

Travail de fin de diplôme universitaire – Santé des Migrants ,
impact sur la santé de la migration en France
Université Paris XIII – Bobigny
Session 2019

Analyse du rapport du comité consultatif national d'éthique sur la santé des migrants et
mise en parallèle avec les pratiques soignantes hospitalières.

Lisa Marzin- lisa.marzin@gmail.com

Table des matières

Introduction :	3
Analyse du Comité consultatif national d'éthique :	5
Etat des lieux de l'accueil des migrants en France :	5
Accueil sanitaire français des patients migrants	6
Questionnements et exigences éthiques :	7
Le rôle soignant dans la prise en soin des patients migrants :	9
Que disent les textes encadrant la profession infirmière :	10
Quels leviers dans la pratique quotidienne ?	11
Conclusion	13
Webographie :	14

Introduction :

La question de l'accueil des personnes migrantes en France est une question qui m'a souvent interrogée et interpellée en tant que citoyenne. Cependant c'est dans ma pratique professionnelle que cette question s'est présentée de manière plus concrète. Différentes situations rencontrées ont suscité chez moi des questions sur l'accompagnement du patient pour lequel le parcours migratoire, et tout ce qu'il englobe représentait un frein à la prise en soin. En plus de l'accompagnement dans la problématique de santé, le patient migrant se confrontait à diverses problématiques complexifiant le parcours de soins voire l'empêchant. Différentes problématiques d'ordre sociales, administratives, familiales, psychologiques ou encore liées à la barrière de la langue pouvaient venir freiner la démarche de soins entreprise, voire la stopper.

Certaines situations de soins vécues sont venues alimenter ma réflexion. Je ne les décrirai pas dans le détail mais je vais énoncer les grandes lignes dans cette introduction pour mettre en avant la diversité des situations et contextualiser le travail qui va suivre.

La première situation est celle d'un monsieur, réfugié politique qui était accueilli dans le service dans lequel je travaille pour un problème rénal nécessitant des soins vitaux. Après quelques jours d'hospitalisation le monsieur m'annonce qu'il veut partir, en discutant avec lui il m'explique qu'il devait rentrer à domicile car il avait des démarches à faire qui s'il ne les faisait pas, pouvaient compromettre son autorisation de séjour en France. Il ne m'a pas expliqué le sujet exact de ces démarches mais malgré les explications relatives à sa nécessaire présence à l'hôpital pour sa santé, il maintenait sa volonté de quitter l'hôpital. Le monsieur a fini par accepter de rester un jour supplémentaire le temps de faire sa première dialyse et un accueil de jour devait être mis en place une fois qu'il eut quitté le service. Cette première situation m'a questionné sur la « disponibilité mentale » que pouvaient avoir les patients vivant une situation administrative précaire quant aux questions de santé. J'imaginai en effet assez facilement que lorsque les questions relatives au logement, à l'alimentation et bien sûr à l'autorisation d'être présent en France n'étaient pas réglées, les questions de santé pouvaient être mises en second plan.

La seconde situation est celle d'un jeune patient qui avait pris l'identité administrative d'un compatriote en se présentant aux urgences car il ne disposait pas de titre de séjour lui autorisant sa présence en France. Nous nous en sommes aperçus car le patient devait être transfusé et son groupe sanguin ne coïncidait pas avec celui de la personne dont il avait pris l'identité, qui disposait lui, déjà d'un dossier à l'établissement Français du sang. Que représentait l'hôpital en tant qu'institution pour ce patient ? Force est de constater, que pour ce jeune homme, il ne représentait pas un endroit sûr. En se présentant à l'hôpital il pensait se mettre en danger vis-à-vis des autorités et de son séjour illégal en France. Cette situation m'a questionnée, le patient qui avait besoin de soin, se serait-il présenté sans les papiers de ce compatriote, combien de temps avait-il attendu avant de se présenter aux urgences, comment pouvait se positionner l'hôpital, en tant qu'institution pour ne pas véhiculer ce climat anxigène et assurer ses missions de santé publique ? Quel rôle pouvions-nous avoir en tant que soignant pour tenter de créer un climat de confiance, nécessaire aux soins de manière globale bien sûr, mais évitant d'être vecteur d'une mise en danger supplémentaire vis-à-vis de la santé du patient.

Ces deux situations reflètent des situations individuelles, avec des réactions individuelles mais qui heurtaient ma conception du soin et me donnait un sentiment d'impuissance face à des droits que je ne connaissais pas suffisamment et face à une image de l'hôpital public qui allait à l'encontre de celle que j'avais, qui allait au moins à l'encontre de mes valeurs soignantes.

