



HAL
open science

Prise en charge d'un patient migrant dans le parcours de soins psychiatrique

Antoine Mallet

► **To cite this version:**

Antoine Mallet. Prise en charge d'un patient migrant dans le parcours de soins psychiatrique. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04498406

HAL Id: dumas-04498406

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04498406v1>

Submitted on 11 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

Collège des Sciences de l'Homme et Santé

Facultés Département d'Anthropologie sociale - Ethnologie, et de médecine générale

Prise en charge d'un patient migrant dans le parcours de soins psychiatrique

Mémoire présenté en vue de l'obtention du DU :

« Médecines et soins transculturels »

Par
M. MALLET Antoine

Sous la direction de Mme LKHADIR Aïcha

2022-2023

Remerciements

Je remercie Mme Lkhadir qui, sympathique et bienveillante, m'a accompagné et encouragé avec soin dans mon travail.

Je remercie mes collègues de la promotion « les voyageurs indécis » avec qui j'ai évolué tout au long de l'année dans un esprit de transculturalité.

Je remercie mes parents et ma famille qui m'ont soutenu et accompagné pendant ce travail de recherche.

Je remercie tout spécialement Maxime Beigbeder qui m'a permis d'avancer dans ce travail de recherche et qui m'a admirablement bien aidé dans la mise en page de ce travail.

Je remercie tout particulièrement pour terminer les personnes qui ont accepté de participer à cette recherche en livrant leur ressenti et leur façon de travailler auprès de la population migrante.

Sommaire

Introduction	1
Cadre théorique	2
I.1 États de la migration en France en 2023	2
I.2 Place de la langue maternelle	3
I.2-1 Place de la langue maternelle dans le soin	3
I.2-2 Rôle de l'interprète	4
I.3 Représentations culturelles de la maladie	6
I.3-1 La maladie et la santé	6
I.3-2 Représentations de la maladie mentale	7
I.3-3 Rôle de la religion dans les représentations de la maladie et les pratiques de soins	8
I.4 Le normal et le pathologique	10
Partie méthodologique	12
II.1 Contexte	12
II.2 Rappel de la question de départ	12
II.3 Problématique	12
II.4 Hypothèses de travail	13
II.5 Entretiens semi directifs	13
Analyse	15
III.1 Présentation des résultats concernant les entretiens avec les professionnels	15
III.2 Analyse et vérification des hypothèses	20
Discussion	25
Conclusion	28
Bibliographie	29
Annexes	32
Annexe 1 : Grille de questionnaire	32
Annexe 2 : Entretien avec P1	34
Annexe 3 : Entretien avec I1	40
Annexe 4 : Entretien avec P2	47
Annexe 5 : Entretien avec I2	51
Annexe 6 : Entretien avec I3	56
Annexe 7 : Entretien avec P3	59
Annexe 8 : Lettre d'information	66
Annexe 9 : Consentement d'entretien	67

Résumé

En tant qu'infirmier, nous travaillons au sein d'un centre hospitalier **psychiatrique** à Pau, les prises en soins de patients migrants sont grandissantes. L'objectif de cette recherche est de connaître la manière dont les professionnels prennent en charge les patients **allophones** et qui ont des **représentations culturelles de la maladie** différente. Nous chercherons à comprendre s'il y a des difficultés de prise en charge de cette population par rapport à la population générale et de les identifier. L'intérêt de ce travail est de rechercher les spécificités d'une prise en charge hospitalière d'un patient migrant.

Ce travail va s'articuler autour de trois parties. Une partie théorique comprenant l'utilisation de la **langue maternelle** à travers un **interprète**, les représentations culturelles de la maladie en prenant en compte la dimension religieuse ainsi que les croyances traditionnelles pour terminer ensuite par aborder la dimension du « **normal** » et du « **pathologique** ».

Une seconde partie sera dédiée à la méthodologie, nous aurons pour cela effectué des entretiens de type semi-directifs auprès des professionnels soignants.

Une troisième partie sera dédiée à l'analyse de ces entretiens que nous analyserons en lien avec notre recherche théorique. S'en suivra une discussion sur les thèmes que nous n'aurons pas traité dans ce travail de recherche.

Mots clefs : Psychiatrique / Allophones / Représentations culturelles / Maladie / Langue maternelle / Interprète / Normal / Pathologique.

Abstract

As a nurse, we work within a psychiatric hospital center in Pau, and the care of migrant patients is growing. The objective of this research is to understand how professionals take care of allophone patients with different cultural representations of illness. We will seek to understand if there are any difficulties in providing care for this population compared to the general population and to identify them. The purpose of this work is to investigate the specificities of hospital care for migrant patients.

This work will be structured around three parts. A theoretical part will include the use of the mother tongue through an interpreter, cultural representations of illness taking into account the religious dimension as well as traditional beliefs, and finally addressing the dimension of "normal" and "pathological."

A second part will be dedicated to the methodology, for which we will have conducted semi-structured interviews with healthcare professionals.

A third part will be dedicated to the analysis of these interviews, which we will analyze in connection with our theoretical research. This will be followed by a discussion of the themes that we have not addressed in this research work.

Keywords : Psychiatric / Allophone or non-native speakers / Cultural representations / Illness or disease / Interpreter / Mother tongue / Normal / Pathological.

Introduction

Ce travail de mémoire a pour objectif d'étudier comment améliorer la prise en charge des patients migrants dans le parcours de soins hospitaliers psychiatriques. En tant qu'infirmier, nous travaillons dans une unité d'hospitalisation de courts séjours où il nous est arrivé de recevoir des patients migrants. On peut se poser la question de savoir ce qui pourrait faciliter leur hospitalisation pour qu'elle soit la plus bénéfique possible. Nous chercherons donc à savoir comment faciliter leur prise en charge en prenant en compte leur dimension culturelle et en favorisant la communication par le biais de leur langue maternelle.

Ce travail de recherche interrogera différents aspects que nécessiterait l'accompagnement d'un migrant, à savoir : La dimension culturelle, la langue, la religion et leur importance dans les représentations de la maladie mentale. Nous recherchons à travers ce travail ce qui peut favoriser une prise en charge dans sa globalité d'un patient migrant et quelles seraient les spécificités de la prise en charge d'un patient migrant dans le système de soins psychiatriques. Ce mémoire va donc s'articuler autour de quatre parties.

Une première sera théorique où nous expliquerons ce qu'est la langue maternelle et l'importance du rôle de l'interprète qui en découle. Nous aborderons ensuite les dimensions culturelles de la maladie et plus précisément de la maladie mentale. Et nous terminerons cette première partie en tentant d'expliquer les notions de « normale » et « pathologique ».

La seconde partie sera consacrée à la méthodologie de cette recherche basée sur la réalisation de six entretiens semi directifs. Ces derniers ont été effectués auprès du personnel soignant médical et paramédical.

Nous analyserons ces données dans un troisième chapitre et les mettrons en lien avec les données théoriques afin de répondre à notre problématique et valider ou non nos hypothèses.

Dans une quatrième partie, une fois que nous aurons analysé les données théoriques et celles recueillies dans les entretiens semi directifs, nous pourrons entamer une discussion pour établir ou non d'autres hypothèses de travail. Viendra alors le temps de la conclusion de ce travail de recherche.

Cadre théorique

I.1 États de la migration en France en 2023

Selon les chiffres du communiqué de presse du ministère de l'intérieur et de l'outre-mer, la délivrance des visas est en très forte hausse par rapport à l'année précédente et elle s'explique du fait de la crise du COVID. Une hausse de 137,7% avec un total de 1 738 151 visas délivrés. Les visas de longs séjours augmentent pour la seconde année consécutive (l'Intérieur, s. d. 2022).

Augmentation également de la délivrance des titres de séjours avec 320 330 titres délivrés en 2022. On retrouve la dynamique montante des années précédant la crise du COVID.

On peut noter par rapport au sujet que nous traitons dans ce mémoire le recul des titres délivrés pour étrangers malades. On peut expliquer celui-ci par le transfert de cette délivrance en 2017 du ministère de la santé au ministère de l'intérieur par l'intermédiaire de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). « De nombreuses associations, dont la Cimade et Médecins du Monde avaient alors fait part de leur crainte de voir primer des enjeux de contrôle de l'immigration sur des considérations sanitaires » (Martin, 2018 page 60).

En ce qui concerne les demandes d'asile, elles ont également augmenté. En 2022, 137 046 premières demandes ont été enregistrées en guichet unique de demande d'asile.

L'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (L'OFPRA) enregistre 130 933 demandes d'asile et la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) a reçu 61 552 recours, l'activité de ces deux organismes dépasse le niveau atteint avant la crise du COVID.

La santé mentale des immigrés est un sujet de préoccupation important. Le parcours migratoire et les conditions d'installation et d'intégration augmentent la vulnérabilité au développement de troubles psychiatriques. Une étude parisienne « a constaté que les immigrés, constituant 25% des patients, sont plus présents dans des services d'hospitalisation qu'en ambulatoire ou que dans des services de consultations spécialisés, et plus souvent hospitalisés sous une mesure de contrainte. » (Virginie Halley des Fontaines, Dominique Kerouedan, 2020).

On peut donc parler d'une augmentation des hospitalisations des personnes migrantes en psychiatrie ces dernières années. Augmentation que nous avons pu constater au sein de mon service d'entrant adulte au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau (*Centre Hospitalier des Pyrénées*, s. d. 2023).

Par rapport à ce nombre croissant d'hospitalisation de ces patients migrants intervient la problématique de compréhension due à la barrière de la langue parfois avec des parcours migratoires complexes et des cultures différentes. Dans ce contexte, quelle incidence peut avoir la langue maternelle et comment peut-on la prendre en compte ?

I.2 Place de la langue maternelle

I.2-1 Place de la langue maternelle dans le soin

Nous commencerons ici par définir la langue. C'est « un système de signes vocaux, éventuellement graphiques, propres à une communauté d'individus, qui l'utilisent pour communiquer et s'exprimer entre eux » (*Dictionnaire de français Larousse*, s. d.).

La langue est un code pour se mettre en relation avec ses semblables. Elle est donc un outil de communication parmi d'autres. Il y a également les communications non verbales et le ton de la voix.

Pour la langue maternelle, les définitions sont nombreuses. D'un point de vue linguistique, il n'y a pas de différence entre langue natale et langue maternelle, d'un point de vue psychanalytique, on parle de langue première.

Selon Sara Greaves, « nous sommes tous plurilingues à l'intérieur d'une même langue, sans nécessairement le savoir » (De Mattia-Viviès, 2018 Pages 9). La langue maternelle est une entité plurielle qui correspond à l'évolution de l'enfant. Nous passons de « la langue », langue privée entre la mère et l'enfant à la langue intérieure, langue articulée, sociolectale, idiolectale et affective, la langue de l'entourage immédiat de l'enfant, la langue des siens. Puis vient la langue de l'extérieur dont la langue de l'école, en décalage sociologique, idiolectal plus ou moins grand avec la langue de l'intérieur.(De Mattia-Viviès, 2018 Pages 9).

« Cette langue maternelle constitue volontiers ce que Freud appelait un Heim. On peut traduire Heim de plusieurs façons, notamment le foyer ou bien ce qui est familier, mais nous pouvons sans doute dire que c'est surtout l'endroit où le sujet se sent chez soi. Quand on est chez soi, on peut dire, on peut affirmer, on peut décider » (Guerrero, 2020). Pour les personnes migrantes, on peut concevoir ce que disait Freud comme une double difficulté, ces personnes qui ne sont plus chez elle et qui arrivent dans un pays inconnu se trouvent d'autant plus perdues au niveau de la langue parlée qui n'est plus la leur. Ils n'ont plus ce ressenti du chez soi à travers la langue maternelle, ils ne sont plus dans l'affirmation et la décision, ils doivent se plier à la décision du pays accueillant.

La langue maternelle permet d'exprimer des émotions, selon Anne Marie Houdebine, « c'est la langue implicite, secrète, intime, la langue des affects et du plaisir » (Le Monde, 2006).

La langue maternelle est un marqueur d'appartenance aux groupes et des transmissions culturelles.

Un patient migrant pourra parfois difficilement exprimer des choses ayant trait à sa culture en français et le fait de parler dans sa langue maternelle permettra de faire sens par rapport à ce qu'il veut exprimer.

« Dans les situations multilingues, le recours à la langue maternelle du patient, même s'il se débrouille dans une autre langue, va servir de support de l'élaboration psychique. La langue en ce sens est un levier thérapeutique (Moro, 1998 ; Devereux 1972) et contribue aux sentiments de sécurité et de familiarité »(Tarazi-Sahab et al., 2016).

En psychiatrie, il est important de comprendre et de se faire comprendre. Les professionnels soignants ont pour but dans le soin d'aller repérer des signes, une symptomatologie chez les patients d'une part à travers l'observation et d'autre part dans le discours du patient. Les incompréhensions de langage et les incompréhensions dues aux différences culturelles peuvent ainsi engendrer de mauvaises interprétations et orienter vers un diagnostic parfois erroné.

Certes on peut faire passer des messages via la communication non verbale et exprimer des sentiments en fonction de son attitude et du ton de sa voix, mais la langue maternelle reste un élément important pour pouvoir se faire comprendre et exprimer plus concrètement ses émotions. Lorsqu'on arrive dans un pays étranger, que cela soit voulu ou non, il est toujours plus facile et sécurisant de pouvoir s'exprimer dans sa langue natale. « Claude Lévi Strauss considère qu'on ne pense pas la même chose selon que l'on dise « cheese » ou « fromage ». Chaque langue impose ses codes et ses relations aux objets du monde. Ceci pose parfois de considérables problèmes de traduction » (Lkhadir & Mestre, 2013).

Pour reprendre ce que disait Tobie Nathan :

« Toutes les préciosités verbales parlant « d'empathie », de compréhension intuitive ou « infra-verbale » ne peuvent rien changer à la donnée d'évidence : lorsqu'on ne parle pas la même langue, l'incompréhension est totale, d'autant plus lorsqu'il s'agit de relation clinique [...]. Mais lorsqu'il s'agit d'exprimer des pensées sur soi, sur les autres et le monde, la différence de langue devient insurmontable. En clinique, l'obstacle de la compréhension, c'est justement l'impression qu'on comprend et lorsque, de plus, on est censé être un spécialiste de l'empathie, il, est rare que l'on admette ne pas comprendre » (Nathan & Stengers, 2015 pages 82).

Le rôle de l'interprète en devient essentiel.

1.2-2 Rôle de l'interprète

Lors d'une hospitalisation d'un patient, une des choses primordiales est d'acquiescer le consentement éclairé aux soins de celui-ci, cela facilite sa prise en charge. Il faut également pouvoir lui expliquer le rôle de la thérapeutique employée et les soins qui vont lui être prodigués. En psychiatrie, il y a des hospitalisations qui se font sans le consentement du patient car celui-ci n'a pas la capacité de voir la nécessité de cette hospitalisation. Pour un patient migrant, la question se pose sur la compréhension de ce qui lui est dit lorsqu'on lui propose des soins et sur la difficulté de savoir s'il est consentant aux stratégies thérapeutiques.

Par rapport aux problèmes de communication en lien avec des patients allophones, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise et considère « que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. Elle reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le

recours à un interprète professionnel n'est pas possible » (Haute Autorité de Santé, 2017).

L'interprète devient essentiel vis-à-vis du droit du patient qui est censé comprendre les raisons de son hospitalisation et le but de celle-ci.

En psychiatrie, le soin se fait beaucoup sur la communication qu'elle soit verbale ou non verbale et également sur l'observation des actes de la vie quotidienne en institution que fait le soignant sur le patient. Lorsque qu'il y a des patients allophones, l'utilité d'un interprète a plusieurs axes.

Dans les soins en psychiatrie, l'interprète a pour fonction lors des entretiens avec des professionnels soignants, qu'ils soient psychiatre ou infirmier, un rôle de traducteur, il effectue une traduction mot à mot de ce que veut exprimer le soignant envers le patient puis il effectue la traduction mot à mot de ce que dit et ressent le patient. Pour certains professionnels, la restitution du sens est importante, comme le disait « Arthur Kleinmann (1980), L'interprète peut contribuer à rendre accessible les causes de la maladie, la date et les circonstances du début de la maladie, les processus pathologiques dans le corps, l'évolution de la maladie et le traitement de celle-ci. » (Métraux, 2002, pages 115-135).

Il peut également être un soutien et une forme d'hospitalité. En effet le fait qu'il y ait une personne qui parle la langue du pays d'origine du patient fait en sorte qu'on le prenne en compte de façon globale et bienveillante. Cela n'empêche pas le patient de s'exprimer dans la langue de son pays d'accueil. Mais s'il exprime des difficultés il pourra ainsi passer par sa langue maternelle et, avec l'aide de l'interprète, exprimer son ressenti et ses émotions,

L'interprète peut également servir de médiateur culturel. Il a effectivement des connaissances sur les données socioculturelles du pays d'où est originaire le patient et il peut également avoir des connaissances sur le parcours migratoire emprunté par le patient.

L'interprète a un rôle de traduction et d'interprétation des mots utilisés par le patient.

Un très bon exemple se trouve dans un article co-écrit par Claire Mestre et Aïcha Lkhadir de 2013 :

« Il convient d'employer autant que possible les mots et les phrases utilisés par les patients, mais sans leur ôter l'habit socioculturel dans lequel ils s'insèrent. Prenons l'exemple de cette patiente d'origine marocaine qui dira en arabe « tantih, taychdouni'adami ou fia laryah » dont la traduction littérale est « je tombe », « mes os me retiennent », ou « j'ai des airs en moi ». Ces propos resteraient incompréhensibles si on les détachait du système socioculturel marocain. En fait, ces trois expressions désignent la même chose, la possession par les djinns. Elles indiquent de manière précise la représentation que le patient se fait de sa souffrance et de sa maladie » (Lkhadir & Mestre, 2013).

En psychiatrie, ces données sont d'autant plus importantes car le discours des patients est parfois délirant et il est essentiel de faire la part des choses entre des propos délirants et un discours culturel. En effet, même pour des personnes d'une même culture et qui partagent la même langue la subtilité clinique peut-être difficile à déceler et prend parfois du temps.

