédérateur dans la région ??**
    - « Santé-Migrants Pays de la Loire »
    - « Inter PdL »
    - « SaMiCom » : Santé migrants Communication
    - « SaMiPLO » : Santé migrants Pays de la Loire
    - ....

# Synthèse du Colloque régional « Migrants et Santé » organisé par l'ASAMLA

## « Se comprendre pour accéder aux soins »

Yvette Gautier  
Vice Présidente de l'ASAMLA



Tâche très difficile, voire impossible que de réaliser la synthèse d'un colloque si dense, si riche. Pour vous dire d'abord ce qui m'a frappé : la qualité des interventions et la qualité de l'écoute du public.

Ce colloque a permis d'explorer de très nombreux aspects de la problématique exposée dans le titre « Se comprendre pour accéder aux soins ».

Au cours de la matinée les intervenants ont éclairé les aspects suivants : comprendre les demandes des migrants, analyser la problématique, observer les difficultés des professionnels à trouver des réponses adaptées... avec les moyens du bord.

Au cours de l'après midi, ce sont les aspects concrets des réponses organisationnelles trouvées hors et dans la région qui ont été explorées avec les difficultés rencontrées.

Revenons à la matinée.

Dans son remarquable exposé, le Professeur Olivier BOUCHAUD nous a expliqué, à partir d'exemples frappants, comment essayer de comprendre ce que le patient nous dit à travers son corps. Puis il a développé la double causalité des dimensions de la maladie présente chez les migrants : causalité naturelle, causalité culturelle.

Il a abordé un autre aspect très intéressant : il faut tous nous penser, quelles que soient notre couleur de peau et notre langue maternelle, comme ayant des représentations de la maladie avec cette double causalité, naturelle et culturelle. En ce sens nous sommes tous dans le même bateau. C'est très important.

Le Docteur Philippe LE FERRAND nous a ensuite parlé de la clinique du traumatisme chez les demandeurs d'asile. Quand on y réfléchit, beaucoup de ces récits que les interprètes entendent et traduisent au jour le jour font froid dans le dos.

Il a exposé les différences entre les différents statuts, réfugiés, demandeurs d'asile, déboutés du droit d'asile, clandestins.



Il nous faut comprendre les paradoxes auxquels est confronté le praticien. Doit-il croire le demandeur d'asile ? Est-il pris dans une fascination par l'horreur des faits rapportés (comme dans les phénomènes de maltraitance) ? Peut-il prendre le recul suffisant pour prendre en compte les faits sans s'identifier à la victime ou sans penser que le demandeur en rajoute pour obtenir son statut ?

Puis, au cours de son exposé, le Docteur Nathalie DJEGA-MARIADASSOU nous a parlé de son travail en consultation psychiatrique avec les interprètes. Elle a évoqué la triangulation, patient, médecin, interprète qu'elle a illustré de schémas qui nous ont beaucoup éclairés.

Après la pause le Docteur Véronique CARTON nous a parlé des violences faites aux femmes. Ses paroles, ainsi que les images qu'elle nous a présentées vont nous rester en mémoire.

Ensuite, en remplacement de Catherine VILLATE, Madame Texier nous a fait part des interrogations de l'équipe de direction des soins du CHU de Nantes pour mieux prendre en compte les personnes en difficulté, particulièrement les personnes d'origine étrangère avec l'aide des interprètes.

Une hypothèse a été soulevée, celle de la possibilité de demander dans certains cas à l'interprète de devenir « personne de confiance ». Cette hypothèse a été immédiatement réfutée au cours du débat avec la salle qui a suivi, l'interprète perdrait ainsi la nécessaire neutralité et la distance indispensable à la médiation culturelle.

Enfin, Monsieur Olivier RENARD, avocat, nous a entraîné dans les arcanes des dossiers des personnes qui sont déboutées du droit d'asile. Le rôle de l'avocat consiste alors, à travers l'analyse des dossiers, à trouver des contradictions pour éclairer tel aspect législatif en faveur du demandeur qui n'a pas été pris en compte au bénéfice de tel autre aspect en sa défaveur qui a motivé le rejet de sa demande d'asile.