J'aurais pu illustrer mon questionnement avec d'autres situations beaucoup plus quotidiennes dans ma pratique mettant en avant des différences dans la prise en soin hospitalière pour les patients migrants. Notamment des problèmes de communication entre le soignant et le patient non francophone, ou une absence de prise en charge sociale par exemple. Mais ces deux situations, associées aux autres situations rencontrées me mettaient face à des questions, qui ont également motivées mon inscription à ce diplôme universitaire. Ces questions étaient celles de l'accès aux soins des personnes migrantes, quel était-il dans le droit français ? Quels étaient les écarts entre cet accès aux soins prévu par le droit et l'accès effectif ? Et si effectivement il y existait un écart comment pouvait-on l'expliquer ? Quel était la part de « responsabilité » du soignant, de l'institution, du patient, de l'état ?

J'avais besoin pour éclairer ces situations, pour répondre aux questions que je me posais et pour aller plus loin dans la réflexion de connaître les droits des patients migrants, la réalité de l'accueil et de l'accompagnement sanitaire en France, et les relais que l'on pouvait proposer ou que l'on pouvait solliciter en tant que soignant pour permettre une réelle prise en soin. Pour essayer de mieux comprendre la situation et pour conclure ce diplôme universitaire sur la santé des migrants j'ai décidé d'analyser l'avis n° 127 du comité consultatif national d'éthique intitulé « Santé des migrants et exigences éthiques » paru en octobre 2017, de le mettre en parallèle avec les devoirs de l'infirmier et les valeurs soignantes énoncées dans le code de déontologie infirmière, pour tenter de trouver des axes d'amélioration dans la pratique quotidienne pouvant favoriser la prise en soins des patients migrants , notamment ceux en situations irrégulières.

Analyse du Comité consultatif national d'éthique :

Le comité consultatif national d'éthique (CCNE) est une organisation, se voulant indépendante, qui comme son nom l'indique n'a pas de pouvoir décisionnel mais une mission de consultation. Ses avis peuvent être demandés par différents acteurs tels que le gouvernement, des associations, des membres de l'enseignement supérieur mais il peut également de son propre chef ou suite à une sollicitation citoyenne se saisir d'une question. Les sujets qu'il traite relèvent de questions éthiques, c'est-à-dire si on reprend la définition du Larousse " l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un ». Un mode de réflexion qui tente de déterminer les actions acceptables ou non, notamment lorsque le droit ne répond pas à certaines questions de société. Si l'on reprend leur propre présentation on peut dire que la vocation du CCNE «est de soulever les enjeux des avancées de la connaissance scientifique dans le domaine du vivant et de susciter une réflexion de la part de la société ».

Ainsi ils ont pu émettre des avis sur différents sujets tels que la procréation médicalement assistée ou la fin de vie par exemple. Le rapport auquel je me suis intéressé, et qui est plus en lien avec le sujet traité au sein de ce DU s'intitule « Santé des migrants et exigences éthiques ». Dans ce rapport il n'est donc pas question de soulever des enjeux sociétaux suite à des avancés scientifiques, mais de questionner le respect des principes de dignité humaine et d'accès aux droits fondamentaux notamment celui d'accès à la santé. Le préambule de ce rapport cite d'ailleurs les textes de référence sur la question (Constitution Française 1958) : « Tout individu résidant sur le sol français a droit à la sauvegarde de la dignité de sa personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation. En outre selon la charte originelle de l'organisation mondiale de la santé, toute personne quelle que soit sa situation dans le monde a le droit à la santé (...), elle doit aussi pouvoir librement accéder au système d'offre de soins à égalité avec toute autre personne séjournant sur le territoire français. »

Nous avons vu que le terme de migrant au sens démographique du terme concernait les personnes nées étrangères, à l'étranger ayant franchi la frontière du pays hôte et s'y installant pour au moins un an. Dans cet avis du CCNE le terme migrant est beaucoup plus restrictif et s'intéresse aux personnes migrantes précaires notamment d'un point de vue administratif. Il faudra donc entendre dans l'analyse de ce texte lorsque l'on parle de migrant, des personnes étrangères arrivées en France et « dépourvues de titre de séjour sur le territoire français ».