Il semble donc important, pour l'interprétariat en psychiatrie, de favoriser les échanges entre le professionnel et l'interprète avant et après l'entretien avec le patient. On ne

peut, en effet, négliger les résonances émotionnelles du discours du patient envers l'interprète.

Nous venons de voir que l'interprétariat était un élément essentiel dans l'accompagnement du patient migrant pour ainsi pouvoir comprendre ces logiques culturelles et les représentations qu'il se fait de la maladie.

I.3 Représentations culturelles de la maladie

I.3-1 La maladie et la santé

« Il ne semble exister aucune définition unique et générale de la maladie ou de la santé. Les définitions ne cessent d'évoluer en fonction des cultures, des époques, des savoirs » (Giroux, 2018). Partant de ce postulat, nous prendrons donc les définitions de L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Selon l'OMS, la maladie est une « altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution » (OMS, s. d.).

Cette définition de la maladie se base sur des notions essentiellement médicales et utilise la notion de santé. En effet, la santé et la maladie paraissent être deux notions indissociables l'une de l'autre.

Quant à la santé, elle est un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, s. d.). Cette définition de la santé prend de manière globale l'être humain, elle met l'accent sur le bien-être de l'individu et pas seulement sur la dimension médicale. Ce bien être est dépendant de la société dans laquelle on vit. Cette définition prend également en compte l'environnement économique et culturel.

Si l'on regarde cela, selon certaines expressions africaines, l'état de santé peut avoir diverses significations :

« *Le ventre est plein, les poumons auront sommeil* » ou bien encore « *qui a un tibia ne manque pas de sorgho* » (Pabingui-Gondjé, 2019)

Ici, l'alimentation est importante dans la santé d'un individu. Lorsqu'au niveau physique tout va et que l'on peut se nourrir comme il le faut cela traduit une bonne santé. Ces expressions ont sens dans leur pays d'origine. Lorsque les migrants arrivent dans le pays d'accueil, d'autres préoccupations entrent en jeu pour arriver à un complet bien être mental et physique. En effet, lorsqu'ils arrivent sur le territoire d'accueil, se pose la question du logement et des papiers administratifs. Ils doivent parfois, voire souvent, dormir dans la rue et l'absence de reconnaissance administrative est une source d'angoisse ce qui va à l'encontre de la définition d'une bonne santé.

Arthur Kleinmann apporte une définition anglosaxonne de la maladie et prend en compte trois dimensions linguistiques représentées par trois mots distincts (Kleinman, 1989). En français, il n'y a qu'un seul mot, c'est la maladie. En anglais nous allons voir trois définitions différentes de la maladie.

Le mot « *disease* » qui exprime la dimension biomédicale, le dysfonctionnement d'un processus biologique et/ou psychologique, dimension qui sera relatée par les professionnels du soin.

Le mot « *illness* » qui se réfère au ressenti du malade, l'expérience psychosociale de sa maladie et à sa signification.

Le mot « *sickness* » qui se réfère à la réalité sociale de la maladie et notamment son entourage.

« Les modèles explicatifs de Kleinmann cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes déjà cités auparavant : l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble et le traitement » (Baubet & Moro, 2013 page 14).

François Laplantine dans l'anthropologie de la maladie a contribué à établir plusieurs modèles autour de la maladie et de la guérison. Les modèles ontologique et exogène sont le système de représentation le plus universellement partagé. La maladie résulte d'un élément étranger et hostile introduit dans le corps ou l'esprit du malade. Le traitement vise à contrecarrer cette intrusion avec une opposition venant de l'extérieur. Dans cette optique, il faut faire la guerre à la maladie. L'autre système s'articule autour du modèle fonctionnel et du modèle endogène. La maladie n'est plus perçue comme étrangère au corps ou à l'esprit du malade et le traitement sera régulateur des potentialités du patient (Laplantine, 1992).

La maladie mentale a toujours eu une place particulière dans nos représentations, le terme « psychiatrie » ayant fait son apparition au 19^{ème} siècle (Alouani, 2019 page 1). Qu'en est-il exactement ?

I.3-2 Représentations de la maladie mentale

Selon L'OMS, « Un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants »(OMS, s. d.). Il peut entraîner des difficultés au travail et des difficultés dans les relations sociales.

On parle souvent de rupture avec l'état antérieur du patient car toute maladie, peut se déclencher à tout âge de la vie.

Les maladies mentales sont causées par l'interaction entre des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux et environnementaux dont le travail qui mènent à des perturbations dans le cerveau. On peut s'appuyer en lien avec cela sur le modèle biopsychosocial qui est un élargissement du modèle biomédical (Berquin, 2010).

La représentation de la maladie mentale est souvent, voire toujours en rapport avec la société dans laquelle on vit. En rapport aux normes sociales, en rapport à l'environnement familial et culturel. La représentation de la maladie mentale peut être différemment acceptée en fonction des sociétés et des cultures.

Le très récent exemple du COVID19 a montré une augmentation des consultations en psychiatrie et de demandes de soins psychologiques pendant la période post covid. Cela est certainement dû aux multiples confinements obligatoires pour enrayer l'infection, ce qui a entraîné une perturbation et un changement de liens sociaux (Covid-19, 2021).

Selon Laplantine, « si les troubles mentaux surviennent dans l'histoire individuelle du malade, ils demandent pour être compris de manière non univoque, à être situés dans

le contexte des transformations sociales et culturelles dans lequel évolue ce dernier » (Bastide, 2003 page 14).

Dans les pays occidentaux, la maladie mentale est souvent stigmatisée et discriminée par le domaine social soit par crainte de la dangerosité et de la violence souvent mises en cause dans les médias. Selon une étude de 2015, « La presse utilise le terme schizophrénie avec une fréquence non rare, mais dans la majorité des cas avec une présentation négative et fautive (métaphorique ou associée à la violence), sans discours qui en prenne le contre-pied » (Hodé et al., 2015).

Une pathologie psychiatrique telle que la dépression, qui est une maladie « invisible » si on ne sait pas de quoi souffre le patient, peut être difficile à vivre dans nos sociétés. Le fait de ne pas pouvoir aller au travail alors que physiquement tout va pour le mieux est encore difficile à accepter dans nos sociétés contemporaines.

Ces considérations transposées dans des pays non occidentaux peuvent nous faire penser que, dans ces sociétés, les dépressions ne sont pas courantes. Car si tout va bien physiquement, les individus se doivent d'aller travailler pour pouvoir se nourrir eux et leur famille.

Se pose alors la question par rapport à la dépression : Est-ce que le trouble dépressif est universel ? Une question que s'est posée Catherine Lutz. Selon elle, le concept de dépression serait une catégorie culturelle spécifiquement occidentale (Lutz et al., 2004).

Dans les pays non occidentaux, les sociétés sont souvent bâties, en ce qui concerne la maladie mentale, sur des principes de sorcellerie et dans les pays à tendance musulmane sur les principes de djinns. Il est alors difficile de prendre en compte la maladie mentale comme nous le faisons dans nos pays industrialisés qui ont vu apparaître une nosologie des troubles psychiatriques tels le DSM V aux Etats-Unis et tels la CIM 11 dans les pays européens (Josse, 2013).

I.3-3 Rôle de la religion dans les représentations de la maladie et les pratiques de soins

L'hôpital, qu'il soit psychiatrique ou en soins généraux, est un lieu public et laïque. Le personnel de santé se doit donc de garder une neutralité religieuse dans sa tenue vestimentaire, dans ses actes et ses paroles. Le patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion. Selon l'article 10 de la déclaration des droits de l'homme : « Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi » (*Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789*, s. d.).

En anthropologie, il existe plusieurs définitions de la religion. « Héritant de conceptions philosophiques, sociologiques ou psychologiques (ou s'inspirant d'elles), les anthropologues ont néanmoins généralement adopté l'idée que la religion relevait d'une « tendance » profonde de l'homme et avait une utilité (ou « fonction ») sur le plan psychologique (de réassurance, de projection) ou sur le plan social (expression du social, régulation des conduites collectives) » (Obadia, 2012).

Cette définition est intéressante sur le principe de réassurance. En effet, lorsque certains patients ne vont pas bien sur le plan moral et qu'ils peuvent avoir des idées suicidaires, la religion peut leur octroyer une forme de réassurance et d'espoir pour le futur.

« Dans la Civilisation primitive [Primitive Culture, 1871, 1876-1878 pour la version française], Edward Tylor pose comme critère principal de sa définition de la religion l'existence d'entités personnalisées que sont les « esprits » et, partant, d'une forme plus sophistiquée qu'est le divin » (Obadia, 2012).

« La religion peut alors se définir, avec Marcel Mauss (cf. supra) et ses continuateurs, comme un « ensemble de croyances et de rites, de discours et d'actes » (Obadia, 2012).

En anthropologie, on parle de religieux, ce qui englobe la religion, les mythes et les croyances.

Une fois ces définitions établies, nous allons pouvoir aborder les phénomènes religieux dans la pratique psychiatrique.

A travers la psychiatrie, on peut se rendre compte de l'impact, qu'il soit bon ou mauvais, de la religion et des croyances sur la prise en charge et sur le patient.

Nous pouvons prendre l'exemple de personnes souffrant de dépression et ayant des idées suicidaires, chez qui la religion peut être un facteur protecteur puissant. En effet certaines religions comme l'islam interdisent le suicide. Dans cet exemple, la vie est considérée comme un don de dieu.

Récemment, ce qui a été mis en évidence « était le degré de croyance à telle ou telle religion bien plus que la religion elle-même qui tendrait à avoir un impact protecteur sur les conduites suicidaires » (Courtet, 2010 Page 225).

On peut également citer le Coran en ce qui concerne les maladies. On dit chez les musulmans que « Dieu n'a pas descendu de maladie sur terre sans y descendre un remède ». L'homme doit s'activer pour trouver le remède.

Dans certaines pathologies psychiatriques, les symptômes délirants peuvent être tournés vers les croyances et la religion.

« Si le psychiatre définit le délire comme la « croyance irréductible et inébranlable à une conception fautive de la réalité » (H. Ey), l'ethnopsychiatre à partir de ses propres observations cliniques, aura tendance à définir le délire comme une croyance, plus vraie, plus subjective que la croyance commune. Par conséquent, la question de distinguer entre délire et croyance se révèle encore plus épineuse avec des patients provenant de cultures différentes car, dans ce cas, nous n'avons pas une intuition suffisamment fine de ce qu'est une croyance mesurée, « bien tempérée ». » (Nathan, 2013 page 87).

En Afrique du Nord et Subsaharienne, la sorcellerie est très présente. « Dans la quasi-totalité des pays du continent Africain, le comportement de la population à l'égard de la maladie mentale est encore fortement empreint de croyances traditionnelles en des causes et des remèdes surnaturels. Les malades sont souvent considérés comme « possédés » par l'esprit des ancêtres ou agressés par la sorcellerie. [...]Ce sont les guérisseurs et les dirigeants religieux qui sont ainsi amenés à traiter les maladies mentales en raison de l'influence de la tradition et du manque d'infrastructures adéquates » (Kastler, 2011 pages 169-177).

La possession par les djinns est très présente en Afrique. Selon une étude en Tunisie, parmi les étiologies citées de la schizophrénie, les causes religieuses ont été retrouvées dans 76,9% des cas, elles citent d'abord la volonté ou le destin de Dieu et ensuite le châtement de Dieu. Des explications magiques comme la sorcellerie et la

possession par des « djinns » ont été retrouvées dans 47,3 % des cas (Bouhlef et al., 2013 page 169).

Lorsque les patients sont considérés comme agressés par la sorcellerie, on peut en déduire les idées de persécutions qui peuvent être très fortes. En effet, « selon Diop et coll, (1964) : « la persécution colore toute la psychiatrie africaine. Vécue sur un mode délirant, interprétatif, ou culturel, elle est explication à tout ce qui trouble l'ordre, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique, mental ou spirituel » » (Baubet & Moro, 2003 Page 72).

A partir de ces représentations, comment pouvons-nous distinguer le normal et le pathologique.

I.4 Le normal et le pathologique

Selon Canguilhem, la normalité et la pathologie ne sont pas des catégories objectives et universelles, mais des constructions sociales et historiques qui varient selon les époques et les cultures (Canguilhem, 2013).

La normalité ne peut être définie que par rapport à une norme, c'est-à-dire une règle ou une mesure qui sert de référence. Cette norme peut être naturelle (par exemple, la température corporelle moyenne) ou conventionnelle (par exemple, la taille des vêtements). La normalité consiste alors à se conformer à cette norme, tandis que la pathologie désigne une déviation par rapport à cette norme. Cependant, Canguilhem souligne que la norme n'est pas une donnée objective, mais une construction sociale qui reflète les valeurs et les normes d'une société à un moment donné. « Si les normes sociales pouvaient être aperçues aussi clairement que des normes organiques, les hommes seraient fous de ne pas s'y conformer. Comme les hommes ne sont pas fous, et comme il n'existe pas de Sages, c'est que les normes sociales sont à inventer et non pas à observer » (Canguilhem, 2013 pages 249-250).

Ainsi, ce qui est considéré comme normal dans une société peut être perçu comme pathologique dans une autre. Par exemple, l'homosexualité était considérée comme une pathologie mentale dans de nombreuses sociétés occidentales jusqu'à une époque récente.

Selon Devereux « le couple conceptuel de base de la psychiatrie est le normal et l'anormal ; son problème focal est de déterminer l'emplacement -le locus- de la frontière qui les départage. » (Devereux et al., 1983 page 1).

Si l'on rapporte ces deux concepts à la population migrante on peut se rendre compte de la complexité d'aborder certains sujets.

L'ethnopsychiatrie qui est une « science autonome qui s'efforcera de confronter et de coordonner le concept de « culture » avec le couple conceptuel de « normalité-anormalité » » (Devereux et al., 1983 page 2) permet cette approche.

Canguilhem critique également l'idée selon laquelle la pathologie est simplement une absence ou une défaillance de la normalité. Selon lui, la pathologie peut avoir ses propres logique et cohérence, qui ne peuvent être réduites à une simple aberration de la norme. Par exemple, en occident, la schizophrénie est considérée comme une pathologie, mais elle peut également être comprise comme une tentative de résoudre un conflit psychique complexe.

La normalité et la pathologie sont des notions complexes et historiquement situées, qui ne peuvent être comprises qu'en tenant compte des normes et des valeurs d'une société à un moment donné. La pathologie ne peut être réduite à une simple absence de normalité, mais peut avoir sa propre logique et sa propre signification. En effet comme dit Laplantine en prenant en compte ce qui se passe dans la société Baoulé en côte d'ivoire. « La société Baoulé de Côte d'ivoire a-t-elle ses propres spécialistes (les devins et les « clairvoyants ») qui posent des critères (qui ne sont certes pas les nôtres) du normal et du pathologique » (Laplantine, 1992 pages 37). Par rapport à cela, il prend ensuite un autre exemple, celui de la sorcellerie en Europe. « nous sommes successivement passés d'une théorie théologico-religieuse à une explication médico-biologique, et de cette dernière à une explication psychologique et psychiatrique » (Laplantine, 1992 pages 37).

En effet en psychiatrie, lorsque nous avons à prendre en charge des patients migrants, on peut se heurter au fait que dans leurs sociétés, le normal et le pathologique se basent sur des concepts de sorcellerie et également des concepts ayant attiré à la religion lorsqu'on parle de Djinns. De nos jours, dans les pays occidentaux, on ne se réfère plus à la sorcellerie et on se base sur des principes psychologiques et psychiatriques avec des diagnostics posés selon le DSM et la CIM. Dans ces conditions, il est parfois difficile de soigner et de faire accepter la maladie selon nos termes aux patients migrants.

Ceux-ci viennent consulter en rapport à « une pathologie qui est une rupture dans la vie d'un individu, rupture dont il a parfois du mal à s'en remettre » (Bénony, 2012 pages 15-18), c'est une rupture par rapport à son état antérieur qui entraîne une grande souffrance.

Les patients migrants doivent quand ils arrivent dans leur pays d'accueil s'adapter à des normes sociales et culturelles. Sachant que le critère d'adaptation ne correspond en rien à un critère de normalité.

« En refusant d'admettre qu'il existe des sociétés ou des fragments de société tellement malades qu'il faut être soi-même bien malade pour s'y adapter, la théorie de l'adaptation a fait la preuve de son insuffisance » (Jaccard, 2010).

En psychiatrie, le corps soignant peut être rapidement confronté à la question de ce qui est bien et de ce qui ne l'est pas par rapport aux comportements des patients. « N'oublions pas que la désignation de ce qui est bien et de ce qui ne l'est pas est une question morale et non pas psychopathologique qui, elle, implique l'acceptation de l'autre, de ses modes d'être, de ses différences et de ses étrangetés » (Bénony, 2012 pages 15-18). La clinique et l'approche du soin, ce n'est pas de savoir ce qui est bien ou non.

L'universalité du normal et du pathologique n'existe pas. La population migrante ainsi que le pays d'accueil ou de transit vont se retrouver confrontés à l'étrangeté de l'autre. Il est donc important de rester bienveillant et ouvert pour comprendre au mieux ce que traverse la personne que l'on soigne et que l'approche ethnopsychiatrique, transculturelle peut apporter certaines clefs aux soignants. Tout est question d'altérité.

Partie méthodologique

II.1 Contexte

En tant qu'infirmier en psychiatrie au sein d'une unité d'hospitalisation de courts séjours dans le centre hospitalier des Pyrénées à Pau, nous pouvons accueillir la population paloise et très souvent la population migrante. Nous constatons que celle-ci génère des difficultés de prise en charge.

En effet, nous avons eu le cas d'un patient migrant qui parlait un peu le français tout en ayant quand même du mal à s'exprimer.

Ce patient nous a exprimé un jour avoir « mal au cœur ». Au vu des propos, s'en suivait une batterie d'exams cardiologiques et généraux. Il a fallu du temps pour que les soignants comprennent que la personne ne souffrait pas du cœur, d'un point de vue somatique, mais qu'elle exprimait une profonde tristesse.