Pour évoquer l'après midi, je prendrai la métaphore du long chemin que les différents intervenants nous ont fait parcourir au cours de cette demi journée.

Long chemin des définitions qui ont été précisées entre traduction, interprétariat, médiation, médiation culturelle.

Sur ce chemin il y a des parcours plus ou moins longs : l'Alsace, 37 ans d'ancienneté, la Loire Atlantique, 27 ans, certains sont au départ de la route...

Chaque structure occupe une place sur ce chemin pour essayer de résoudre les problèmes, et chaque structure a son histoire.

Plus on avance sur ce chemin, plus on affine les réponses à apporter aux problèmes rencontrés et, quand on écoute le témoignage de l'Alsace, plus on devient exigeant dans la distance à prendre, dans la juste mesure à trouver.

Il faut des services qui soient dans cette exigence, dans cette excellence pour que les interprètes soient reconnus et avancent sur la voie de la professionnalisation.

Puis, au cours de la Table Ronde qui a suivi l'intervention de l'Alsace, on a entendu tout autre chose.

On a commencé par la désespérance de la Mayenne qui n'a aucun budget pour mener à bien ses actions.



Puis, on a entendu le groupe de femmes de la Sarthe qui représentent et accompagnent des usagers migrants : le problème des migrants c'est de se faire entendre et qu'importe le souci des professionnels de se faire comprendre... ce n'est pas leur problème. Toutefois, il faut arriver à lier les deux approches, se faire entendre pour l'utilisateur, comprendre le patient et se faire comprendre pour le professionnel, transmettre des messages pour améliorer la santé.

Chaque structure, chaque professionnel concerné agit pour le but commun d'entendre et de se faire comprendre, mais n'a pas franchi les mêmes étapes sur ce chemin de la traduction, de l'interprétariat et de la médiation. Il y a des plus anciennes, il y a des plus jeunes. De même chaque département a des caractéristiques qui lui sont propres : départements très urbanisés, forte population avec un grand nombre de migrants. Il y a des départements ruraux avec peu de migrants, une population dispersée, départements souvent démunis en matière d'infrastructures médicales.

Alors là, j'ai appris que, lorsqu'il y avait trop de migrants dans le département de Loire – Atlantique et que les possibilités d'hébergement étaient saturées, on envoyait souvent des familles à Laval ou à La Roche-sur-Yon, sans « mode d'emploi », sans renseignements et sans ressources afférentes pour faire face aux besoins de ces familles.

Le point commun qui réunit les différents structures, associations, départements, c'est la question du financement qui est le nerf de la guerre.

Comment financer ? Comment trouver des ressources pour répondre aux besoins ? Tout le monde achoppe sur cette question. Donc mutualiser nos expériences pour trouver des financements, se faire connaître, solliciter les financeurs...

Ce que je retiendrai de ce colloque, ce qui m'a frappé, outre la qualité des interventions, c'est la qualité de l'écoute de la salle, l'engagement des professionnels pour atteindre le but poursuivi : comprendre et respecter la personne qui vient d'ailleurs. D'ailleurs, nous venons tous d'ailleurs.

Respecter, accompagner, essayer d'améliorer les choses.

Il y a, et il y aura des voies différentes : associations, groupes d'utilisateurs, groupes de femmes, groupes de paroles, arbre à palabres, professionnels formés et plus pointus dans leur positionnement, traduction par téléphone... On n'apporte pas la même réponse quand il y a plus de 84 langues à traduire pour comprendre le patient que quand il y en a 3. Tout cela est fonction du paysage urbain ou rural, du nombre d'immigrés, on ne peut pas apporter les mêmes réponses partout.

Il faut travailler à trouver pas à pas une certaine cohérence en respectant la nécessaire diversité qui reflète la personnalité des différents départements de la région.

J'ajouterais pour finir que sans interprètes, hommes et femmes eux-mêmes presque toujours migrants, il n'y a ni traduction, ni interprétariat, ni médiation culturelle et je voudrais ici les remercier pour le remarquable travail qu'ils accomplissent au quotidien.

Merci pour votre attention et au prochain colloque de l'ASAMLA.