Etat des lieux de l'accueil des migrants en France :

Le CCNE fait dans un premier temps différents constats. Le premier est celui de la vulnérabilité des personnes migrantes, vulnérabilité car la période de la migration représente une perte de repère, « une perte de bien-être physique, social et mental ». Ainsi qu'une précarité vis-à-vis de l'offre de soin car l'absence de titre de séjour, ou l'obtention d'un titre de séjour provisoire, entraîne un accès difficile au système de soin. Lorsque cet accès est possible, il peut éventuellement être aussi réversible que l'autorisation de séjourner en France. Ce seul contexte fait émaner différentes questions telles que l'identification de ces personnes, la mise en place d'un suivi médical ou d'une traçabilité de leur parcours de soin. Ces migrants, précaires sur le plan administratif, sont de plus, souvent invisibles. Mis à part les images phares des camps ou des bateaux arrivant en Méditerranée, le CCNE écrit que ces personnes « ne cherchent pas (...) à se faire connaître des institutions du pays – sauf si elles entendent y présenter une demande d'asile- par crainte d'être interpellées et reconduites dans leur pays d'origine ». Cet avis attire aussi l'attention sur la probable

augmentation des flux migratoires dans le futur , liée aux phénomènes géopolitiques , comme il a toujours été le cas auxquels risquent de s'ajouter des problèmes environnementaux impactant les mouvements de personnes .Le CCNE rappelle que « les étrangers résidant sur le territoire français en situation irrégulière ne constituent nullement (...) une menace , ni sur l'organisation du système de soins ou son financement ni , a fortiori, sur notre organisation sociale . » , il est précisé par la suite que des situations problématiques interviennent quand un territoire restreint fait face à une concentration importante de personne. Cependant aucun moyen en France permettant de connaître le nombre exact de personnes migrantes n'existe. Selon le CCNE « Le système de mise à l'abris temporaire, dans des conditions alimentaires et sanitaires décentes, pas plus que le système d'offre de soins, ne sont préparés ni à une telle concentration locale dans l'espace, ni, surtout, dans le temps et moins encore à des nécessités de long terme ». Ils ajoutent que « les institutions sociales et sanitaires doivent se préparer sur la longue durée à accueillir, prendre en charge, prendre soin mais aussi éventuellement prodiguer des soins à ces personnes ». Dans cet avis le CCNE constate la mise en place de dispositifs administratifs, matériels ou humains, il cite notamment la création de l'institut convergence sur les migrations par l'agence nationale pour la recherche mais ils signalent également que les dispositifs mis en place reposent majoritairement sur des initiatives personnelles, associatives ou municipales pouvant reposer parfois sur des financements étatiques malheureusement la plupart du temps non pérennes. Selon eux dans la majorité des cas la prise en soin des migrants précaires n'a pas été assurée par « le système d'offre de soins classique » Il pose alors la question de « savoir si l'on admet que les personnes concernées : - ou devraient faire l'objet de procédures à part reposant essentiellement sur les associations de défense des droits de l'homme (...) – ou devraient être intégrées du mieux possible, avec leurs traits propres , à l'intérieur du système public de protection sociale et de santé. » Le CCNE pointe d'ailleurs du doigt, outre le fait que les pouvoirs publics n'aient pas organisé l'accueil dans des conditions sanitaires acceptables, les politiques répressives et l'accueil hostile qui ont pu être mis en place (fermeture de centres croix rouge, multiplication des squats...) et notifie que lorsque des mobilisations institutionnelles ont été mises en œuvre, un manque de coordination entre les différents acteurs a porté préjudice à l'efficacité des actions menées. Dans ce rapport à plusieurs reprises le CCNE affirme « S'agissant de toute personne en détresse, d'un point de vue éthique, la santé au sens de la prise en charge de l'hygiène élémentaire et des soins, ne doit en aucun cas pouvoir être instrumentalisée. S'agissant de migrants, une mauvaise condition sanitaire ne saurait être recherchée ou maintenue en aucun cas comme outil d'une politique de découragement puis de refoulement ».

Focus sur l'accueil sanitaire français des patients migrants

Après avoir fait le constat du contexte d'accueil en France des migrants sans titre de séjour, la deuxième partie du rapport s'intéresse à l'état de santé de ces personnes. Ils rappellent dans un premier temps l'idée du health migration effect, auquel nous avons pu nous intéresser lors de ce DU et que je ne détaillerai pas. Ils rappellent également l'investissement personnel, mais parfois aussi l'investissement d'une famille ou d'une communauté, que peut représenter la migration et donc la difficulté voire l'impossibilité pour les personnes d'envisager un retour au pays de départ. Malgré ce bon état de santé physique initial, le parcours migratoire, les conditions de vie lors du voyage, mais également les conditions d'accueil et de vie en France peuvent induire d'autres problèmes de santé, notamment psychologique, psychiatrique ou la transmission de maladies liées à la promiscuité ou au manque d'hygiène posant également des questions de santé publique. Ici aussi, malgré le soutien d'organisations (Gynécologie sans frontières, équipe mobile psychiatrie précarité...)