Nous avons eu également un patient d'origine ivoirienne qui a été longuement hospitalisé. Il ne parlait pas trop mal le français mais ne s'est jamais senti réellement malade au niveau psychique. Il ne comprenait pas la pathologie et ce que cela a entraîné sur sa durée d'hospitalisation. Cela lui arrivait cependant de parler de sorcellerie, il disait avoir été ensorcelé par son oncle resté en Côte d'Ivoire.

Dernièrement, nous avons eu également le cas d'un patient qui ne parlait pas le français mais qui semblait le comprendre. Sa prise en charge a été compliquée car on ne savait pas vraiment à quoi il pensait et ce qu'il comprenait réellement. Sans rentrer dans les détails, cela a mis le service « en danger » et a conduit le patient vers un mode d'hospitalisation sous contrainte.

Partant de ces différentes observations, nous pouvons relever plusieurs niveaux de difficultés que peuvent traverser les patients. Des difficultés au niveau linguistique : le fait qu'ils ne parlent pas bien le français ou qu'ils ne le parlent pas du tout. Également des difficultés d'insertion dans la société française étant donné leur situation irrégulière sur le territoire français ainsi que leur statut de personne malade. Nous pouvons également nous poser la question du rôle des croyances culturelles dans la représentation que se fait la personne de sa pathologie.

II.2 Rappel de la question de départ

Au vu de ce contexte dans la pratique professionnelle infirmière courante, se pose la question :

Quelles spécificités d'accompagnement des patients migrants en psychiatrie ?

II.3 Problématique

Au sein des hôpitaux psychiatriques, les professionnels reçoivent de plus en plus de migrants parlant d'autres langues et ayant probablement d'autres représentations de la maladie. Compte tenu de ces spécificités linguistiques et culturelles, quelle prise en charge et quels accompagnements peuvent être proposés à ces patients ? Dans quelle mesure les soignants prennent en considération ces spécificités ?

Pour bien prendre en charge un patient migrant, il nous paraît important de comprendre ses ressentis, ses représentations socioculturelles de la maladie, de la souffrance et d'avoir accès à sa langue maternelle.

Avons-nous besoin de l'aide d'un interprète pour pouvoir prendre en charge de façon optimale un patient migrant ?

Doit-on prendre en compte les représentations « sorcellaires » pour pouvoir obtenir une alliance thérapeutique ?

Peut-on penser que le fait qu'un patient migrant soit pris en charge par un professionnel migrant soit bénéfique pour son accompagnement dans les soins ?

Que doit-on mettre en place pour qu'un patient migrant soit pris en charge de façon optimale ?

II.4 Hypothèses de travail

1 : La prise en charge d'un patient dans sa globalité nécessiterait la connaissance de son parcours, de son histoire de vie et de l'histoire de sa maladie.

2 : La prise en charge de façon optimale d'un patient migrant nécessiterait l'intervention d'un interprète afin que le patient puisse utiliser sa langue maternelle.

3 : L'accompagnement d'un patient migrant nécessiterait la connaissance des représentations culturelles de la maladie afin d'obtenir une alliance thérapeutique.

II.5 Entretiens semi directifs

Dans ce travail, nous avons souhaité utiliser le modèle d'entretiens semi directifs pour permettre d'avoir une étude qualitative et non quantitative. Nous avons posé des questions ouvertes afin de pouvoir récolter des informations en lien avec le sujet de mémoire.

Afin de pouvoir réaliser ces entretiens semi directifs auprès de professionnels soignants, nous avons demandé l'autorisation auprès de la direction du centre hospitalier des Pyrénées de Pau.

Nous avons tout d'abord réalisé deux entretiens tests afin de savoir si la grille de questionnaire était adaptée à notre recherche. À la suite de ces deux entretiens tests, nous avons pu réaliser que la grille ne mettait pas en avant le phénomène culturel et qu'elle se centrait sur la problématique de la langue. C'est ainsi que nous avons pu réaliser la seconde grille de questionnaire.

Nous avons réalisé les entretiens dans leurs lieux de travail par commodités organisationnels pour les intervenants.

L'objectif est de repérer les points positifs et les points négatifs d'une prise en charge d'un patient migrant au sein d'un hôpital psychiatrique et de mettre en avant le regard des professionnels. Six entretiens ont été réalisés auprès de trois infirmiers(ères) diplômés d'état (IDE) et trois médecins psychiatres.

En ce qui concerne les médecins psychiatres, nous avons essayé d'avoir un éventail assez varié de la pratique hospitalière et avons sélectionné pour cela, un psychiatre travaillant en secteur fermé, un psychiatre exerçant en secteur ouvert et enfin, un psychiatre travaillant dans un service de réhabilitation psycho-sociale.

Pour la profession infirmier, nous avons opté pour deux soignants travaillant en secteur ouvert et le troisième en unité fermée.

Nous avons réalisé ces entretiens auprès de trois femmes et de trois hommes pour nous permettre d'avoir connaissance des différences s'il y en a par rapport au sexe de l'intervenant.

Les entretiens ont été réalisés auprès de trois personnes avec une expérience professionnelle conséquente et trois autres avec une expérience professionnelle moins importante.

Dans le but de répondre à un des axes de la problématique, nous avons également fait le choix de réaliser deux entretiens avec des professionnels migrants. Est-ce que le fait d'être soit même migrant est un avantage pour la prise en charge de ces patients ?

Analyse

III.1 Présentation des résultats concernant les entretiens avec les professionnels

Afin de réaliser la présentation des résultats concernant les entretiens que nous avons effectués auprès des professionnels. Nous allons réaliser un tableau récapitulatif des éléments importants en lien avec notre travail de recherche.

Pour cela, nous allons dénommer les entretiens avec les psychiatres par la lettre P et les entretiens avec les infirmiers par la lettre I.

Thématiques	Intervenants
Généralités	
- Pays d'origine	P1 : Algérie I1 : Maroc P2 : Canada I2 : France I3 : France P3 : France
- Langues parlées	P1 : arabe et français I1 : arabe, français et une peu anglais et espagnol P2 : français et anglais I2 : français, anglais et un peu espagnol I3 : français, anglais et un peu espagnol P3 : français, allemand et anglais
- Rencontre avec des patients migrants	Tous les intervenants ont rencontré des patients migrants dans leurs pratiques professionnelles
- Pays d'où ils proviennent	P1 : Europe de l'Est, Afrique dont Nigéria, Guinée et Maghreb I1 : Pays subsahariens, Maghreb (Maroc, Tunisie et Algérie) P2 : Afghanistan, Côte d'Ivoire, Sénégal, guinée, Géorgie, Arménie, Albanie et Laos I2 : Guinée et Afghanistan I3 : Africain (Algérie, Maroc, mali, Sénégal) et Afghanistan P3 : Côte d'Ivoire, Sénégal, mali, Maghreb et Moyen Orient (Iran, Irak et Liban)

Différences d'accompagnement

- | | |
|---------------------------------|--|
| <p>- Les raisons</p> | <p>Tous les intervenants ont répondu qu'il y avait des différences de prise en charge du patient migrant.</p> <p>P1 : Barrière de la langue. Différences culturelles. État de stress post-traumatique
I1 : Culturel. Plus de respect, surtout quand je leur dis que je suis marocain. Parcours difficile. Traumatismes.
P2 : Pas les mêmes attentes, plaintes. Entretien avec interprètes. Tableaux cliniques différents.
I2 : Barrière de la langue. Relation par rapport à l'autre.
I3 : Différence culturelle. Barrière de la langue.
P3 : Barrière de la langue. « Barrière culturelle ». Parcours de migration.</p> |
| <p>- Les difficultés</p> | <p>P2 : Faire préciser les symptômes. Alliance thérapeutique.
I2 : : Relation homme/femme
P3 : Établir une relation de confiance, une alliance thérapeutique.</p> |

Langues maternelles

- P1 : C'est important oui, de les aider au début mais c'est important aussi qu'ils s'intègrent. Aide à tisser un lien.
I1 : Ils viendront plus vers toi qui parle leur langue que d'aller vers un autre soignant. Instauration de confiance.
P2 : Oui, c'est un élément important. Plus facile de faire préciser ce qui ne va pas.
I2 : Avec une prise en soins avec un traducteur, ils étaient libérés. Aborder ce qui es de l'ordre émotionnel.
I3 : C'est ce qui permet de communiquer.
P3 : Établir un minimum de confiance et de sentiment d'accordage ou de foyers. On l'aura vraiment entendu.

Interprétariat

- | | |
|---|---|
| <p>- Moments du recours à l'interprétariat</p> | <p>P1 : Au Centre Médico Psychologique.
I1 : Compréhension de la langue.
P2 : Compréhension de la langue.</p> |
|---|---|

	<p>I2 : Le plus tôt possible avec le psychiatre et en même temps, entretien infirmier.</p> <p>I3 : Pour les entretiens médicaux et les synthèses.</p> <p>P3 : Lorsqu'il y a barrière de la langue</p>
- Difficultés	<p>P1 : Pas de difficultés. Paiement des interprètes par l'hôpital.</p> <p>I1 : Un peu de difficultés logistiques.</p> <p>P2 : Pas de difficultés sauf pour certains dialectes.</p> <p>I2 : Pas difficultés, connaissance d'une liste d'interprètes sur l'hôpital et association à Pau.</p> <p>I3 : Difficile par la disponibilité des interprètes et des psychiatres. Logistiques.</p> <p>P3 : Complicé d'avoir des interprètes qualifiés. Collègue qui parle la langue ou service d'interprétariat à distance non satisfaisant.</p>
- Attentes	<p>P1 : Aller au fond des choses, comprendre le pourquoi du comment, la pathologie, le parcours enfin toute l'histoire du patient.</p> <p>I1 : Qu'ils disent les choses comme elles sont sans en rajouter. Être dans la réassurance avec le patient, essayer d'obtenir le consentement.</p> <p>P2 : Une traduction juste. Qu'il remette dans le contexte culturel et dans le contexte de vie.</p> <p>I3 : Retransmettre les sentiments et l'état du patient.</p> <p>P3 : Qu'il retransmette fidèlement l'intention des différents interlocuteurs. Traduire et contextualiser.</p>
- Raisons d'un non-recours aux interprètes	<p>P1 : Quand je comprends tout et que j'arrive à communiquer.</p> <p>I1 : Quand je peux intervenir, j'ai besoin de personne.</p> <p>P2 : Contraint et forcé, absence d'interprète financé.</p> <p>I3 : Pas de disponibilité.</p> <p>P3 : Soit la communication est satisfaisante, soit il n'y pas de disponibilité. Manque d'accessibilité.</p>

Cultures

- **Connaissance**

P1 : Certains oui. Au niveau des religions. Milieu de violence en Afghanistan. En Afrique, les croyances par rapport à la magie, des pays en guerre. Parcours migratoires difficiles de manière clandestine.
I1 : Sur les cultures africaines. Il faut y être né et avoir grandi dedans pour pouvoir comprendre le sorcier, la sorcellerie, le mauvais œil.
P2 : Très peu, parfois je regarde sur le site d'Amnesty pour voir les conditions au niveau guerre, tolérance religieuse et orientations sexuelles.
I2 : Non, pas assez. Je me renseigne pour savoir des choses, exemple avec le ramadan.
I3 : Pas du tout. Enfin, des choses par rapport à la religion oui.
P3 : C'est de la culture générale. Connaissance sur les parcours migratoires, sur les conditions de vie. Connaissance sur la religion, sur les croyances sur les sorcières ou les âmes. Au Moyen Orient, sur les djinns.
- **Impact sur l'accompagnement**

P1 : Je pense que oui. Connaître un minimum ses croyances, son parcours. Ça oriente dans le diagnostic, ça explique certains symptômes.
I1 : Ah oui, c'est sûr que oui, un contact différent. Un petit peu plus de respect. Respect de la barbe blanche en Afrique.
P2 : Non je ne pense pas. J'essaie que ça soit le moins possible. Plus compliqué de faire un diagnostic surtout quand présence de délires mystiques.
I2 : Oui, absolument. Difficulté pour l'établissement d'un lien.
I3 : Oui, pas simplement la langue mais dans les coutumes.
P3 : Oui clairement. Il y aurait moins de malentendus et de quiproquos. Si je connaissais mieux le contexte, je le ferais différemment.
- **Sorcellerie et djinn**

P1 : Oui, j'ai rencontré des patients qui m'en ont parlé. Se questionner avant de poser le diagnostic d'un délire. Peut-être que c'est une croyance, c'est ancré dans leur culture.

Quand il parle de Djinn, il n'est pas forcément délirant, cela peut être une dépression, un PTSD.

I1 : Après les djinns, c'est Iblis aussi le nom. Des fois des propos délirants, des fois non, ce sont des croyances culturelles.

Dans le fil de la discussion, tu sens que c'est un peu décalé et des fois non, c'est adapté.

P2 : Oui. Faire la part des choses entre un délire mystique et juste une interprétation d'un mal être.

I2 : Absolument une patiente. Elle était possédée par une vingtaine de djinns. Complication pour les soins et l'acceptation d'un traitement.

I3 : La première fois à ESA1 mais pas trop et la sorcellerie, pas trop non plus.

P3 : Beaucoup m'en ont parlé, à la fois en France et en Irak. Accueillir cela avec beaucoup d'ouverture. C'est rarement un élément clinique je trouve.

- **Dimension religieuse**

P1 : Je ne suis pas contre quand ce n'est pas délirant, quand ça les apaise, quand ça leur fait plaisir. Je n'aborde pas automatiquement la question.

I1 : Pour ceux qui sont demandeurs, oui.

P2 : Oui, quand ça ne me paraît pas incompatible avec la prise en charge médicale.

I2 : Oui, ça peut être important pour quelqu'un. Ça fait partie d'une personne et on prend les gens en soins entièrement.

I3 : oui, on essaie de respecter au maximum.

P3 : Oui, comme un patient français. Tout simplement quelqu'un qui est pratiquant et qui veut pouvoir prier de manière adaptée. Ne pas tout « pathologiser ».

III.2 Analyse et vérification des hypothèses

Pour vérifier ou non les hypothèses de départ, nous allons les reprendre une à une et les mettre en relation avec nos données théoriques et nos apports récupérés lors des entretiens.

Première hypothèse : La prise en charge d'un patient dans sa globalité nécessiterait la connaissance de son parcours, de son histoire de vie et de l'histoire de sa maladie.

Pour pouvoir prendre en charge une pathologie mentale, il est important de connaître l'histoire de vie, l'histoire de la maladie et le parcours d'un patient. Dans le cas des patients migrants, le parcours migratoire est une donnée importante. Et comme tout patient, il est important de connaître les habitudes de vie pour pouvoir le prendre en charge avec sa pathologie.

Arthur Kleinmann utilise un modèle explicatif de la maladie qui s'articule autour de cinq axes. L'étiologie de la maladie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution des troubles et le traitement (Baubet & Moro, 2013 page 14). La connaissance de l'histoire de la maladie et de la vie d'un patient peut donc nous être très utile dans la prise en charge.

Comme dit P1, il faut « comprendre le pourquoi du comment, la pathologie, le parcours enfin toute l'histoire du patient. » et elle dit également « il faut connaître un minimum de ses croyances, de son parcours. ». P2 parle de « remettre dans le contexte culturel et dans le contexte de vie de manière générale. ». P3 évoque le parcours migratoire compliqué et le fait de pouvoir contextualiser.

En effet le fait de contextualiser est une chose importante, nous avons pu voir qu'avec les interprètes, ceux-ci pouvaient jouer un rôle de médiateur culturel et nous apporter des données socioculturelles sur le pays d'origine du patient et des connaissances sur son parcours migratoire.

Nous avons pu voir que la maladie était une rupture de l'état antérieur du patient, une rupture dans la vie d'un individu dont il a parfois du mal à s'en remettre. On peut en déduire qu'il est important de connaître son histoire de vie pour essayer de repérer des changements de son état psychique, et connaître l'étiologie de ce changement. Nous pouvons vérifier également cette hypothèse par rapport à ce que dit Laplantine, « si les troubles mentaux surviennent dans l'histoire individuelle du malade, ils demandent pour être compris de manière non univoque, à être situés dans le contexte des transformations sociales et culturelles dans lequel évolue ce dernier » (Bastide, 2003 page 14).

Comme le souligne P3, il est important de pouvoir avoir accès à un interprète pour « avoir la langue maternelle pour faire une vraie anamnèse ». Cette hypothèse n'est cependant pas totalement vérifiée car les infirmiers auprès desquels j'ai effectué les entretiens ne soulignent pas l'importance de l'histoire de vie, de la maladie et du parcours migratoire.

Seconde hypothèse : La prise en charge de façon optimale d'un patient migrant nécessiterait l'intervention d'un interprète afin que le patient puisse utiliser sa langue maternelle.

En conclusion de mes six entretiens, tous m'ont parlé de la difficulté que représentait la barrière de la langue et de la nécessité d'avoir recours à l'interprétariat. Comme dit P1, « C'est important oui, de les aider au début mais c'est important aussi qu'ils s'intègrent ». En effet, il est important d'aider les patients migrants à pouvoir communiquer grâce à l'aide d'un interprète au début mais également de les aider à pouvoir se débrouiller seuls dans leur pays d'accueil avec la langue de celui-ci.

En effet comme cité auparavant, l'ARS recommande l'utilisation d'interprètes pour les patients allophones pour pouvoir entre autres obtenir le consentement d'un patient et pouvoir lui expliquer le but de l'hospitalisation. Comme dit I1, les attentes de l'interprète sont « Être dans la réassurance avec le patient, essayer d'obtenir le consentement ». Consentement qui rappelons-le n'est pas toujours facile à obtenir en psychiatrie, que le patient soit migrant ou non d'où certaines hospitalisations qui peuvent s'effectuer sans le consentement du patient.

Nous avons pu voir que l'interprète jouait un rôle de traducteur accompagné d'une restitution du sens. Il peut également jouer un rôle de soutien et une certaine forme d'hospitalité.

Comme dit I2, « dès qu'on a pu mettre en place une prise en soin avec un traducteur, ils étaient libérés [...] ils pouvaient lâcher ce qu'ils ressentaient, leur mal être, des choses qu'ils ne pouvaient pas faire avec nous ».