## Glossaire des abréviations

ADAVI	Association départementale d'aide aux victimes d'infractions
AME	Aide médicale de l'état
APTIRA	Association pour la promotion et l'intégration dans la région angevine
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASAMLA	Association santé migrants Loire Atlantique
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CCAS	Centre communal d'action sociale
CESAME	Centre de santé mentale angevin
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDFF	Centre national d'informations sur les droits des femmes et des familles
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DRDFE	Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
GRSP	Groupement régional de santé publique
GSF	Gynécologie sans frontières
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
MSF	Mutilations sexuelles féminines
OFII	Office français pour l'immigration et l'intégration
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PRIPi	Programme régional d'intégration des populations immigrées
QSP	Quantité suffisante pour ...
UGOMPS	Unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# Remerciements

L'ASAMLA tient à remercier chaleureusement les orateurs d'avoir accepté de donner de leur temps pour la réalisation de ce colloque : la qualité exceptionnelle de leurs interventions en a fait le succès.

Ce colloque n'aurait pu se tenir sans tous les bénévoles qui ont travaillé à son organisation, et à la retranscription des interventions.

Nos remerciements vont aussi aux collectivités dont les subventions ont permis la tenue de ce colloque, et en particulier Le Conseil Régional des Pays de la Loire et la Ville de Nantes.





# Sommaire

<b>Ouverture - Allocution de bienvenue</b> <i>Françoise CHAILLEUX - Présidente ASAMLA</i>	Page 3
<b>Santé des migrants : faut-il une dimension ethno-médicale ?</b> <i>Pr Olivier BOUCHAUD - Médecin à l'hôpital Avicenne de Bobigny</i>	Page 5
<b>Les traumatismes chez les demandeurs d'asile</b> <i>Philippe LE FERRAND - Psychiatre au CHGR de Rennes</i>	Page 19
<b>Pourquoi et comment travailler avec des interprètes en consultation psychiatrique</b> <i>Nathalie DJEGA-MARIADASSOU - Psychiatre au CHU de Nantes</i>	Page 27
<b>Se comprendre pour se soigner</b> <i>Catherine VILLATTE - Directrice des Soins CHU de Nantes</i>	Page 31
<b>Accompagnement juridique des migrants</b> <i>Me Olivier RENARD - Coresponsable du secteur droit des étrangers au barreau de Nantes</i>	Page 33
<b>Les violences faites aux femmes - Partenariat CHU/ASAMLA</b> <i>Véronique CARTON - Gynécologue UGOMS - CHU Nantes</i>	Page 35
<b>L'interprète Médico Social : un professionnel à part entière</b> <i>Liliana SABAN - Directrice de « Migrations Santé Alsace »</i>	Page 41
<b>Le Médiateur en Santé Publique</b> <i>Rachida OUATARA - Directrice de l'APTIRA, Angers (Maine et Loire)</i>	Page 43
<b>Table ronde : « Pratiques et expériences régionales avec interprètes »</b> - <i>Rodolphe CHAUVIN - Directeur du Cada de la Roche sur Yon (Vendée)</i> - <i>Angélique HOUDOU - Directrice du Cada de Laval (Mayenne)</i> - <i>Sylvie CHAPELAIS - Médecins du Monde - Médiation Sanitaire auprès des Roms, Nantes (Loire-Atlantique)</i> - <i>Michel NGUYEN - Psychiatre - EMPP (Equipe Mobile Précarité Psychiatrie), Le Mans (Sarthe)</i> - <i>Mireille MARTIN - Directrice association « Femmes relais Sarthe »</i>	Page 47
<b>Vers une organisation régionale des structures d'interprétariat</b> <i>Bernard Branger - Administrateur ASAMLA</i> <i>Françoise Chailleux - Présidente ASAMLA</i>	Page 51
<b>Synthèse de la journée</b> <i>Yvette Gautier - Vice Présidente ASAMLA</i>	Page 53
<b>Glossaire des abréviations</b>	Page 56
<b>Remerciements</b>	Page 57







ASAMLA  
49-51 Chaussée de la Madeleine  
44000 Nantes  
Tel 02 40 48 51 99  
[santemigrants.nantes@wanadoo.fr](mailto:santemigrants.nantes@wanadoo.fr)  
<http://www.asamla.fr/>



asamla