Le système de soin peine à prendre en charge ces questions de santé. Un deuxième obstacle est celui de la mise en place d'une relation de soin, d'une alliance thérapeutique ou d'un « colloque singulier » pour reprendre les termes utilisés par le CCNE lorsque l'on fait face à la barrière de la langue. Des solutions d'interprétariat existent mais, parfois difficilement accessibles notamment pour certaines langues peu représentées. De plus la présence d'une tierce personne peut venir compromettre la prise en soin, cette problématique peut être ressentie de manière plus importante dans certains secteurs de soins, notamment en psychiatrie.

Malgré la mise en place de structure d'accueil (ex : Centre d'Accueil et d'Orientation avec financements publics), le CCNE constate que « l'accueil et la prise en charge des migrants sont très loin d'être intégrés au fonctionnement général du système d'offre de soins et d'accès aux services sociaux ». Ils précisent que l'accueil hospitalier peut parfois être difficile, malgré l'idée que les soins ne soient pas tributaires de la situation administrative, le rapport rapporte des réactions « d'hostilité de malades » mais également des refus de prise en charge dans un contexte hospitalier « déjà presque saturé » en avançant notamment l'argument des contraintes budgétaires. La médecine de ville, quant à elle, n'est pas équipée selon le CCNE pour permettre une prise en soins des personnes sans aide médicale d'état (AME) et sans ressource.

Ces problématiques de prise en soins semblent surprenantes quant on sait que certains dispositifs existent censés permettre l'accompagnement de ces personnes. Le CCNE rappelle l'existence de l'AME (destinée aux personnes en situation irrégulière, présentes depuis au moins trois mois et avec condition de ressource) permettant d'accéder aux soins ou du Dispositif de Soins Urgents et Vitaux. Ces dispositifs permettent en effet à de nombreuses personnes d'accéder aux soins. Face au débat récurrent sur la suppression de l'AME, le CCNE rappelle que les différents rapports parus sur cette question concluent que l'impact financier de l'AME est minime, qu'elle ne constitue pas un motif de migration et que sa suppression aurait un impact négatif en termes de santé publique et individuelle car elle ne ferait que retarder un peu plus la prise en soin des migrants précaires en ayant besoin. Un autre dispositif existe pour permettre cette prise en soin, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) « répondant à la lutte contre l'exclusion sociale », le rapport du CCNE rappelle les textes du code de la santé publique dictant les missions de celles-ci « « faciliter l'accès aux soins » des personnes en situation de précarité, et (...) les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits » ». De nombreuses PASS existent en France mais les moyens qui leur seraient attribués sont variables et tributaires des directions hospitalières, ne leur permettant pas toujours de répondre aux besoins réels.

Questionnements et exigences éthiques :

C'est après avoir dressé ce contexte social et présenté les dispositifs assurant la prise en soin des personnes migrantes en France que le comité consultatif national d'éthique dresse 6 exigences éthiques nécessaires selon eux à l'accompagnement des personnes migrantes sans titre de séjour. Pour ce faire ils précisent que « Le CCNE a délibérément choisi de donner une priorité à la dignité des personnes et à son respect qui s'inscrit dans l'expression d'une fraternité et d'une solidarité dont l'hospitalité serait la conséquence.

-La première exigence éthique énoncée dans ce document est « Le respect de la dignité des personnes » : dignité d'homme en tant qu'être humain mais également en tant qu'individu avec son histoire et notamment son histoire migratoire. Selon le CCNE le respect de la dignité « se mesure » entre autres « à la manière concrète dont la vie matérielle de chacun est conforme à sa qualité d'être humain. » Les conditions d'accueil primaire (alimentation, eau potable, accès à l'hygiène, WC...) ne

sont pas réunies selon le CCNE et cela malgré de nombreuses alertes d'associations, de professionnels de santé sur place mais également du défenseur des droits. Le CCNE accuse les pouvoirs publics de ne pas avoir veillé au respect des conditions de vie minimum de ces personnes et d'avoir de plus accentué la précarité à laquelle elles faisaient face en ayant des politiques répressives à leur égard. Le respect de la dignité des migrants aurait été de proposer des solutions alternatives « permettant de garantir à chacun le cadre minimal de son bien-être physique, mental et social ». Le deuxième axe proposé pour évaluer le respect de la dignité est l'accès aux soins quand cela est nécessaire. Selon le CCNE « les principes de déontologie médicale ont la plupart du temps été respectés », il attire cependant l'attention sur l'importance de ne pas créer « un circuit de prise en charge distinct des conditions de droits communs, ce qui représenterait une réelle discrimination. » Ceci nous amène à la deuxième exigence éthique.