L'interprète joue également comme on a pu le constater un rôle de médiateur culturel avec ses connaissances sur les données socioculturelles du pays d'où le patient provient et également des connaissances sur le parcours migratoire du patient migrant. En effet, P2 attends d'un interprète qu'il fasse « une traduction juste de ce qu'ils disent et également « qu'il remette dans le contexte culturel et dans le contexte de vie. ». P2 attends aussi que l'interprète puisse faire la différence entre : « il a des hallucinations ou c'est sa manière de dire qu'il est angoissé ». Ceci est à mettre en lien avec nos données théoriques sur le fait qu'il est essentiel en psychiatrie de faire la part des choses entre un discours délirant et un discours culturel.

Par rapport au rôle de médiateur, P3 dit également que l'interprète « vient vraiment en appui, en traduction et puis, il contextualise ». Il dit « le rôle de l'interprète est important pour contextualiser. Au niveau culturel, quelle zone du pays, quels enjeux il y a dans cette zone [...] ».

Lors des entretiens, l'importance de la langue maternelle a pu être constatée, tous ont pu dire que celle-ci était primordiale lors de la prise en charge d'un patient migrant.

Nous avons pu constater que celle-ci était un outil de communication et qu'elle permettait d'exprimer des émotions. Comme dit I2, le patient migrant aura du mal à s'exprimer sans sa langue maternelle et « on ne peut pas aborder ce qui est de l'ordre émotionnel ». I3 parle de la langue maternelle comme « ce qui permet de communiquer ». En effet comme dit Tobie Nathan, « lorsqu'on ne parle pas la même langue, l'incompréhension est totale » (Nathan & Stengers, 2015 page 82).

Elle dit également que celle-ci permet de transmettre des émotions. En parlant des émotions, elle dit « quand tu cherches tes mots dans une langue qui n'est pas la tienne,

c'est compliqué. Même quand c'est la tienne, parfois c'est difficile à exprimer ». En effet, exprimer ses émotions n'est pas toujours facile même dans sa langue maternelle, le fait de les exprimer dans une autre langue est d'autant plus difficile.

P1 dit également quelque chose de fort intéressant en ce qui concerne les émotions. « Même si on ne parle pas la même langue, je pense qu'on arrive à transmettre des émotions ». En effet nous avons pu voir que les communications non verbales et le ton de la voix était à prendre en compte. P1 dit qu'on peut transmettre des émotions « à travers l'intonation de notre voix et puis un geste de réconfort ».

Nous avons pu voir que la langue maternelle selon Freud constituait un « Heim », ce qui est familier, l'endroit où le patient migrant se sent chez soi. Elle contribue aux sentiments de sécurité et de familiarité. En effet I1 dit en parlant de la langue maternelle : « ils sont toujours contents de l'entendre un petit peu et ils ont plus confiance. Enfin ils viendront plus vers toi qui parles leur langue que d'aller vers un autre soignant ».

Par rapport à la notion de « Heim ». P3 dit que la langue maternelle « permet d'établir un minimum de confiance et de sentiment comment dire d'accordage ou de foyer pour la personne ».

Troisième hypothèse : L'accompagnement d'un patient migrant nécessiterait la connaissance des représentations culturelles de la maladie afin d'obtenir une alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique selon le réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé (RRAPPS) est une collaboration entre le soignant et le soigné. Elle s'appuie sur quatre aspects fondamentaux que sont la négociation pour que les deux parties soient en accord sur le cadre thérapeutique, qu'ils puissent agir de concert et se coordonner, un lien de confiance réciproque et l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer et de se laisser influencer (RRAPPS, 2023).

Cette alliance thérapeutique nécessite une relation entre le soignant et le soigné à plus ou moins long terme. Cela pose une problématique dans la prise en charge des patients migrants comme l'a dit P2, car il est difficile de les faire venir sur l'hôpital régulièrement, lorsqu'ils « ne sont plus pris en charge ici, ils perdent leurs droits. Ils n'ont plus personne pour les accompagner ou ils n'ont plus d'interprètes pour les traduire donc ils ne viennent plus ». P3 évoque les difficultés dans la prise en charge « d'établir une relation de confiance et une alliance thérapeutique avec un patient migrant qui a un parcours de migration compliqué dans le contexte français par rapport aux conditions d'arrivée ». En effet, les charges administratives avec l'obtention ou non des documents administratifs pour les patients migrants peuvent être un frein pour établir une relation de confiance pérenne.

Il est important pour avoir une bonne alliance thérapeutique que le soignant et le soigné aient une bonne compréhension de l'étiologie des troubles. Comme nous avons pu voir la notion de maladie peut se distinguer selon trois termes anglophones. Les termes *disease* et *illness* vont nous intéresser dans cette problématique. En effet le ressenti du patient par rapport à ses troubles ne sera pas forcément en accord avec ce que pense le professionnel qui va lui mettre en lien ses troubles avec une dimension biomédicale et un dysfonctionnement. Chez certains patients migrants, les principes

de sorcellerie sont encore très présents et la maladie mentale est toujours fortement empreinte de croyances traditionnelles en des causes et des remèdes surnaturels. Cela peut fortement impacter l'alliance thérapeutique, et il est donc important pour le soignant de connaître les différentes représentations culturelles de la maladie.

Nous avons pu constater que la santé selon des expressions africaines est essentiellement basée sur la dimension somatique et ne prend pas en compte la dimension psychique. Pour établir une relation de confiance et une alliance thérapeutique, il faut également que le patient prenne conscience de ses troubles et en psychiatrie, ce n'est pas toujours le cas. La difficulté de la psychiatrie, que le patient soit migrant ou non, est qu'il est parfois dans le déni de ses troubles. Comme nous avons pu le constater, ce qui est considéré comme normal dans une société peut être considéré comme pathologique dans une autre. Chez les patients migrants, cette composante est importante à prendre en compte dans l'acceptation de la maladie et des troubles que celle-ci engendre.

La mission du soignant va être d'essayer de faire accepter au patient la possibilité d'une pathologie et de lui faire bénéficier des traitements les plus appropriés. Ceci n'est pas toujours facile sachant que poser un diagnostic chez les patients migrants n'est pas chose facile et les représentations culturelles peuvent être sources d'erreur. Comme le souligne P3, « il faut éviter de sur diagnostiquer des idées délirantes ». Et il dit également qu'il « est impératif de prendre le temps car ce sont des gens qui ont des pathologies très intriquées. Il y a énormément de PTSD (Trouble du stress post-traumatique) avec ou sans symptômes psychotiques ». P2 évoque les difficultés de poser un diagnostic quand les patients migrants « vont avoir des délires mystiques ». En effet, en psychiatrie, les symptômes peuvent être tournés vers les croyances et la religion. Selon lui, il faut « faire la part des choses entre un délire mystique et juste une interprétation d'un mal être ». P1 évoque également les représentations culturelles en disant que « la psychiatrie, c'est la spécialité médicale qui est le plus en lien avec la culture ». P1 dit également qu'il « faut se questionner avant de poser le diagnostic d'un délire, quand le patient migrant parle de « djinns », il n'est pas forcément délirant, il est peut-être arrivé pour une dépression, un PTSD, pour une autre pathologie [...] mais le migrant croit en ça ».

Nous pouvons reprendre par rapport à cela les propos de T. Nathan qui dit que le fait de distinguer délire et croyance est encore plus épineux avec des patients provenant de cultures différentes (Nathan, 2013 page 87). On peut également reprendre les propos d'I2 qui évoque que lorsque les patients migrants parlent de diable, les français disent « oh il délire après le diable, alors que non, souvent c'est construit, c'est leur culture, c'est comme ça ».

En effet, l'alliance thérapeutique peut être mise à mal par la confrontation des idées et des représentations autour du diagnostic médical et de son acceptation. Nous pouvons le mettre en lien avec l'exemple de la société baoulé décrit par Laplantine. En effet dans les sociétés dont sont issus les patients migrants, le normal et le pathologique se basent sur des concepts de sorcellerie et des concepts ayant attiré à la religion. Alors que dans les sociétés occidentales, on se réfère aux principes psychiatriques et psychologiques avec des diagnostics posés selon le DSM ou la CIM. Il est important avec les patients migrants comme dit Devereux de confronter et de coordonner le concept de « culture » avec le couple conceptuel « normalité-anormalité ».

Comme nous avons pu le souligner, un des aspects de l'alliance thérapeutique est la négociation. Cette dernière lors des hospitalisations se fait sur différents aspects du soin.

Par rapport aux thérapeutiques, certains intervenants évoquent le fait de prendre en considération les traitements non occidentaux. I2 dit que cela va les apaiser, il dit « toute cette sorcellerie, c'est un peu comme des trucs de médecine douce ici. ». Il dit également que le fait de prendre ces soins en considérations peut permettre d'acquérir une alliance thérapeutique en apaisant le patient et que cela peut également le desservir en renforçant le délire. Pour P1, elle considère que si le patient « est délirant [...], ça va ancrer son délire encore plus, ça va le conforter dans son idée d'ensorcellement ».

P2 évoque également le fait de rechercher une alliance thérapeutique en prenant en considérations les traitements non occidentaux tout en prévenant le patient que le traitement occidental est essentiel et qu'il ne peut le stopper. « Qu'on soit bien d'accord tous les deux là-dessus (le psychiatre et le patient). Les deux traitements ne sont pas incompatibles et s'ils lui disent l'inverse, qu'il se méfie ».

I2 nous évoque les difficultés pour faciliter l'établissement d'un lien par rapport aux représentations culturelles de la maladie. La négociation autour du diagnostic est compliquée. « Quand on sait que c'est délirant et que la famille ou la patiente est convaincue que c'est spirituel, c'est compliqué de faire entendre que ça peut être un symptôme d'une maladie ». Elle considère que « c'est plus simple pour une famille de se rattacher à quelque chose de spirituel plutôt qu'à de la maladie psychiatrique qui est très dure à appréhender ». Elle évoque à ce sujet les difficultés qu'ils ont eu de faire accepter un traitement occidental à une patiente et que cela « a été possible au bout de la quinzième hospitalisations ».

P3 évoque également par rapport à l'alliance thérapeutique, les difficultés que peuvent entraîner une hospitalisation. « Le contexte hospitalier génère énormément d'incompréhensions sur le fonctionnement. [...], il n'y a pas de prise en charge hospitalière en santé mentale, elle est ambulatoire et les représentations autour de la maladie mentale, c'est très culture dépendant ». L'alliance thérapeutique en psychiatrie, surtout dans le cas d'une hospitalisation, est quelque chose de fragile, d'autant plus lorsque le patient est migrant. « Le contexte hospitalier, j'ai l'impression que c'est très difficilement lisible pour quelqu'un qui est en crise psychique et qui est migrant ».

L'alliance thérapeutique est quelque chose de fragile qu'il est important de travailler avec les patients. Les particularités spécifiques de la personne migrante avec, ses connaissances, son contexte de vie, ses représentations culturelles, sont à prendre en compte pour contribuer à créer et renforcer l'alliance thérapeutique, et ainsi améliorer la prise en charge.

Discussion

Dans cette discussion, nous allons aborder plusieurs thèmes qui sont ressortis au cours de nos entretiens semi directifs et également d'autres que nous n'avons pas traités dans ce travail pour différentes raisons.

Commençons par le fait que nous avons réalisé nos entretiens seulement avec des professionnels de santé et que nous n'avons pas traité tout ce qui a trait aux ressentis du patient. Comment il vit l'hospitalisation et les soins qui en découlent, sa perception de la maladie et l'acceptation de celle-ci. Nous n'avons également pas évoqué l'aspect administratif important dans la prise en charge. Les personnes migrantes sont, comme nous avons pu le voir au cours de certains de nos entretiens, soumises à de gros problèmes d'obtention de documents administratifs pour résider ou travailler dans le pays d'accueil. Parfois l'obtention d'un titre de séjour peut favoriser ou accentuer un syndrome dépressif.

Nous avons centré notre réflexion et nos entretiens sur les personnes qui prennent en soins et non auprès des patients migrants. Le fait de réaliser des entretiens auprès des personnes soignées nous aurait demandé diverses autorisations auprès des personnes concernées et également au centre hospitalier qui les prend en charge si ceux-ci étaient hospitalisés au moment de la réalisation de cette étude. Nous aurions dû également, pour certains, avoir recours à l'interprétariat et cela aurait compliqué grandement la tâche. C'est par souci de temps et d'argent que nous avons dû orienter cette recherche sur le point de vue des professionnels de santé.

Une autre limite aurait été de prendre en compte l'état psychique du patient et donc d'intervenir au moment où il serait le plus à même de participer à une telle étude. Il faut en effet prendre en compte que les patients ne sont pas toujours dans l'acceptation de la maladie et certains sont encore dans le déni des troubles ce qui peut entraîner des hospitalisations sans consentement. Ces divers points à prendre compte auraient rendu difficile les entretiens semi directifs et aurait pu fausser quelques données recherchées. Nous pouvons prendre l'exemple d'un patient d'origine ivoirienne qui est de nouveau hospitalisé actuellement. Celui-ci semble être dans une forme d'alliance thérapeutique du fait de l'acceptation du traitement même si dans son discours, il semble toujours être dans le déni de ses troubles et ne comprend pas forcément l'indication d'une hospitalisation. Les données auraient été intéressantes mais difficilement exploitables.

C'est donc pour toutes ces raisons que dans ce travail de recherche, nous ne traiterons pas le point de vue des personnes migrantes hospitalisées.

Nous aurions pu également prendre en considération le ressenti des interprètes. En effet, au cours des entretiens, il ressort que les interprètes ne bénéficient pas de « réunion préparatoire » ni de « débriefing » quant à la situation où ils vont exercer leurs compétences d'interprètes. Comme nous avons pu le constater dans notre partie théorique, il semble important, pour l'interprétariat en psychiatrie, de favoriser les échanges entre le professionnel et l'interprète avant et après l'entretien avec le patient. On ne peut, en effet, négliger les résonances émotionnelles du discours du patient envers l'interprète. Il faut rappeler que l'interprétariat est un métier et que l'interprète est lié au secret professionnel. La « charte de l'interprétariat en milieu social et médical en France », signée par 11 structures d'interprétariat, fait ainsi aujourd'hui référence (*Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France*, 2012).

Nous avons pu également au cours des entretiens nous rendre compte de l'importance, pour certaines situations données, le rôle que pouvait jouer un professionnel lui-même issue de l'immigration. Comme dit P1 « je suis migrante,[...] je n'étais pas confrontée aux difficultés que les patients ont. Et malgré ça, j'étais dépaycée. » Elle nous dit également qu'elle a elle-même été confrontée à « une différence de culture importante ». Elle considère que le fait d'être soi-même migrante est une aide pour le patient dans la même situation. Étant donnée son origine algérienne, elle dit « Au niveau culturel, bon il est musulman donc on se comprend ». Lors de l'entretien avec le professionnel de santé I2, nous avons pu également constater que le fait qu'il soit migrant, originaire du Maroc facilitait les rapports avec les patients migrants. Il évoque à plusieurs reprises la notion de respect. Il dit que « même les africains, ils m'appellent tous « papa » et les maghrébins me disent « mon oncle ». Il dit bénéficier d'un petit peu plus de respect et d'un contact différent. Il met en lien cette forme de respect avec la dimension culturelle : « Il y a le respect de la barbe blanche ». En Afrique, « c'est dans la culture, on respecte le vieux ». Il évoque également le fait que cela sera plus facile pour un patient migrant d'évoquer des croyances culturelles tel que la sorcellerie. « Les autres soignants ont un petit peu de mal quand ils parlent surtout de... parce qu'ils ont quelques pratiques, tu sais de sorcellerie que moi j'arrive à comprendre ».

Par rapport à ces deux ressentis de la part des professionnels de santé, il ne faut pas exclure que le fait d'avoir la même culture pourrait également être un frein dans le lien avec le patient migrant. En effet, on peut aussi penser que le professionnel de santé migrant qui est depuis un certain temps dans le pays d'accueil s'est adapté aux représentations culturelles de celui-ci, on peut appeler cela le phénomène d'acculturation. On peut également penser que l'inverse est possible. En effet, on pourrait penser qu'un soignant qui est resté attaché à ses représentations culturelles ne voient pas l'évolution du patient migrant au sein de son pays d'accueil.

Au cours des entretiens, des professionnels de santé m'ont fait part des difficultés relationnelles qu'ils pouvaient y avoir lorsque le patient migrant était un homme et que le professionnel de santé était une femme. On peut citer I2 : « En termes de comportements les uns avec les autres. On avait deux patients de Guinée qui avaient des relations aux femmes très particulières et ils ne comprenaient pas pourquoi [...], les infirmières pouvaient leurs dire ce qu'ils devaient faire ». Puis I3 évoque au niveau des différences culturelles, « la différence homme/femme ». On peut donc se poser la question selon le pays d'où le patient migrant provient, si ces différences relationnelles sont ou non liées à la culture. La troisième professionnelle de santé ne nous ayant pas fait part de cette différence. Nous pouvons nous interroger sur l'absence de cette problématique résidant soit sur sa posture professionnelle (P1 étant psychiatre alors que I2 et I3 infirmières) ou sur le fait d'avoir été elle-même dans cette situation du fait qu'elle soit migrante.

En psychiatrie, se pose la question du diagnostic, en effet lorsqu'un patient est hospitalisé, les psychiatres se doivent d'établir un diagnostic. L'établissement d'un diagnostic n'est pas chose aisée quel que soit le patient et lorsqu'il s'agit d'un migrant, cette tâche peut s'avérer encore plus délicate. En effet, les représentations culturelles et le parcours migratoire jouent un rôle non négligeable dans l'établissement du diagnostic et peuvent parfois être source d'erreur.

En effet, « méconnaître ou nier la distance culturelle existant entre le patient et le thérapeute est à même d'induire des erreurs dans l'évaluation de la clinique ».

L'appartenance culturelle influence énormément de choses dont la présentation, l'expression des affects. Cela peut entraîner à tort un sentiment de « bizarrerie » ou « d'inadaptation ». Il y a également l'exemple de la conception du respect et de la politesse qui peut conduire un patient à dire « oui » en pensant que répondre « non » serait impoli (Baubet & Moro, 2013 pages 87-88).

Chez les Africains, les plaintes somatiques peuvent parfois être mises en avant alors que celui-ci aura plutôt un syndrome dépressif. En effet, nous n'exprimons pas notre mal être de la même manière selon nos représentations culturelles. Cela peut être une source d'erreur.

Il faut également avoir conscience que des discours qui pourraient nous paraître délirants ne le sont pas forcément et que derrière la supposition de signe psychotique peut se cacher un syndrome dépressif. P3 dit à ce sujet « c'est très fréquent entre la méfiance et le fait de pouvoir faire allusion à des âmes ou à des gens ou une chose importante. Les patients migrants sont très vite catalogués, persécutés, mystiques, vous êtes schizophrène et voilà ».

Toutes ces considérations sont à prendre en compte dans la recherche de signes cliniques pouvant amener à l'élaboration d'un diagnostic. Il faut savoir prendre le temps d'observer, comprendre l'autre et ne pas se précipiter pour établir un diagnostic. Le problème de nos jours étant que les administrations qui s'occupent de ce qu'on appelle le dossier « patient » souhaitent que le diagnostic soit rapidement posé.

Conclusion

Ce travail de recherche nous a permis de comprendre l'importance de la connaissance des représentations culturelles dans la prise en charge d'un patient migrant. Cette prise en soin nécessite certaines spécificités sans pour autant qu'elle diffère totalement de celle d'un patient français. Nous avons parmi ces spécificités, l'intervention de l'interprétariat qui est essentielle d'une part par rapport à la langue maternelle et d'autre part pour comprendre et mieux connaître la culture du patient migrant.

En effet, il est important de comprendre et de connaître les représentations culturelles des personnes que l'on soigne en psychiatrie. On peut y être confronté même si le patient n'est pas forcément migrant. En effet, il peut se dégager des différences culturelles au sein d'un même pays ne serait-ce que par le fait que l'on soit au niveau géographique dans une zone urbaine ou rurale.

Le patient migrant doit être accueilli avec une grande altérité, s'il décide de venir dans un autre pays que le sien, c'est qu'il doit déjà vivre des choses difficiles et le fait de devoir migrer de façon « frauduleuse » a pour conséquence d'avoir à effectuer un parcours migratoire complexe et dangereux.

Cette prise en charge nécessite une certaine ouverture d'esprit tout en prenant en compte ses connaissances professionnelles et la dimension de l'autre.

En effet, la psychiatrie est une médecine complexe où il faut savoir prendre le temps d'observer et d'apprendre à connaître celui que l'on soigne. La connaissance de l'autre en devient essentielle.

Ce travail grâce à nos réflexions et nos entretiens a révélé au suivi du soin psychiatrique hospitalier un réel besoin d'outils de connaissance, afin de démystifier la prise en charge de l'autre parfois différents mais en attente d'une stratégie thérapeutique efficace et adaptée.

Bibliographie

Alouani, P. (2019). *Histoire de la psychiatrie*.

Bastide, R. (2003). *Le rêve, la transe et la folie*. Éd. du Seuil.

Baubet, T., & Moro, M. R. (2003). *Psychiatrie et migrations*. Masson.

Baubet, T., & Moro, M. R. (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2e éd). Elsevier-Masson.

Bénony, H. (2012). 3. Le normal et le pathologique. In *L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin* (p. 15-18). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2012.01.0015>

Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*, 258(28), 1511-1513.

Bouhlel, S., Ben Haouala, S., Klibi, A., Ghaouar, M., Chennoufi, L., Melki, W., & El-Hechmi, Z. (2013). Évaluation des croyances et des attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie. *L'Encéphale*, 39(3), 165-173. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.012>

Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12e éd). PUF.

Centre Hospitalier des Pyrénées. (s. d.). Consulté 23 avril 2023, à l'adresse <https://www.ch-pyrenees.fr/>

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France. (2012). <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/charte-de-linterpretariat-medical-et-social-professionnel-en-france#:~:text=Charte%20adoptée%20à%20Strasbourg%20le,santé%20et%20aux%20droits%20sociaux.>

Courtet, P. (2010). *Suicides et tentatives de suicide*. Médecine-Sciences Flammarion.

Covid-19 : 72 % des généralistes ont constaté une hausse des consultations de santé mentale lors du second confinement. (2021). Le Quotidien du Médecin. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/covid-19-72-des-generalistes-ont-constate-une-hausse-des-consultations-de-sante-mentale-lors-du>

De Mattia-Viviès, M. (2018). Entrer dans la langue ou dans les langues : De la langue maternelle à la langue « mat-rangère ». *E-rea. Revue électronique d'études sur le monde anglophone*, 16.1, Article 16.1. <https://doi.org/10.4000/erea.6502>

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789. (s. d.). Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Consulté 29 avril 2023, à l'adresse <https://www.education.gouv.fr/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-du-26-aout-1789-10544>

Définitions : Langue—Dictionnaire de français Larousse. (s. d.). Consulté 23 avril 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/langue/46180>

Devereux, G., Bastide, R., Gobard, H., & Jolas, T. (1983). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard.

Giroux, E. (2018). *Qu'est-ce qu'une maladie ?* 53(12), 2-2. <https://doi.org/10.3917/gdsh.053.0002>

Guerrero, O. (2020). Enjeux thérapeutiques d'une langue maternelle. *Enfances & Psy*, 86(2), 13-18. <https://doi.org/10.3917/ep.086.0013>

Haute Autorité de Santé. (2017). *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*.

Hodé, Y., Blain, F., & Mahé, A. (2015). *L'emploi du terme schizophrénie dans la presse française : Une information massivement déséquilibrée*.

Jaccard, R. (2010). Être normal qu'est-ce à dire ? In *L'Exil intérieur* (Vol. 1-1, p. 105-117). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-exil-interieur--9782130585114-p-105.htm>

Josse, E. (2013). *État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ?* <https://www.resilience-psy.com/etat-de-stress-aigu-et-etat-de-stress-post-traumatique-quoi-de-neuf-dans-le-dsm-5/#:~:text=Le%20DSM%2D5%20ajoute%20aux,menace%20d%27une%20telle%20agression>.

Kastler, F. (2011). 10. La santé mentale en Afrique : Un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? In *Santé internationale* (p. 169-177). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.kerou.2011.01.169>

Kleinman, A. (1989). *The illness narratives : Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

Laplantine, F. (1992). *Anthropologie de la maladie : Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Payot.

Le Monde. (2006, mai 30). L'impossible oubli de sa langue maternelle. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/vous/article/2006/05/30/l-impossible-oubli-de-sa-langue-maternelle_777733_3238.html

L'Intérieur, M. de. (s. d.). *Communiqué de presse : Les chiffres 2022 (publication annuelle parue le 26 janvier 2023)*. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Communiques/Communique-de-presse-Les-chiffres-2022-publication-annuelle-parue-le-26-janvier-2023>. Consulté 18 avril 2023, à l'adresse <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Communiques/Communique-de-presse-Les-chiffres-2022-publication-annuelle-parue-le-26-janvier-2023>

Lkhadir, A., & Mestre, C. (2013). Quels enjeux anthropologiques et éthiques pour la traduction en santé publique ? *L'Autre*, 14(1), 72-81. <https://doi.org/10.3917/lautr.040.0072>

Lutz, C. A., Gille, D., & Despret, V. (2004). *La dépression est-elle universelle ? les Empêcheurs de penser en rond*.

Martin, A. (2018). *Immigration et santé : Un cocktail dangereux*. 382(9), 60-60. <https://doi.org/10.3917/ae.382.0060>

Métraux, J. C. (2002). L'interprète ce nouvel acteur. *Cahiers Psychiatriques*, 29, 115-135.

Nathan, T. (2013). *La folie des autres - Traité d'ethnopsychiatrie clinique : Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod.

Nathan, T., & Stengers, I. (2015). *Nous ne sommes pas seuls au monde ((Réédition)) : Les enjeux de l'ethnopsychiatrie (les empêcheurs de penser en rond)*. POINTS.

Obadia, L. (2012). *I. L'anthropologie des religions: Vol. 2e éd.* (p. 7-24). La Découverte. <https://www.cairn.info/l-anthropologie-des-religions--9782707173737-p-7.htm>

OMS. (s. d.). *OMS Organisation mondiale de la santé*. <https://www.who.int/fr>

Pabingui-Gondjé, A. (2019). « C'est quoi la santé, selon vous? » : Paroles de migrants. In *La santé des migrants en question(s)* (p. 15-26). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.andre.2019.01.0015>

RRAPPS. (2023). *Alliance thérapeutique*. Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé. <https://rrapps-bfc.org/node/1204>

Tarazi-Sahab, L., El Hussein, M., & Moro, M. R. (2016). L'accueil de patients traumatisés : La langue maternelle, un levier thérapeutique médiatisant ? *Cliniques*, 11(1), 72-88. <https://doi.org/10.3917/clini.011.0072>

Virginie Halley des Fontaines, Dominique Kerouedan. (2020, juin). *adsp n° 111— Santé des migrants*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>

Annexes

Annexe 1 : Grille de questionnaire

- Date de naissance ?
- Sexe ?
- Pays d'origine ?
- Profession ?
- Niveau d'études ?

- Quelles sont les langues que vous parlez ?

- Avez-vous déjà rencontré des patients migrants ?

- Si oui, de quel pays proviennent-ils ?

- Avez-vous pu observer une différence entre ces patients et les patients français ? Si oui lesquelles ?

- Est-ce difficile pour vous d'accompagner ces patients migrants, si oui, pour quelles raisons ?

- Est-ce que ces patients migrants maîtrisent bien la langue française ?

- La communication et l'entretien médical ont-ils été satisfaisants ?

- Pensez-vous que la langue maternelle des patients migrants soit un élément important dans la prise en charge de ces patients ?

- Si la barrière de la langue est présente, faites-vous appel à un interprète ?

- À quel moment avez-vous recours aux interprètes ?

- Avez-vous des difficultés à faire intervenir des interprètes ?

- Si oui lesquelles ?

- Qu'attendez-vous des interprètes ?

- Pour quelle raison n'avez-vous pas recours aux interprètes ?

- Avez-vous quelques connaissances sur les cultures de ces patients migrants ?

- Si oui, que pouvez-vous me dire sur telle ou telle culture ?

- Est-ce que votre connaissance ou votre non-connaissance de cette culture impacte l'accompagnement de ces patients ?

- Avez-vous déjà rencontré des patients qui vous ont parlé de djinns, de sorcellerie ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Avez-vous une approche différente des soins pour les patients migrants ?
- Incorporez-vous la dimension religieuse d'un patient dans vos soins ?
 - Si oui, comment et pourquoi ?
 - Si non, pourquoi ?

Annexe 2 : Entretien avec P1

Ta date de naissance ? La mienne. Oui, d'accord, donc c'est le 05/05/1988.

Sexe ? Féminin.

Ton pays d'origine ? Algérie.

Ta profession ? Praticien attaché en psychiatrie.

Ton niveau d'étude ? Docteur en psychiatrie.

Quelles sont les langues que tu parles ? Arabe et Français.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients migrants ? oui.

De quel pays proviennent-ils ? De l'Europe de l'Est, de l'Afrique, Le Nigéria, la Guinée et puis des maghrébins.

Dans la pratique, ce que tu as pu observer des différences entre les patients non migrants et les patients migrants ? Oui, oui, alors de un, pour certains patients, on a été confronté à la barrière de la langue. De deux, la prise en charge peut être un peu différente du fait de différences culturelles. C'est-à-dire que ce qui est considéré délire ici, par exemple, est ancré dans la culture dans d'autres pays. Par exemple, tout ce qui est sorcellerie, tout ce qui est... Donc oui, il y a certaines différences culturelles. Et puis en général, on a les patients migrants, on a eu beaucoup aussi qui s'en ? ... J'ai par exemple un patient de l'Inde et on a beaucoup d'états de stress post-traumatique parce qu'en général ils fuient leur pays par rapport à la guerre, par rapport à des violences. **Oui puis aussi le parcours migratoire qui fait que.** Oui, c'est compliqué, surtout par rapport à la migration frauduleuse illégale, c'est un parcours, ce sont des gens qui ont fait des parcours à pied donc. **Oui, tout dépend de leur parcours. S'ils sont venus par avion.** Voilà. **Ce qui est de plus en plus rare que s'ils sont venus à pied ou en bateau.** Oui.

Est-ce que tu penses que la langue maternelle des patients migrants est un élément important dans la prise en charge de ces patients ? oui, oui je pense. Parce que déjà, quand on les reçoit en CMP, on les reçoit en général avec des interprètes. Donc c'est important, oui, de les aider au début, c'est important aussi qu'ils s'intègrent, qu'ils apprennent. Oui, le Français, pour s'intégrer, parce que s'ils veulent vivre ici, s'ils veulent avoir une situation ici, c'est important de parler la langue d'ici. **Par exemple, un patient donc migrant qui parle un petit peu, qui se débrouille à peu près en français.** Oui. **Est-ce que tu trouves que la langue maternelle serait importante quand même aussi pendant un entretien à mettre en place avec un interprète ?** Tout dépend de son souhait à lui. Après, quand c'est un patient, par exemple, qui parle en arabe, moi je fais. Et je pense que ça aide à tisser un lien aussi. Il se sent mieux compris. Mieux pris en charge. **Oui, parce qu'on va dans son sens, enfin, dans son sens, on le prend aussi en tant qu'être humain, qui parle dans une langue différente.** Voilà oui.

À quel moment tu as eu recours aux interprètes ? Alors au CMP. Ici, j'ai recours aux interprètes avec des patients afghans, des patients indiens, des patients africains aussi, mais qui parlent anglais et pas français. Donc c'est à ce moment-là, moi en anglais. Bon j'ai un patient indien que je vois sans interprète par contre, oui, il parle anglais et on se débrouille. **D'accord.** Oui parce qu'en anglais je me débrouille, mais je ne peux pas dire que je parle anglais. **Et est-ce que tu as des difficultés à les faire intervenir justement, ces interprètes ?** En général, non, il n'y a pas de difficulté. En général, c'est la Secrétaire qui s'en occupe et ils arrivent avec le patient sans souci. **D'accord. Et dans le service ?** Dans le service. Moi jusque-là, je n'ai pas eu recours aux interprètes. **Tu n'as pas eu recours parce que tu n'as pas eu besoin ou parce qu'il parlait un petit peu le Français ou tu arrives à te débrouiller ?** Ou il parlait

français ou il parlait anglais, et je me débrouillais. Alors, ça veut dire que je comprenais tout ce qu'il disait et que j'arrivais à communiquer. Et il parlait aussi un peu français. **D'accord.** Ça veut dire que ce sont des gens qui ont une volonté de s'intégrer et donc ils arrivent quand même à transmettre le message en français. **Et même au niveau des émotions et au niveau des...** Oui oui, ça c'est important, justement ce point. Parce que même si on ne parle pas la même langue, je pense qu'on arrive à transmettre des émotions et... Même si des fois, par exemple, sur une garde, on reçoit un patient en agitation qui ne parle pas notre langue. Mais rien qu'à travers l'intonation de notre voix et puis un geste de réconfort. Je pense qu'il peut comprendre qu'on est là pour l'aider et que ça l'apaise.

D'accord, et qu'est-ce que tu attends justement, d'un interprète ? Un interprète, c'est vraiment aller au fond des choses et parce que des fois oui, des fois la communication, elle est impossible avec des patients qui parlent par exemple, comme je vous ai dit l'Afghan ou la communication est impossible, donc c'est d'aller au fond des choses, c'est comprendre le pourquoi du comment, la pathologie, le parcours enfin toute l'histoire du patient. **D'accord.**

Et est-ce que tu as des connaissances sur les cultures de ces patients migrants ? Certains oui.

Qu'est-ce que tu peux me dire un petit peu sur telle ou telle culture, Les connaissances que tu as ? Euh je ne sais pas, je sais par exemple, par rapport aux religions. Je sais qu'une personne venue de tel pays a telle religion. Je connais un peu les religions monothéistes, donc je connais le judaïsme, le christianisme et l'islam. Euh, je sais aussi, par exemple, les Afghans, je sais dans quel milieu ils évoluent, c'est de la violence, c'est, c'est la peur, ce sont les filles qui ne vont pas à l'école. Donc c'est ça qui les pousse à migrer. Et puis ils ont assisté aussi, Ils ont vécu des choses difficiles, des patients qui ont vu des membres de leur famille tués devant leurs yeux et qui risquaient la mort aussi. C'est pour ça qu'ils ont choisi de faire tout ce parcours parce que c'est difficile de prendre la décision de marcher à pied, de traverser des pays de manière clandestine. Donc par exemple, ça c'est l'Afghanistan. L'Afrique, oui, oui, leurs croyances par rapport à la magie et puis aussi une certaine pauvreté et de la violence aussi. Il y a des pays qui sont en guerre.

Est-ce que ta connaissance ou ta non-connaissance de cette culture impacte l'accompagnement du patient ? Je pense que oui, je pense qu'il faut savoir un minimum. Il faut connaître un minimum de ses croyances, de son parcours. Comme quand je t'ai dit de enfin voilà, s'il vient d'un pays de guerre, s'il vient de ? ... Oui, c'est important, ça impacte parce que la guerre, ça nous fait penser rapidement au PTSD. Donc ça, ça nous oriente aussi dans le diagnostic, ça explique certains symptômes. Donc, à savoir un minimum.

Est-ce que tu penses que justement par rapport à ça l'interprète peut t'aider sur cette connaissance ?

Oui, oui, oui, oui, pour les patients que je ne comprends pas oui l'interprète, il peut être très aidant. **Et sur les patients dont tu ne connais pas forcément leur culture.** Oui. **L'interprète aussi peut t'aider.** Oui, oui à poser certaines questions et puis à comprendre certaines choses.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients qui t'ont parlé de Djinn ou de sorcellerie ? Oui. Oui, j'en ai rencontré.