- « L'accueil et la prise en compte des personnes migrantes, qu'on a qualifié « d'invisible » par le système de soins, en particulier l'hôpital ». Le CCNE reconnaît l'existence de moyens mais déplore cependant une trop grande complexité des dispositifs administratifs qui ne permettraient pas aux personnes auxquels ils sont destinés d'en bénéficier, par méconnaissance, par crainte de se manifester ou par impossibilité de fournir les documents nécessaires. Cette absence de recours aux soins, notamment dans le contexte induit par la migration et la précarité de la présence illégale en France ne fait que majorer le risque de morbidité pour cette population, et ce malgré un état de santé initial égal voire meilleur que la population générale. Les PASS, quant à elles, sont trop souvent invisibles au sein de l'institution hospitalière, parfois même « cachées » au sein des bâtiments. Avec une action qu'ils définissent de « militante », « mais généralement peu prise en compte dans le fonctionnement de l'établissement ». Le CCNE demande à ce que les ARS encouragent les hôpitaux à ce que « les PASS sortent de leurs murs » et puissent se donner les moyens d'aller matériellement à la recherche des migrants « invisibles » (...) en leur garantissant leur absence de signalement aux forces de l'ordre » à l'image des équipes mobiles psychiatrie-précarité par exemple. Le CCNE rappelle également le double rôle de l'hôpital, celui de la prise en charge médicale associée à l'accompagnement du « bien être mental et social des personnes » ; ainsi que l'importance de la coordination entre les réseaux associatifs locaux et les établissements de soins.

- La 3^{ème} exigence éthique rapportée par le CCNE est « la mise en pratique d'un mode pertinent de communication linguistique et culturelle, avec les personnes pour mieux comprendre leurs attentes dans le cadre de leur prise en charge soignante ». Le seul titre de ce troisième point résume bien l'idée de cette exigence. La compréhension de la langue est primordiale en médecine mais également la compréhension du contexte culturel d'où vient la personne, la manière dont il peut envisager son corps, les soins ... Des moyens sont mis en place actuellement pour permettre un recours à des interprètes mais les questions du financement, de la multiplicité des langues, de la formation et de la neutralité de l'interprète pour qu'il ne représente pas un biais pour la relation de soin subsistent.

- « Etablir des priorités dans les actions destinées à assurer le bien-être des migrants » est selon le CCNE la 4^{ème} exigence éthique résultant de ces constats. La première priorité réside selon eux dans la mise à l'abri des personnes face à la grande précarité (intempéries, faim, incurie, violence...). Suite à cette protection ils établissent la mise en place de « bilan de santé approfondis et des examens de situation administrative » comme le second point prioritaire. Ils précisent que ce travail devrait aussi être la tâche des institutions hospitalières, c'est-à-dire s'assurer que suite à une hospitalisation le patient ne se retrouve pas dans une situation de grande précarité. Ils disent « de manière générale, ce qui peut être assigné comme objectif a minima à ces priorités est de vérifier sérieusement l'absence de toute circonstance qui pourrait conduire, (...) à une quelconque aggravation de l'état de santé physique, mais aussi mental des migrants, du seul fait de l'incurie, voire de la discrimination, pas si rare, de notre système d'accueil et de soins. »

-La 5^{ème} exigence éthique énoncée par le CCNE est celle de « l'équité (...) par l'égalité de traitement dans l'accès aux soins et dans l'accès au bien-être physique mental et social ». Principe apparaissant dans de nombreux textes mais dont la mise en œuvre reste insatisfaisante. Pour ce faire ils identifient trois axes d'action. Le premier est « l'adaptation financière des dotations aux besoins engendrés par les flux de migrants ». Le second est une simplification de la réglementation permettant d'accéder à une prise en charge et une réglementation adaptée à la situation de ces personnes migrantes. Ils rappellent entre autres la complexité de fournir des documents attestant de la présence en France depuis au moins 3 mois, la charge de travail pour les travailleurs sociaux que cela peut représenter avec des résultats aléatoires (Exemple de l'hôpital de Calais où en 2015 sur 660 dossiers de demandes d'AME, 23 ont pu être complétés). Il cite l'enquête « ANRS-Parcours de 2012-2013 qui établit que le refus de CMU ou d'AME ou d'autres difficultés de couverture « maladie » sont les premières causes de refus de soins après l'arrivée en France ». Le 3^{ème} axe d'action découle donc des deux premières, ils proposent une « ouverture inconditionnelle des droits à l'AME, dès lors qu'il est constaté de bonne foi (...) que la situation du migrant répond aux critères posés par la loi ».