Et qu'en penses-tu ? Alors moi je n'y crois pas. (rire) Oui, mais je pense qu'il faut voir tout le contexte, parce que si c'est un patient qui, qui, qui, qui a un délire, par exemple, polymorphe, riche, oui, ça fera partie du délire. Mais si c'est un patient qui vient d'une culture qui croit en ça et puis qui ne parle que de ça, Il faut se questionner avant de

poser le diagnostic d'un délire, par exemple de dire que ce patient est délirant. Peut-être que c'est une croyance, il y a des gens qui croient en mauvais œil ou au djinn. Et ça, c'est ancré dans leur culture. **Donc tu pourrais constater ou dire qu'un patient qui parle que de djinns uniquement de djinns qui est...** on peut voir si ça revêt une intensité délirante ou pas. **Tu pourras te poser la question si c'est vraiment uniquement culturel ou si c'est pathologique.** Voilà, je pense qu'il y a des personnes, bon dans certaines cultures. Il y a, c'est facile en fait de relier ces échecs à de la sorcellerie parce que j'ai été ensorcelée, parce que j'ai eu le mauvais œil, ce sont des échecs de la vie, mais ce n'est pas de sa faute, c'est toujours la faute à autrui. Il a été ensorcelé il y a un djinn dans sa vie. Je ne sais pas. Donc pour certains pour certaines personnes, c'est facile. **Tu penses qu'il se camoufle derrière quoi ?** Oui, après, c'est inconscient. **Mais pour toi, c'est pathologique ou ça dépend ?** Ça dépend parce que, par définition, le délire c'est une idée qui est en désaccord avec les idées du groupe culturel dans lequel on évolue. Donc, si tout le groupe adopte cette idée, ça ne devient pas délirant.

Donc en fait penses-tu que certains patients qui sont migrants, qui sont hospitalisés ou qui sont « pathologique » ne le serait pas dans leur pays d'origine. Je ne dis pas ça, c'est que quand il parle de djinns, il n'est pas forcément délirant. Il est peut-être arrivé pour une dépression, pour un PTSD, pour une autre pathologie, pour une personnalité pathologique, un état limite, une psychopathie mais le migrant croit en ça. **Ce que tu dis, c'est vraiment au niveau du diagnostic, il faut faire attention et prendre en compte la culture.** Il faut prendre en compte la culture oui. Et la psychiatrie, c'est la spécialité médicale qui est le plus en lien avec la culture en fait, dans la pratique. Bon, on a les mêmes molécules partout, on a les mêmes traitements partout, on a un manuel, le DSM ou la CIM, c'est la même chose partout dans le monde, mais on s'adapte avec les cultures des peuples.

Est-ce que tu as, une approche différente des soins pour les patients migrants ? Non.

Et dans le soin, est ce que tu incorpores la dimension religieuse ? Je n'aborde pas en général la question. Après, si le patient a envie d'en parler, je l'écoute, je suis là, si ça lui fait plaisir, par exemple, ici on a une chapelle. Les patients, il y en a certains qui y partent tous les jours, ça les apaise, ça leur fait plaisir. Je ne suis pas contre, quand ce n'est pas délirant, quand ça ne prend pas une intensité de délire mystique, quand ça les apaise, quand ça leur fait plaisir. Et puis quand ça fait partie de leurs croyances, de leurs convictions, ça ne me dérange pas, mais sinon, je n'aborde pas automatiquement la question. **D'accord.**

Est que ça t'est déjà arrivé de prendre en charge un patient migrant qui au niveau thérapeutique pensait faire des thérapeutiques, mais qui sont non occidentales, faire des ablutions ou des choses comme ça ? Oui, mais c'était délirant, **c'était délirant ?** c'était délirant, oui.

Est-ce que tu penses que cela pourrait être non délirant ? Un patient qui arrive et qui pense être ensorcelé, qui te dit qu'il aimerait bien faire des choses qu'il fait dans son pays d'origine.

Jusque-là en France, ça ne m'est pas arrivé. Après, comme je t'ai dit, ça dépend de l'intensité de la chose. C'est à voir vraiment devant le patient. On ne peut pas le dire comme ça d'une manière générale. Ici en France, jusque-là ça ne m'est pas arrivé.

Est-ce que tu penses que le traitement occidental et le traitement non occidental peuvent être compatibles ou non ? Ça dépend. C'est à dire que s'il est comme quand je t'ai dit, s'il est délirant et que je le laisse faire, ça va ancrer son délire encore plus, ça va le conforter dans son idée d'ensorcellement. Mais si le patient, par exemple

quand on parle de de de djinn et ça c'est surtout la culture musulmane et en général, ils vont parler de partir faire comme de l'exorcisme qui existe aussi dans les autres religions. S'il est délirant, ça va aggraver son délire parce que rien que l'atmosphère et puis le fait de lire des versets, peut-être que ça va aggraver son délire, donc non. Et puis moi, Je ne crois pas que ça peut aider, sauf pour les personnes hystériques suggestibles, c'est comme de l'hypnose, mais pour un patient délirant, halluciné, ça ne va pas aider, ça n'a aucun sens. Et ça peut aggraver.

Après, quand on parle surtout de djinn et tout ça. Moi, je suis musulmane, croyante pratiquante, je fais ramadan en ce moment, je suis séchée. Mais la religion ne peut pas tout faire, ne peut pas tout guérir, la religion est un garde-fou pour les hommes et puis c'est personnel, ça reste entre la personne et le bon Dieu, s'il veut croire, ne pas croire, être dans cette confession ou dans l'autre. Mais ça ne peut pas guérir une maladie psychiatrie ou organique. C'est ça, c'est problématique.

Si j'ai bien compris, dans le coran, ils en parlent des djinns ?

Au niveau de la religion, le djinn existe dans le sens où il est dans son monde. Mais être habité par ça n'a jamais été dit. Et puis un schizophrène, on ne peut pas le guérir avec le Coran, on ne peut pas et on doit l'accepter, le Coran pour nous comme la Bible ou pour nous aussi, hein, la Bible, c'est la parole de Dieu. Mais ça ne peut pas guérir, sinon, pourquoi on a créé des médicaments en fait. **Est-ce que ça pourrait agir sur une bouffée délirante qui ne va pas vers une schizophrénie ?** Même pas. Ce sont juste des personnes, pour moi, c'est pour les histrioniques qui ont un très haut niveau de suggestibilité, donc ils y croient, ça les relaxe. Moi par exemple, lire le Coran ou l'entendre, ça me fait l'effet d'une musulmane qui lit dans son livre sacré mais ça ne m'a jamais fait comme certaines personnes, des crises de larmes, ce sont des personnes suggestibles. Donc dans leur tête, ça va leur faire quelque chose et ça leur fait quelque chose, mais c'est comme l'hypnose, c'est comme un chrétien à qui on lit la Bible, c'est comme l'exorcisme, c'est la même chose. C'est à dire, il faut un certain niveau de suggestibilité. Par exemple un paranoïaque, on n'arrivera jamais à faire de l'hypnose avec lui, Il a zéro suggestibilité. **Oui, c'est compliqué. Est-ce que tu penses qu'utiliser la langue maternelle avec un interprète, ça peut favoriser l'émergence d'émotions et de choses particulières que tu n'aurais pas forcément eu sans interprète ?** Oui, parce que sans interprète, quand je fais appel à l'interprète, c'est que je n'arrive pas à communiquer avec le patient. Parce que j'avais une patiente, par exemple Iranienne, là aux Pins que vous avez eu aux Chênes je pense, Madame X. Et on communique en anglais et elle fait un effort en français, après moi aussi le français ce n'est pas ma langue maternelle, je ne parle pas comme un Français, j'ai un accent, ça se voit. On arrive à communiquer sans interprète, si je fais appel à un interprète, c'est que vraiment je ne comprends rien.

D'accord, quand tu arrives à communiquer avec un patient qui parle un peu en français, tu n'as pas recours aux interprètes à ce moment-là ? Non. **Est-ce que tu penses que si tu avais recours à ces interprètes à ce moment-là, est-ce que tu pourrais avoir des petites choses en plus ?**

Par exemple, je donne l'exemple d'un patient mais ce n'est pas vraiment un migrant, monsieur Y. Lui, il aime me parler en arabe. Mais je le fais revenir toujours sur le français pour qu'ils comprennent qu'on n'a pas un lien particulier parce que c'est ce qu'il essaie de créer. Oui on a un lien de soigner-soignant mais comme tous les autres patients, ce n'est pas parce qu'il est maghrébin comme moi qu'on va être plus proche. **Parfois, il y a des termes que tu ne peux pas dire en français, il y a des choses que le patient n'arrive pas à exprimer en français ?**

Voilà, oui, c'est pour ça qu'on a recours aux interprètes. Mais après, par exemple l'anglais, je comprends, je comprends tout. Je rencontre des difficultés à parler, mais je comprends tout. Donc oui, enfin ça fait ressortir tout et on se comprend.

Une fois la psychologue du service nous a dit quelque chose qui m'a paru bon, c'était très intéressant. Elle nous a dit, si on a **des hauts talons** un jour dans la rue et que quelqu'un se fait renverser par une voiture, on ne va pas dire, ah non, je n'ai pas de baskets donc je ne peux pas aller le secourir ou l'aider. C'est la même chose, même s'il y a une barrière de la langue. Mais on doit montrer des émotions et ça se transmet. Après, pour avoir toute l'histoire comme ça, oui, c'est normal d'avoir recours à un interprète. Mais l'interprète, c'est vraiment comme je t'ai dit dans des langues ou l'afghan par exemple, je ne comprends rien.

En général, je ne fais pas appel aux interprètes si j'arrive à me débrouiller.

Par exemple, j'ai un patient indien et qui parle anglais et on se comprend très bien.

Mais tu ne penses pas que justement par rapport à cet exemple-là, avec un interprète au niveau culturel, tu pourrais apprendre des choses ? Au niveau culturel, bon il est musulman donc on se comprend.

Oui le fait d'être d'origine algérienne te donne un avantage ?

Oui. Après oui, après par exemple, même un chrétien ou un juif, si je vois qu'il a envie de parler de ça, que c'est important pour lui. S'il parle français, je pose des questions, je comprends. Après j'ai des connaissances de base, judaïsme, christianisme. Je connais les différences.

Est-ce que tu penses que le fait justement d'avoir une origine autre que le français, ça t'ouvre et ça t'aide à communiquer avec les patients migrants ? Oui, parce que je suis migrante, déjà donc moi, en arrivant en France, j'étais déjà médecin, je suis arrivée, j'avais déjà un poste, un logement, c'est-à-dire que je n'étais pas confrontée aux difficultés que les patients ont. Et malgré ça, j'étais dépaysée. Il y avait, je ne vais pas dire un choc culturel, c'est un peu fort mais il y avait une différence de culture importante. Après, j'ai peut-être des capacités, des capacités d'adaptation par rapport à d'autres personnes. Mais je connais des médecins qui ont rencontré des difficultés d'adaptation bien que bon, nous en Algérie, le français, on le parle plus ou moins. Mais ce n'est pas que la langue. C'est un tout, c'est la mentalité, c'est la religion. C'est le fait par exemple surtout à Pau. Pau, c'est une petite ville donc par exemple, là le ramadan. On était en réunion tout à l'heure, il n'y a que Malik et moi qui le faisait, tout le monde prenait du café. Donc moi aussi, ça m'ouvre un peu, parce que je suis migrante aussi et puis je ne sais pas, c'est une particularité que les soignants disent de moi. Je suis aussi très émotive et le côté humain est très important pour moi. C'est à dire que le patient n'est pas une entité posée là devant moi, je pose un diagnostic, je donne un traitement, non, c'est un être humain aussi qui a besoin d'être réconforté. Par exemple, si un patient il se présente, il comprend que je suis arabe et il veut me parler en arabe, ben je laisse faire. Après comme monsieur Y, parce que c'est dans un contexte délirant. C'est au cas par cas en fait.

Monsieur Y, je le considère comme un patient migrant pas forcément de première génération, mais ça reste quand même un patient migrant ? Oui, mais ce n'est pas un parcours de vie traumatique, il n'a pas fait une migration clandestine. C'est-à-dire qu'il n'y a ce... Et pourtant moi je trouve chez lui une certaine ambivalence. Il ne se retrouve pas, il est au milieu de deux cultures et il ne se retrouve pas malgré qu'il ait grandi ici. **Tout dépend comment il a pu grandir aussi au sein de sa famille.** Oui. **C'est toute la complexité parfois des migrants de seconde génération.** Oui c'est parce qu'il était aussi fragile et prédisposé à la psychose et il y a eu certainement un élément qui l'a précipité dans la psychose. Il y a d'autres patients qui ont eu le même

parcours que lui, mais à un certain âge, ils ont fait un choix, où ça où ça. Ou alors je m'intègre parce qu'être un musulman pratiquant n'est pas incompatible avec être français. Un bon citoyen qui respecte la loi qui oui, mais tout en restant dans sa religion, dans sa pratique ou pas. Mais lui, on a l'impression qu'il est coincé entre ces deux cultures. Après aussi il est psychotique très abîmé. Lui, c'est un grand schizophrène.

Au niveau des interprètes, est ce qu'il y a des choses qui te freine pour les faire intervenir ? oui après il faut aussi savoir qu'un interprète, on le paie, que l'hôpital le paie, qu'on ne peut pas les solliciter tout le temps, que parfois oui j'ai besoin d'interprète mais par exemple, comme le patient indien, je t'ai dit, il parle anglais, donc j'aurais pu être carré sur ça et dire non, il me faut un interprète. Mais il arrive à me transmettre à me dire ce qu'il faut. Cela étant, il est indien aussi, donc il a un anglais cassé donc j'arrive à le comprendre.

Quand tu fais intervenir un interprète, est-ce que tu vois l'interprète séparément du patient avant et après ? Je dis juste Bonjour, non Bonjour, on se présente mais après tout est focalisé sur le patient. Il n'y a pas de débriefing parce qu'en fait l'interprétariat se fait, je pose la question, l'interprète le dit dans l'autre langue, le patient répond et l'interprète me dit, donc tout au long de l'entretien, c'est un tour de table, c'est un triangle comme ça.

Annexe 3 : Entretien avec I1

Ta date de naissance ? 18/10/1960

Sexe ? Masculin.

Ton pays d'origine ? Maroc.

Ta profession ? Infirmier DE.

Ton niveau d'étude ? Licence en droit et un DE.

Quelles sont les langues que tu parles ? arabe, français, un peu espagnol et un peu anglais.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients migrants ?

Oui, régulièrement.

De quel pays proviennent-ils ? Soit des pays subsahéliens soit des pays maghrébins, Algérie, Maroc, Tunisie.

Est-ce que tu as pu observer une différence entre ces patients migrants et les patients non migrants ? Oui, il y a toujours une différence.

Lesquelles ? Les différences déjà au niveau culturel. Déjà il y a plus de respect, surtout quand je leur dis que je suis marocain, donc c'est un petit peu plus de respect, surtout quand ce sont des populations maghrébines mais quand ce sont des Subsahariens, c'est pareil. **Tu sens plus de respect envers toi ?** Oui, oui, parce qu'en fait ils ont le respect de l'Africain, du plus vieux, donc oui automatiquement. Après il y a une différence pour les subsahariens. Les Subsahariens, ils jouent un petit peu toujours sur le parcours qui est toujours difficile pour arriver, pour accéder, parce qu'ils ont la traversée souvent de la Méditerranée qui se fait en plus. Donc ils ont un parcours un petit peu plus difficile que les autres.

Souvent, ceux qui arrivent ont subi des traumatismes et dans la plupart des cas ce sont des jeunes.

Et ce que tu disais donc, la question du respect, c'est culturel ? Oui, oui. Moi je mettrais ça sur le plan culturel. Après, voilà, c'est parce que même les Africains ils m'appellent tous « papa » et les Maghrébins me disent « mon oncle ».

Est-ce que ces patients migrants que tu as rencontrés maîtrisaient la langue française ?

Pas tous, pour certains oui, d'autres non. **Et lors des entretiens médicaux ou des entretiens infirmiers, est-ce que tu étais satisfait ? J'imagine que oui puisque tu as la facilité de parler l'arabe.** Oui déjà avec les soudanais, les libyens, c'est plus facile. Oui, parce qu'après, ceux qui sont francophones comme les ivoiriens, les sénégalais, parlent un petit peu le français. Et d'autres sont tellement longtemps restés enfermés dans des centres de rétention ou dans des foyers qu'ils arrivent un petit peu à comprendre. **Tu arrives à faire un entretien ?** Oui, ce serait assez correct.

Est-ce que tu penses que la langue maternelle des patients migrants est un élément important dans la prise en charge ? Oui, oui, parce qu'automatiquement, ils sont toujours contents de l'entendre un petit peu et ils ont plus confiance. Enfin, ils viendront plus vers toi qui parles leur langue que d'aller vers un autre soignant. C'est sûr. **Et par rapport à la langue maternelle enfin tu verrais quoi d'autre comme chose importante par rapport à la prise en charge ?** La culture, c'est toujours cette culture qui est importante. Les autres soignants ont un petit peu de mal à comprendre quand ils parlent surtout de ...parce qu'ils ont quelques pratiques, tu sais de sorcellerie que moi j'arrive à comprendre. **Et est-ce que tu penses que cette pratique là ils ont plus de facilité à l'exprimer dans leur langue maternelle ?** Enfin un patient migrant qui parle français et qui est Maghrébin. **Est-ce que tu penses qu'il aura**

plus de facilité à expliquer ces choses-là, dans sa langue maternelle où il aura la même possibilité en français ?

Il aura la même possibilité. C'est clair, c'est que s'il le dit à quelqu'un qui n'est pas de cette culture, il va en rire un peu. Donc lui, il ne va pas en parler ou il va en parler très peu en disant qu'il y a le diable. On va croire que c'est un délire alors que ça fait partie de leur culture. Le sorcier là je veux dire, ça fait partie du traitement. Ça peut être un traitement thérapeutique, quand tu dis ça à quelqu'un d'ici, tu lui dis le sorcier, il va me guérir, tu rigoles en face. Tu te dis enfin, il délire, il délire après le diable. Alors qu'en fait non c'est construit souvent sur des bases culturelles, parce qu'ils croient en cette sorcellerie. Ils croient, ils vont aller voir un match de foot et bien ils vont aller voir le sorcier avant pour qu'ils les fassent gagner et ils les payent pour ça ! Ils y tiennent, même sans être délirant. Je veux dire, c'est une pratique courante, toi qui vas avoir un œil extérieur, tu vas dire mais ce mec il délire. Ouais ils vont voir un sorcier comme si le sorcier avait un pouvoir. Les sorts, les sorts, quand le voisin te jette un sort, ça aussi ils y croient au sort, à la sorcellerie. Ça fait partie de la société et souvent quand ils expliquent voilà, quand ils expliquent à un médecin en France, Les français ils disent oh il délire après le diable, alors que non, souvent c'est construit, c'est leur culture, c'est comme ça.

Est-ce que tu as déjà eu donc un patient migrant où tu avais la barrière de la langue que tu ne pouvais pas communiquer. Est-ce que tu fais appel à un interprète ? Oui, oui il y a des Afghans des fois qui viennent ici, on a beaucoup de mal à part le dernier qu'on a eu. Lui, il lisait un peu le Coran donc si tu veux les fois où il parlait du Coran, des bribes de Coran, qu'on se répétait si tu veux ou que j'arrivais à lui répéter moi, après je ne comprenais rien de ce qu'il disait parce qu'il parlait afghan. Donc on a demandé effectivement un traducteur afghan qui est venu traduire.

Il n'y a pas eu de difficulté à le faire intervenir l'interprète ? Si, après il faut un peu batailler pour qu'il vienne trouver des créneaux qui correspondent mais après, une fois qu'il est là, non, voilà. Après tu arrives à faire poser au moins un diagnostic et il t'oriente, c'est sûr.

Qu'est-ce que tu attends d'un Interprète ? Qu'il retranscrive les choses, qu'il ne donne pas son avis simplement, voilà, qu'il te dise les choses comme elles sont sans en rajouter. **Et pour le patient, qu'est-ce que tu attends qu'il fasse ?** Qu'il le rassure déjà qu'il explique pourquoi il est là où il est, qu'on est là pour l'aider. Toujours dans la réassurance et voilà, puis essayez de dialoguer, d'arriver à ce... **Pour avoir un peu le consentement du patient ?** C'est ça, lui expliquer un petit peu si on y arrive à avoir un consentement parce que tu sais, ce n'est pas toujours évident après.

Pour quelle raison tu n'as pas recours aux interprètes ? Parce que c'est moi, quand je peux intervenir, j'ai besoin de personne en fait.

Tu as déjà un peu répondu, as-tu des connaissances sur la culture de ces patients migrants ? Oui, oui après moi je prends en charge que voilà les Maghrébins, les subsahariens ou les subsahéliens. Il y a que là qu'on arrive un peu à se comprendre.

Et sur ces cultures-là, qu'est-ce que tu pourrais me dire ? Ces cultures justement, ce sont des cultures africaines, il faut y être né et avoir grandi dedans. Voilà pour pouvoir comprendre le sorcier, la sorcellerie, le mauvais œil, tous ces trucs, toutes ces croyances qui sont... les marabouts. Je veux dire tout passe par là quoi. C'est un peu le centre. C'est à dire tu as quelque chose qui voilà, tu dis, c'est un sort, tu vas voir le marabout et lui te dis qu'on t'a jeté un sort. C'est, tu as une voisine. Donc ça peut des fois effectivement lever des angoisses, ça peut contribuer un petit peu à apaiser.

Justement, tu crois à ça toi ? Non après, non il faut être cartésien quoi. On est un petit peu plus cartésien, on ne croit pas en ça, mais ça fait partie de leur croyance en fait qui les aident à vivre. Des fois tu en ris parce que tu te dis enfin, quel pouvoir peut avoir ce type sur le ciel, sur la pluie. Enfin Je veux dire, il pleut, tu vas voir un marabout pour qu'il t'arrose les champs. Moi je veux bien qu'il ait des pouvoirs, mais tant qu'il ne me donne pas les numéros du loto, je n'y croirais pas trop. Mais ça fait partie, ça fait partie de l'apaisement, voilà de cette levée d'angoisse, ça contribue quelque part aussi au bien-être, ces marabouts, ces sorciers.

J'ai l'impression, quand tu en parles, le fait que tu sois donc marocain facilite la prise en charge chez les patients migrants, tu connais bien cette culture.

Je la connais et puis bah je ne vais pas les juger, ils savent très bien que ça fait partie de la culture, c'est comme ça, c'est tout le monde qui intervient, ça peut être mes parents, ça peut être...

C'est-à-dire, ils vont plus facilement lâcher ce genre de problématique à toi plutôt qu'à tes collègues ? Eh oui, parce que s'il lâche ça à un médecin qui est français, il va en rire quoi. Et puis, ils vont se dire bon, je vais plus en parler. S'ils arrivent à maîtriser, des fois ils ne maîtrisent pas, mais bon c'est interprété différemment quand il invoque les diables, tout ça. Ils se disent bon, ce sont des voix qu'il entend, c'est... Alors que souvent non, ce ne sont pas des voix, ça fait partie de leur culture. Après, il y a le... pas d'alcool, pas de porc... Si tu veux, c'est une culture en fait, ce sont des spécificités si tu veux, si tu n'es pas vraiment dans cette culture tu ne les perçois pas.

Donc réellement le fait que tu aies des connaissances sur ces cultures impacte l'accompagnement de ces personnes ? Ah oui, c'est sûr que oui, tu vois sur la population maghrébine. Moi, quand quelqu'un est tendu, quand c'est un maghrébin, je n'ai jamais de souci, jamais même au SAAU (Service d'Accueil et d'Admission des Urgences) sur des tensions très importantes, dès que tu arrives, deux-trois mots tout de suite le mec il se dit hop, déjà un petit peu plus de respect, un contact différent en fait. **Même avec une personne qui serait vraiment délirante ?** Oui, moi ça m'est arrivé avant hier là à ESA 2. Ils ont un Monsieur qui vient d'arriver là, qui vient de prison, qui était délirant plein pot, très délirant. Moi dès qu'il m'a vu, écoute, il s'est apaisé. Après ça, ça ne l'a pas empêché de délirer, il délirait mais vis-à-vis de moi, j'ai pu m'asseoir à côté de lui discuter avec lui. Il m'a écouté, je lui ai dit, on va te servir le repas. On lui a servi, il a pris son traitement qu'il ne voulait pas prendre. Il y avait le psychiatre et toute l'équipe d'ESA 2. **C'est vraiment impactant ?** Ah oui, c'est important, bien sûr, c'est un petit plus si tu veux. Et puis il y a toujours ce respect. Si tu veux dès qu'il voit que c'est la même Communauté. En fait il se dit Bah celui-là...

Tu as le respect culturel ? Il y a le respect de la barbe blanche aussi. En Afrique, beaucoup, donc déjà le fait que j'arrive, je sois plus âgé que lui. Déjà il se dit Bah c'est dans la culture, on respecte les vieux, c'est comme ça, tu ne vas pas manquer de respect à quelqu'un qui est plus âgé que toi, c'est comme ça. Même si la personne plus âgée te dit quelque chose, tu dis d'accord.

Bon, on en a un petit peu parlé donc tu as déjà rencontré des patients qui t'ont parlé de sorcellerie et de djinn aussi ? Ouais, c'est un peu la même chose. Après les djinns, c'est Iblis aussi le nom. Des fois ce sont des propos délirants, des fois non, ce sont des croyances en fait, ce sont des croyances culturelles.

Le djinn, ils en parlent dans le Coran ? Oui, oui alors après même les sorts, je veux dire la voisine, elle te fait, elle t'a jeté un sort, etc. etc.... Oui c'est des croyances. **Oui, tu arrives après à faire la différence même quand c'est délirant ?** Oui, oui ça ne me choque pas en fait, même dans les délires quand ils parlent de ça, tout ça, même

quand c'est délirant, ça ne me choque pas plus que ça en fait parce que je sais que ça fait partie de leur culture.

Tu as des choses qui font partie de la culture qui ne vont pas forcément être délirantes ? Oui c'est ça. **Et d'autres qui font partie de la culture mais qui sont sur un côté délirant ?** C'est ça. Enfin moi perso ça ne me choque pas plus que ça parce que voilà, il y a ce côté ou tu perçois ce côté délirant donc à la fois mystique, voilà tu sens qu'il est un peu à côté, parce que dans le fil de la discussion, tu te rends compte quand même que c'est un peu décalé, quoi. Et des fois non, des fois c'est, c'est adapté, c'est.... Mais ce n'est pas perçus si tu veux par quelqu'un d'autre comme étant des propos normaux, parce que ça c'est tout le monde qui te le dit.

Oui, ça me fait penser à un patient migrant, est-ce que tu penses que des fois ces patients qui sont hospitalisés chez nous, est-ce qu'ils seraient hospitalisés dans leur pays d'origine ?

Non, probablement pas, la médecine n'est pas aussi avancée, pas tous.

Il y a la question de la médecine mais au niveau de leur pathologie, est-ce qu'ils seraient considérés comme ayant besoin de soins ?

Honnêtement non. Il y en a plein qui sont... Les trois-quarts en fait, ils sont, ils vivent avec tout le monde, hein.

Ce que je veux dire, c'est qu'un patient migrant que tu trouves ici délirant, tu ne le trouverais pas forcément délirant ? C'est ça là-bas, ça passerait, ça passerait. C'est-à-dire tant qu'il n'a pas de trouble du comportement, que s'il délire gentiment, ça passe.

Et de ton point de vue d'occidental, est-ce qu'il serait délirant ? Ah oui. Souvent, quand il y a des décalages en fait. **En fait, il serait malade ici mais pas malade là-bas ?** C'est ça parce que ça, ça serait ça passerait. **Ca ferait partie des normes sociales ?** C'est ça, parce que en fait, en Afrique où que ce soit, au Maroc ou en Mauritanie, en fait, ils hospitalisent que ceux qui leur causent vraiment problème. Autrement des délirants, tu en vois partout, il y en a partout, ils ne sont pas hospitalisés pour autant, ils ne sont pas pris en charge, tant qu'ils ne posent pas de problème à la société, à l'ordre public. Ils sont là tranquilles, sauf des fois quand ils sont dénutris ou que vraiment ils commencent à se déshabiller. Alors les gens viennent par bienveillance. Souvent ils leur mettent des trucs et les emmène à l'hôpital quand ils veulent. Mais c'est plus par bienveillance que pour les prendre en charge quoi. Parce que des fois, tu en vois, ils vivent 10 ans, 12 ans comme ça dans la rue avec tout le monde. Ils sont même connus de tout le monde, les gens les invitent à boire un café, ils prennent un café avec toi. Les gens rient un petit peu, voilà. Et puis après ils s'en vont, ils changent de table et voilà.

Est-ce que tu as une approche différente des soins pour les patients migrants ?

Oui, oui pour les patients enfin, avec qui j'arrive à communiquer. Quand je n'ai pas trop de communication, quand ce sont des Éthiopiens ou des Afghans, c'est un petit peu plus compliqué. **Mais avec les patients non occidentaux qui sont français ici, est-ce que tu as une différence ?** Oui, oui. **La différence c'est au niveau culturel ?** Bien oui, c'est ce rapprochement justement de culture, de continent parce que finalement, on est dans le même, il me considère comme étant du même port qu'eux. Quand je leur dis que suis africain aussi, ils sont plus apaisés quoi. Voilà. Ils me disent, tu es d'où, je suis du Maroc, marocain, donc il y en a qui ont des bons souvenirs du Maroc parce qu'il y en a qui transitent par le Maroc des fois. Sur les transits par le Maroc, soit par la Libye, l'Algérie c'est fermé car ils les refoulent aux frontières. Les libyens, ils les acceptent, mais bon, ils les maltraitent. Les marocains, du fait qu'il y a des accords si tu veux commerciaux avec les pays concernés, ils en prennent plus

soin, mais en contrepartie, ils ont des marchés d'État au Sénégal, en Côte d'Ivoire. **C'est donnant donnant ?** C'est donnant-donnant exactement, donc ça fait peut-être 5 ou 6 ans ils préfèrent passer par le Maroc parce qu'il y a des centres de rétention. Et après, ils arrivent à faire des demandes sur l'Europe et ils partent à partir de Melilla. **D'accord, oui, c'est moins risqué que de passer par la Libye ?** En Libye, c'est un petit peu plus rude pour eux parce qu'ils sont déjà emprisonnés parce qu'ils rentrent illicitement sur le territoire. Donc en général tous ceux qui arrivent de Libye ont déjà fait un ou deux ans de prison, ils sont rompus à tout hein. Donc ils sont un peu plus violents, un petit peu plus, enfin, ils connaissent un petit peu tous ce milieu. Ils savent ce qu'il faut dire, ils ont tous un discours « copier-coller ». Ils te racontent tous la même chose en fait. On en a encore eu un qui a « clashé » aux Saules Il y a une dizaine de jours, il a fini à l'USIP et il y est toujours. Et lui voilà, il avait pris l'habitude de tout avoir si tu veux. Il disait je viens de Libye, moi je suis dangereux. Il me faut donc tout. Tous les éducateurs lui fournissaient les cigarettes machin et au Saules, Il a commencé à repartir dans ce schéma là et là-bas les filles, elles lui ont enlevé sa barrette de chite et c'est monté. Et puis après, de commun accord avec l'équipe, elles n'ont pas voulu apaiser les choses parce qu'elles disaient que les demandes allaient progressivement monter de façon exponentielle.

Est-ce que tu incorpores la dimension religieuse d'un patient dans les soins ?

Pour ceux qui sont pratiquants oui, il y en a qui sont demandeurs. Oui, tu l'intègres. Et pour ceux qui ne le sont pas, non, puis ils ne demandent pas, comme les autres, si tu veux, il y en a certains oui ils demandent.

Que penses-tu d'un patient qui te dit qu'il a besoin d'un sorcier pour ses soins ?

Après ça les apaise. Tu sais toute cette sorcellerie, c'est un peu comme des trucs de médecines douces ici, tu peux ne pas y croire, mais ça, il y a quand même un résultat.

Tu ne penses pas que le fait de lui dire qu'effectivement, il va aller voir un sorcier, ça va renforcer son délire ? Ça peut selon les cas, ça peut, mais ça l'apaisera toujours, ça fait partie de ce que je te dis les gens, tu vas voir un match de foot, c'est normal d'aller passer par un sorcier. **Ça renforcera peut-être le délire, mais il ne sera pas forcément plus intense mais ça l'apaisera.** C'est ça, ça l'apaisera, ça apporte toujours quelque chose. Même si effectivement après c'est discutable, voilà ici tu peux dire bon, est-ce que ça va renforcer pour certains, certes, ça va renforcer. Pour d'autres, peut-être ça va les apaiser tout de suite. C'est au cas par cas. En fait, c'est sûr que des fois, tu ne vas pas dans leur sens, voilà de leur entretenir ce délire qu'ils ont en disant, Je vais t'emmener chez le sorcier, tu vas aller mieux alors qu'on sait très bien que ça va tout juste l'apaiser, éviter de trop l'inquiéter mais après on sait très bien que ça ne va pas le soigner.

Est-ce que tu penses que tu peux acquérir une alliance thérapeutique en lui faisant comprendre qu'effectivement, il peut aller voir un sorcier ? Certains oui, pour certains oui, ça peut aider comme ça peut servir comme ça peut desservir. C'est vraiment au cas par cas quoi. Il faut avancer à vue en fait, Il n'y a pas de règles, effectivement pour certains, ça va le faire, d'autres non, du tout, ça va renforcer le délire et au contraire, l'exacerber peut être et donc c'est au cas par cas. Ça peut que les apaiser quoi en fait. Pour la majorité, pour ceux qui ont grandi dans ça en fait oui.

Ceux qui sont baignés dedans depuis toujours ? Ah oui, ça fait partie de, c'est comme ça, ça fait partie des grigris, les sorciers, les marabouts, c'est culturel, hein ?

Après lorsqu'un patient délirant te dit qu'il est pris par un djinn, ce n'est pas forcément le djinn ? Le djinn, c'est comme s'ils sont habités, c'est-à-dire c'est comme ils ont besoin de l'exorciste en fait. Ils sont habités c'est le djinn, c'est le mauvais esprit, ce n'est pas le bon esprit. **Et dans le Coran ?** Iblis, c'est le « sheitan » c'est lui qui te

donne des mauvaises ondes. Des mauvaises ondes quoi tu es tranquille en train de regarder la télé chez toi, tu as la petite voix qui tu te dis, Oh, va prendre un café, enfin quelques bières avec tes copains et ça dégénère après et tu te dis, punaise c'est Iblis, c'était le mauvais côté quoi. **Donc, c'est compliqué parce que d'un point de vue occidental, on va dire qu'il est halluciné, qu'il entend des voix ?** C'est ça, au niveau culturel, c'est normal, c'est à dire que tout le monde entend la voix, c'est la Voix du sage. Tu es en train de regarder la télé, tu vas avoir une voix qui te dit, va dormir et l'autre qui va te dire non, non, continue à veiller, je veux dire, ce n'est pas délirant, c'est ce qui se passe en fait, mais là, si tu veux, c'est deux idées que tu as dans la tête. Mais là, on te dit bon dans cette oreille un qui te souffle le bon, l'autre c'est le mauvais, ouais. C'est tout. C'est sûr que si tu dis ça à un occidental, tu dis, j'écoutais la mauvaise voix. Il va dire, il entend des voix, le type. Mais moi le premier, moi ça m'arrive de dire, de parler à quelqu'un, de dire, J'ai écouté la mauvaise voix. Si quelqu'un m'entend, il va se dire... c'est ça, on se dit, il entend des voix alors que ce ne sont pas des voix. C'est dans la culture, on se dit c'est là, on a écouté la mauvaise voix en fait. **Oui.** Ce sont des idées que tu as, voilà tu as le sage qui te dit, repose-toi, reste tranquille et l'autre qui te dit non, non, va sauter. Après quand tu te fais mal ou tu te casses une jambe, tu te dis, je n'ai pas écouté la bonne voix. J'aurais mieux fait d'écouter le sage qui me disait, reste tranquille, regarde la télé ou va travailler ou va écrire pour éviter les emmerdes voilà qui surviennent après. Ça, c'est culturel c'est vrai que c'est un truc qu'on dit, même moi je le dit ouais. **C'est dit comme ça là-bas.** C'est comme ça, on a baigné dans ça et c'est toujours la mauvaise voie qui nous a influencé quoi ? **Et ça, tu as une façon différente de le dire ?** En fait, nous on dit, on a deux oreilles, dans une oreille, tu as le bon sens enfin l'ange et de l'autre tu as le djinn, iblis qui vient te parasiter, qui te fait faire des Conneries. **Et en arabe ?** Et oui tu dis, c'est le sheitan, tu ne peux pas dire à quelqu'un, c'est le diable qui m'a mal orienté, dans la phrase déjà tu vas rigoler. **Donc là-bas, vous dites, c'est le diable qui m'a mal orienté.** C'est ça. **Alors qu'ici en France, tu dis, j'ai écouté la mauvaise voix. Il y a une différence d'expression.** Ce sont des croyances quoi.