- Pour conclure, la 6^{ème} et dernière exigence éthique énoncée par le CCNE, est celle de « la solidarité qu'on peut aussi appeler, s'agissant des besoins élémentaires d'êtres humains, la fraternité et, d'êtres humains venant de loin, l'hospitalité ». Ils rappellent une fois encore les différentes actions qui ont pu être menées de la part de nombreuses personnes pour tenter d'améliorer la situation des personnes migrantes, de respecter leur dignité et leur altérité. Selon le CCNE des actions telles sont à encourager, cela passe par des discours, des politiques publiques affirmant la nécessaire solidarité et que « la société française (...) affiche sa volonté (sa capacité) d'affirmer et de mettre en pratique des valeurs de partage et d'équité déjà en son sein ».

Le rôle soignant dans la prise en soin des patients migrants :

L'intérêt que j'ai trouvé à analyser ce rapport du comité consultatif national d'éthique réside selon moi, premièrement dans l'analyse globale de la situation, c'est-à-dire avec une approche sanitaire et sociale, ils abordent la question des conditions d'accueil, ils présentent les différents acteurs susceptibles d'intervenir dans cette période particulière de la migration, ils tentent d'analyser le rôle et les réactions des personnes résidentes. Cette approche me semble permettre une meilleure compréhension de la question de l'accès aux soins des migrants sans titre de séjour régulier, en tant que soignant mais aussi en tant que citoyen.ne. Cette analyse recoupe différentes notions abordées au sein de ce DU et nécessaires à la compréhension de la situation. J'ai également fait le choix de l'analyse de ce document car il me semblait recouper différentes sources ou publications traitant de ce sujet et émanant de différents acteurs impliqués dans l'accompagnement des migrants sans titre de séjour et des patients migrants. En effet, le COMEDE, la CIMADE, médecins du monde ou même l'académie nationale de médecine ont pu s'exprimer sur la question, le rapport du CCNE les cite d'ailleurs à plusieurs reprises. Enfin cette analyse éthique m'intéressait car elle me permettait d'avoir une réflexion sur nos pratiques soignantes et sur les enjeux de nos comportements professionnels.

Walter Hesbeen - infirmier, docteur en santé publique et responsable du Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service de soin pour ne citer que quelques-unes de ses casquettes - s'intéresse à la question éthique dans la pratique quotidienne des soins. Dans un article intitulé « Pour une éthique du quotidien des soins » paru dans le magazine cancer et psy en 2014, il écrit « Dans le domaine de la santé, si le terme « éthique » est fréquemment utilisé en référence aux questions de bioéthique ainsi que pour exprimer les préoccupations que suscitent des situations cliniques inextricables, il convient, également, d'y avoir recours en regard des

différentes formes de pratiques qui se déploient dans le quotidien des structures et services de soins. C'est d'une *éthique du quotidien des soins* qu'il est alors question, c'est-à-dire *une éthique concrète qui interroge, qui interpelle, les manières d'être, de faire et de dire de chacun dans l'ordinaire des pratiques soignantes*. Et le quotidien, par la frénésie du faire qui trop souvent le caractérise, voire le systématisme qui l'anime, conduit parfois les professionnels à manquer de vigilance, à sous-estimer l'impact de leurs manières d'être, de faire et de dire sur la personne soignée et sur la façon qu'elle a ainsi de se sentir considérée. »

Sans prétendre révolutionner le fonctionnement de l'hôpital, tâche dépassant grandement mes capacités et celle de ce travail, avoir une réflexion et analyser nos pratiques soignantes autour de ces questions me semblait être intéressant pour tenter de faire émerger des actions concrètes suite aux enseignements et informations reçus dans ce DU et par ce travail. Pour ce faire j'ai pensé mettre ces constats et l'énonciation de ces principes éthiques en parallèle avec le code de déontologie infirmier énonçant notamment les devoirs de l'infirmier envers les patients mais également envers les autres professionnels médicaux et paramédicaux.

Que disent les textes encadrant la profession infirmière :

Le code de déontologie infirmière est un document récent, paru en novembre 2016 et intégré au Code de la santé publique via le décret 2016-1605. Il dicte entre autres les différents devoirs auxquels doit se soumettre l'infirmier dans l'exercice de sa profession. Selon lui l'infirmier a un devoir d'humanité « Art R 4221-3 » c'est-à-dire qu'il est « au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches [...] ». Il doit également répondre à un devoir d'assistance « Art.R4312-7- l'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires. ». Toujours selon le code de déontologie infirmier, l'infirmier doit exercer sa pratique avec un principe de non-discrimination -Art R. 4312-11.- Il « doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale ». « Il leur apporte son concours en toutes circonstances. », « Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge. ». Le dernier devoir que j'ai choisi de mettre en avant dans ce travail est celui de la continuité des soins. Selon l'article R. 4312-12. – « Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité. (...) Si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins. ».

Le CCNE conclut son avis en disant que « la mesure de l'ampleur de ce problème doit être prise par les responsables administratifs et les personnels impliqués dans « le prendre soin » Ainsi que la population française en générale. ». On s'aperçoit que les problématiques soulevées doivent être prises en compte et que certaines d'entre elles sont directement liées au rôle soignant. On s'aperçoit également que les différents devoirs inerrants à la profession infirmière dictés ci-dessus et énonçant le rôle propre de l'infirmier recourent les exigences éthiques énoncées par le CCNE. De quels moyens dispose l'infirmier exerçant en service hospitalier pour améliorer la prise en soin du patient migrant vivant une situation administrative précaire ?

Quels leviers dans la pratique quotidienne ?

Ne disposant pas de suffisamment de moyens dans le cadre de ce travail de fin de diplôme universitaire pour mener une réelle analyse des pratiques hospitalières, je m'appuierai sur les pratiques de soins et d'accueil que je connais au sein du service dans lequel je travaille pour identifier les moyens dont nous disposons – en tant que soignant exerçant en milieu hospitalier – pour améliorer la prise en soin du patient migrant ; et notamment du patient migrant dépourvu de titre de séjour sur le territoire français .

Pour commencer je pense que la connaissance de la prise en charge sociale ou de l'absence de prise en charge sociale du patient n'est pas systématique. Le soignant peut identifier dès l'accueil du patient, en faisant son recueil de données, une situation sociale pouvant venir compromettre la prise en soin. L'identification et l'accompagnement par un travailleur social dès l'arrivée à l'hôpital peut ainsi être mise en marche. En effet j'ai pu à plusieurs reprises prendre en soin des patients -migrants ou non- pour qui on ne s'apercevait seulement qu'après plusieurs jours d'hospitalisation de l'absence de couverture sociale. Questionner la prise en charge sociale nécessite de connaître les différents dispositifs existants, à qui ils sont destinés et les moyens de mise en œuvre de ceux-ci. Ces notions sont rapidement abordées lors de la formation initiale infirmière, cependant malgré les apports théoriques, je ne peux que constater qu'il existait (pour moi) un réel flou autour de celles-ci avant de les réaborder lors de ce DU. Un travail étroit avec les travailleurs sociaux hospitaliers et une diffusion des informations acquises me semble être un premier levier dans le rôle infirmier pour favoriser la prise en soin des personnes migrantes.

En second lieu, l'infirmier peut agir comme relais des acteurs locaux. Le CCNE et les différentes associations engagées dans l'accompagnement des personnes migrantes ont pu mettre en avant le manque de coordination entre les différents acteurs, régulièrement préjudiciables à l'efficacité des actions menées. Une connaissance des dispositifs -associatifs, établissements sociaux, lieux d'hébergement mais aussi hospitaliers (ex : PASS) - existants dans le territoire dans lequel nous travaillons peut, je pense, faciliter la continuité du parcours du patient migrant et de son parcours de soin. Cet axe de travail rejoint la quatrième exigence éthique énoncée dans l'avis du CCNE lorsqu'ils fixent comme objectif minimal « de vérifier sérieusement l'absence de toute circonstance qui pourrait conduire, (...) à une quelconque aggravation de l'état de santé physique, mais aussi mental (...), du seul fait de l'incurie, voire de la discrimination, pas si rare, de notre système d'accueil et de soins. »

L'attention portée aux interprètes est un autre point soulevé par le CCNE pour lequel l'infirmier peut jouer un rôle. On a rapidement abordé la question de l'importance du choix de l'interprète pour permettre la relation de soin, l'importance de trouver une personne qui connaisse la langue, le contexte culturel du patient et qui saura retranscrire ce que veut dire le patient, au-delà de la simple traduction littérale. On a également souligné l'importance de la formation de l'interprète pour qu'il ne devienne pas un biais dans la relation de soin. Le recours aux interprètes professionnels est quelque chose que j'ai déjà rencontré dans ma pratique professionnelle mais à de très rares occasions. En effet pour la grande majorité des patients non francophones, nous avons eu recours à des solutions alternatives comme l'utilisation des gestes, de logiciels de traduction basiques ou grâce aux membres de la famille présents ou aux personnes bilingues entourant le patient. Parfois un personnel soignant bilingue assure cette traduction, mais le recours à des interprètes professionnels est très rare. Malgré le constat, qui est je pense partagé par la majorité des soignants, de la nécessaire confidentialité, du respect du secret professionnel et du non jugement dans la mise en place d'une relation soignant-soigné, le recours aux solutions les plus facilement accessibles et les plus rapides est souvent la solution choisie. Cependant elle reste insatisfaisante.

Enfin, la quatrième voie permettant, selon moi, d'améliorer la prise en soin de ces patients, mais qui semble tomber sous le sens ; est le fait de travailler dans le respect des valeurs défendues par le code de déontologie. Quand Walter Hesbeen écrit « le quotidien, par la frénésie du faire qui trop souvent le caractérise, voire le systématisme qui l'anime, conduit parfois les professionnels à manquer de

vigilance, à sous-estimer l'impact de leurs manières d'être, de faire et de dire sur la personne soignée et sur la façon qu'elle a ainsi de se sentir considérée. », c'est de ça dont il est question. Sans imaginer des pratiques soignantes allant volontairement à l'encontre des principes d'humanité, de non-discrimination ou ne prenant pas en compte l'importance de la continuité des soins, le quotidien, l'habitude et les différentes contraintes induites par le contexte hospitalier peuvent nous amener à des attitudes non propices au meilleur déroulé des soins. Il me semble important de tenter de conserver une position réflexive vis-à-vis de nos pratiques, même si « la frénésie du faire », comme il est si bien dit dans cet article peut parfois venir compromettre cette attitude réflexive.

Conclusion

On s'aperçoit que de nombreux axes de travail ne relèvent pas du rôle infirmier mais que par contre le soignant pouvait intervenir et jouer un rôle pour favoriser une meilleure prise en soin et un meilleur parcours de soin du patient migrant. L'énonciation, la proposition des solutions ci-dessus est seulement le résultat d'une réflexion personnelle questionnant ma pratique quotidienne. Je ne prétends ni être exhaustive, ni apporter des solutions idéales.

A la lecture du rapport du comité national d'éthique, on ne peut que constater des failles dans le système d'accueil sanitaire et social français. En tant qu'acteur de ce système il me semblait intéressant de questionner notre rôle et notre responsabilité au sein de ce système, pour permettre une prise en soin plus favorable et plus respectueuse des valeurs défendues par le CCNE et énoncées dans le code de déontologie des infirmiers et de manière plus globale, dans la déontologie soignante. Cependant on s'aperçoit aussi, je pense, à la lecture de ce rapport de la complexité de ce système d'accueil. Complexe par le nombre d'acteurs ne répondant pas nécessairement aux mêmes priorités (travailleurs sociaux, forces de l'ordre, soignants, associations, citoyens). Complexe également par la multitude de situations qu'il recoupe. En effet chaque situation est spécifique et les réponses apportées le seront tout autant. Les problématiques soulevées dans ce travail sont pour une grande partie partagées par d'autres patients précaires n'étant pas obligatoirement migrant « dépourvus de titre de séjour sur le territoire français.

Même s'il existe des leviers d'actions pour le citoyen et pour les différents acteurs, l'organisation de ce système de soin et d'accueil va bien au-delà du rôle soignant et nécessite, je pense, des décisions politiques et systémiques. La bonne volonté des différents acteurs hospitaliers n'est je ne pense pas suffisante car, malheureusement l'accueil du patient migrant est soumis aux mêmes contraintes que l'accueil de tous les patients, ne permettant une prise en soin optimale dans un contexte hospitalier où le manque de moyens financiers, le manque de temps et le manque de personnel sont monnaie courante.

Webographie :

-Site du dictionnaire Larousse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31389>

-Site du CCNE :

<https://www.ccne-ethique.fr/>

-Rapport du CCNE :

https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants_0.pdf

-Code de la santé publique :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

-Rapport Pauvreté précarité et santé, Académie nationale de médecine – juin 2017 :

<file:///C:/Users/Lizonn/Desktop/DU/recherches%20perso/Rapport%20pauvreté%20précarité.pdf>

- Hesbeen Walter, « Pour une éthique du quotidien des soins », *Cancer(s) et psy(s)*, 2014/1 (n° 1), p. 173-177. URL : <https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psys-2014-1-page-173.htm>