Les attaques de sorcellerie, tu as tout ce qu'on te fait consommer. Par exemple, ton épouse qui veut t'empêcher de sortir, effectivement, elle va te faire des herbes, tu vas boire des trucs qui vont effectivement te ralentir, te faire baver un peu, parce qu'ils sont forts en plantes médicinales. **D'accord.** Donc ils vont te préparer des trucs avec à base de je ne sais pas, je vais te dire de cervelle de hyène, avec des plantes qui vont te faire bouffer. Mais si tu veux, ça va t'influencer. Parce que moi j'ai connu des personnes qui étaient vraiment saouls, qu'on faisait manger en fait et effectivement quand tu les as, ce sont des « légumes ». **D'accord.** Bien oui, ça agit, si tu veux, c'est au même titre qu'un médicament puisqu'il y a beaucoup de médicaments qui sont à base de plantes. **Mais ça, c'était fait à leur insu ?** Ah oui, c'est à leur insu toujours, toujours, c'est pour ça que quand tu vas chez le marabout, tu lui dis qu'elle me fait manger des trucs, il te fait toujours cracher, cracher des grenouilles, des gros trucs, des tas de nœuds. Je ne sais pas si t'as déjà assisté à des séances de... En fait tout ce qui est, il te fait recracher le truc, le venin que tu as. Donc il t'enlève plein de trucs soi-disant hein. Moi je sais que ce n'est pas vrai mais bon. Le mec, il sort un peu libéré de ça. **Enfin, il faudrait juste qu'il arrête de manger ce que lui donne sa femme.** Exactement et effectivement, dès que le marabout lui dit faut plus que tu manges, va manger à l'extérieur va manger chez ta mère, va manger chez tes parents, ceux qui t'aiment. Le mec il redevient un autre.

Et tu as tous les trucs, les rituels de la poupée vaudou voilà ou tu crois ou tu ne crois pas. Tu vas amener la photo, l'autre il va te faire une lecture sur cette photo et il va la jeter dans le feu, il te dit ça y est ton ennemi, à partir d'aujourd'hui, il ne t'ennuiera plus. Tu crois ou tu ne crois pas.

Et par rapport à la nourriture en fait, c'est aussi pour ça que parfois les patients migrants ne veulent pas forcément prendre ce qu'on leur donne, même chose pour les traitements. Exactement parce que tu les empoisonnes. Tu les empoisonnes ou si tu veux les ensorcèles. Souvent, il y a des Africains qui ne veulent pas prendre la médication, eux ils appellent les remèdes. La médication et les remèdes, ils ne veulent pas les prendre. Ce n'est pas un traitement, c'est la médication et le remède donc pour eux, voilà, tu leur fait bouffer des trucs qui sont en dehors de ce qui pourrait prendre. Mais des fois, ils ne prennent pas les gouttes, ils ne veulent pas les prendre. **Et donc par rapport à cette alliance thérapeutique, c'est compliqué à ce moment-là ?** Ah, quand ils sont comme ça, sur ces phases, oui, c'est toujours compliqué. À un moment, quand tu arrives à au bout de la prise en charge, tu passes par d'autres moyens, c'est sûr. Tu tentes, tu tentes, mais il y a quelquefois, c'est hermétique hein qu'il soit sénégalais, ivoirien. Quand ils sont trop envahis, c'est comme partout, tu arrives au bout, tu te dis bon maintenant, on passe à autre chose, soit on injecte, soit...Après tu réattaques quand ils sont un peu plus posés, quand le délire est un petit peu cassé, comme il a pris quelques antipsychotiques, voilà quand il est plus apaisé, moins angoissé. Effectivement le lendemain tu vois quelqu'un d'autre en fait.

Annexe 4 : Entretien avec P2

Ta date de naissance ? 14/08/1970

Sexe ? Masculin

Ton pays d'origine ? Canada

Ta profession ? Psychiatre

Ton niveau d'étude ? Équivalent de Thèse, Bac +7

Quelles sont les langues que tu parles ? Le français, l'anglais.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients migrants ? oui.

De quel pays proviennent-ils ? Afghanistan, Côte d'Ivoire, Sénégal. Guinée. Et j'en oublie, Géorgie, Arménie, Albanie, Laos. Voilà.

As-tu pu observer une différence entre ces patients d'origine migrante et les patients français ? oui.

Lesquelles ?

Pas les mêmes attentes. **Qu'entends-tu par attente ?** Par attente du soin, quand ils arrivent, ils sont avec une... Ils n'attendent pas la même chose de la prise en charge quoi, Ils arrivent souvent avec leurs plaintes et puis voilà. Ou alors ils demandent un traitement pour dormir, mais c'est tout ce qu'ils demandent. Une différence, bien ne serait-ce que dans l'entretien, parce qu'il se fait souvent avec interprète, Donc c'est compliqué, c'est plus compliqué de déceler les symptômes et la clinique. Ce ne sont pas les mêmes tableaux cliniques.

Quelles sont les difficultés par rapport à ces patients migrants ? C'est faire préciser les symptômes. Faire préciser les symptômes et puis les faire revenir, faire qu'ils reviennent régulièrement. **Quand ils sont venus une fois, ils ne reviennent pas forcément ?** Ils vont venir une fois ou deux, un petit peu plus ou alors après, ils ne sont plus pris en charge ici, ils perdent leurs droits. Donc ils n'ont plus personne pour les accompagner ou ils n'ont plus d'interprètes pour traduire, donc ils ne viennent plus.

Ces patients migrants quand ils maîtrisent un petit peu la langue française, est-ce que tu arrives à faire un entretien satisfaisant ? Pas toujours complètement. C'est pareil, tu as du mal à faire préciser les symptômes.

Est-ce que tu penses que la langue maternelle des patients migrants est un élément important dans la prise en charge de ces patients ? Oui.

Et pour quelle raison ? Alors c'est parce quand il y a un traducteur, c'est un petit peu plus facile de faire préciser ce qui ne va pas. Mais disons que tu fais un petit peu plus confiance à la réponse qu'ils te donnent. **Quand il y a un interprète ?** Oui, quand il y a un interprète, oui quand eux vont s'exprimer, même en français et que ce n'est pas toujours évident, tu as un peu plus confiance dans ce que le traducteur va dire que dans la réponse ou tu n'es pas toujours sûr qu'ils aient bien compris la question. Puis ils expriment bien ce qu'ils veulent dire. **C'est principalement une question de compréhension de la langue ou c'est autre chose ?** Oui c'est surtout ça.

Quand il y a la barrière de la langue, tu fais intervenir un interprète. Est-ce que tu as eu des difficultés pour faire intervenir ces interprètes ? Non. Jamais ? non, mais si, si, quand J'en cherche un pour certains dialectes afghans par exemple. Le truc le plus courant, je crois que c'est le pachtoun. Ça, il y a des interprètes sur Pau et du farci, il n'y en a pas. Et puis c'était quoi, c'était, je crois pour l'albanais, pendant un moment aussi, il n'y avait pas de traducteur, mais là, j'en ai vu récemment, ils ont dû revenir.

Qu'es ce que tu attends des interprètes ? A la fois qu'il fasse une traduction juste de ce qu'ils disent. Mais j'en attends un petit peu plus aussi et qu'ils apportent aussi

de leur côté de la culture, pour expliquer aussi quand un mec par exemple, le truc classique, quoi, quand un mec va se plaindre d'entendre des djinns. Et puis qu'il me fasse la différence entre : il a des hallucinations ou c'est sa manière de dire qu'il est angoissé, quoi. Donc, c'est aussi le fait qu'ils nous remettent un petit peu dans le contexte. **Dans le contexte culturel ?** Oui Ah oui. Et puis effectivement, dans le contexte de vie aussi, de manière générale, c'est souvent parce que c'est rare que les services sociaux qui accompagnent soient là. Enfin, je n'ai jamais vu ou très, très rarement, des personnes du CADA accompagnées. Donc, c'est le traducteur qui va m'expliquer. Il a eu sa 3e demande, rejetée ou il est en attente de tels trucs. Voilà, eux, ils connaissent le dispositif mieux que moi. Ils expliquent ça aussi. Après les conditions de vie parce que quand un mec va dire oui j'ai un logement avec le CADA, et puis tu as le traducteur qui te dit oui, ils sont cinq dans une chambre dans le formule 1 avec les autres Afghans d'une autre tribu, à l'étage en dessous, et c'est la guerre. **Des informations que tu n'aurais pas forcément ?** Le patient va pas se livrer spontanément quoi, Il est content, il a un logement oui mais bon... **Oui puis tu ne vas pas forcément te poser la question ?** Oui voilà oui et là le mec il me dit, il a un logement voilà je m'arrête là.

Est-ce que ça t'arrive de ne pas avoir recours aux interprètes ? C'est arrivé mais contraint et forcé quoi, parce qu'il n'y avait pas d'interprète financé.

Est-ce que tu as des connaissances sur les cultures de ces patients ? Très peu. Je regarde sur Wikipédia, où est le pays. Parfois je regarde sur le site d'Amnesty pour voir un peu les conditions en ce moment au niveau guerre, tolérance religieuse sexuelle tout ça, enfin, des orientations sexuelles. Voilà.

Est-ce que ta connaissance ou ta non-connaissance de cette culture impacte l'accompagnement de ces patients ? Non, je ne pense pas. Enfin, j'essaie que ça soit le moins possible. Une personne anxieuse, c'est une personne anxieuse. C'est plus quand ils vont avoir des délires mystiques, des choses comme ça ou c'est plus compliqué de faire la part des choses au niveau du diagnostic. Et encore, ce n'est pas ce qu'ils vont exprimer, c'est ce qu'on voit dans le service par exemple. **Au niveau du comportement ?** Voilà, un patient schizo, il ressemble à un autre patient schizo français. **Oui, oui, avec peut-être quand même des différences culturelles au niveau du comportement, non, même pas ?** Pas forcément non, je ne trouve pas. Pas dans les signes de dissociation, pas dans les trucs comme ça, un mec bizarre, ça reste un mec bizarre. Justement, c'est aussi la question que je pose au traducteur des fois. Es ce que c'est bizarre ce qu'il dit ou est-ce que c'est quelque chose qui vous parle.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients qui t'ont parlé de djinn et de sorcellerie ? Oui.

Et donc tu en penses quoi ? Bien j'essaie de faire la part des choses entre un délire mystique et juste une interprétation d'un mal-être. Une explication, il rationalise le fait qu'il ne dort pas. Comme il y en a qui vont dire, ils ne dorment pas. Oui, ils sont à cinq dans une chambre prévue pour une personne. Donc tu dors mal parce qu'il y a des gens et que tu es en insécurité. Voilà. Mais qu'est-ce que j'en pense, oui, que des fois tu vas vite te taxer de délires mystiques alors qu'en fait c'est juste dire je ne vais pas bien, c'est la faute au djinn. **Le djinn n'est pas forcément tout le temps délirant ?** Oui, oui voilà, c'est ça. C'est juste pour dire « ça ne va pas » et que son explication à « ça ne va pas », nous, ça va être, il est déprimé, mais lui, ce sont les djinns quoi. Tout ce qui t'arrive de problème, ce sont les djinns. **Ce sont les djinns qui font que tout va mal.** Voilà, c'est ça.

Et au niveau sorcellerie enfin différent des djinns ? Ouais non je n'en ai pas eu tant que ça. Quelques expressions aussi religieuses, oui. Un mec déprimé et puis qui parlait beaucoup de Dieu, avec des idées mystiques, des idées de grandeur. Que Dieu allait le sauver et tout ça. Ça avait été compliqué de faire la part des choses, justement, entre des idées de grandeur et Croyance quoi. Et par rapport à la sorcellerie, je réfléchis. Oui, j'avais une patiente. Enfin ce n'est pas une migrante, elle est guadeloupéenne. **Peut-être une culture différente ?** C'était plus une culture familiale, voilà de sorcellerie. Sa grand-mère avait le troisième œil, sa mère aussi, voilà elle aussi, elle l'avait, elle voyait des choses. **D'accord, Ah oui, donc c'était encré familialement.** Oui voilà, plus culture familiale que culture ethnique.

Es ce que tu as une approche différente du soin pour les patients migrants ? Oui. Oui. Je sais qu'il y a des trucs où je ne pourrais pas les aider, enfin, s'ils sont angoissés parce que c'est leur deuxième appel et ils attendent le résultat, ils savent qu'ils vont être expulsés s'il est négatif. Je ne vais pas forcément essayer de les rassurer en leur disant vous verrez, tout va bien se passer. **Ça serait plutôt les contraintes administratives.** Oui voilà, je ne peux pas grand-chose sur leurs conditions de vie. **Tu peux travailler l'angoisse, mais tu ne peux pas travailler la cause de l'angoisse.** Voilà. Oui. Donc ça, ça change la prise en charge. Je sais qu'ils vont avoir des difficultés pour revenir régulièrement. Donc tendance à mettre d'emblée un traitement en place. Après, je sais qu'ils peuvent avoir un accès difficile au traitement. Et puis alors récemment là, après avoir écouté des trucs sur la prise en charge des migrants, maintenant je rajoute plus des prises en charge à tendance sociale et occupationnelle. On en a envoyé quelques-uns aux ergothérapies qui ont été métamorphosés. Ça leur a fait un bien fou d'être occupés et de voir du monde. Qu'ils se rendent utiles. **Qu'ils sortent de leur isolement.** Oui voilà. Même s'il y en a un qui parlait français donc ça allait mais un autre qui ne parlait que très peu français mais il était super content d'y aller aux ergo. **Le fait de voir du monde.** Voilà et puis de se rendre utile. **Quelque part de s'intégrer.** Oui. Oui, d'être occupé et de se rendre utile. Je pense que c'est ça les trucs qui les ont aidés voilà.

Est ce que tu incorpores la dimension religieuse d'un patient dans les soins ? Euh oui, dans la mesure où je leur dis que moi, ça ne me paraît pas incompatible avec la prise en charge médicale et qu'on peut faire les deux. Voilà, mais qu'après, c'est lui qui s'occupe de sa religion et de ses trucs et moi je m'occupe du côté médical.

Et quand c'est sur une partie délirante, que c'est une thématique mystique, religieuse ? Pareil. Je fais pareil, des fois je fais intervenir l'aumônerie mais c'est plus quand il y a une demande et quand je sens que ça peut être soutien. Parce que quand il y a un vrai délire mystique même si tu fais venir le prêtre ou l'imam ou qui que ce soit, le mec, il va te dire non mais il n'a rien compris le prêtre. C'est moi qui ai compris quoi. Voilà tandis que si le Mec a un délire mystique, enfin, il est très mystique et que voilà, il attend une validation par un prêtre, un truc comme ça, là ça peut plus marcher. Que faire venir un prêtre pour lui dire, non mais c'est délirant ce que vous dites. **Oui c'est dans le but de rassurer.** Voilà, là ça a été le cas à ESA1 sur un mec mélancolique avec des idées de culpabilité en disant, il a rejeté Dieu, enfin lui a rejeté Dieu, donc il n'a aucun pardon donc il ne peut que mourir. Il ira en enfer et tout. Dès qu'il a été un petit peu mieux, on a fait venir un mec de, enfin c'est lui qui a demandé à faire venir un mec de sa congrégation que j'ai quand même eu au téléphone avant pour savoir ce qu'il en pensait de tout ça. Et le mec l'a rassuré. En disant mais non. Vous serez toujours pardonné et tout ça, voilà, le type était plus accessible, mais 15 jours avant, c'était, je ne mérite même pas. Et même si Dieu veut me pardonner, je ne mérite pas, mais c'était trop. Plus dans ce sens-là que je prenais en compte la religion.

Après le ramadan aussi. Pas mal de gens qui veulent faire le ramadan. Oui, faites le ramadan quoi. **Oui donc tant que c'est possible au niveau thérapeutique ?** Oui par rapport au traitement, je ne les empêche pas non.

Et donc tu as un patient qui soit ensorcelé ou soit pris par les djinns et qui te demande s'il peut avoir un traitement non occidental ? Allez-y, faites-le. Oui, allez-y oui. **Pour rechercher une alliance ?** Oui. Et puis parce que si ça peut l'aider qu'il le fasse, alors après ça dépend ce qu'ils font quoi. Parce que j'ai souvenir d'une patiente qui est allée au Maroc se faire exorciser comme ça. Résultat, elle a passé trois jours dans un truc à se faire tabasser. Alors après, elle me disait normalement, tu as ça, hein, symboliquement, tu frappes la personne. Des fois, c'est avec une espèce de petit fouet comme ça et tu fais « poum poum » et le démon s'en va. Non, elle, c'était on la tabassait quoi, des coups de poing dans le ventre donc non. **Oui, tu te renseigne un peu avant.** Oui, j'essaie de voir ce qui est prévu.

Mais c'est pour toi, pas incompatible avec le traitement ? Non. Justement en m'assurant qu'il y ait ça aussi, que s'ils y vont se faire exorciser, ils continuent à prendre le traitement. Qu'on soit bien d'accord tous les deux là-dessus. Les deux ne sont pas incompatibles et s'ils lui disent l'inverse, qu'il se méfie.

Même si je n'y crois pas oui, voilà, oui. **Pour toi il n'y a pas de risque qu'il devienne encore un peu plus délirant ?** Ah non, non, je n'ai pas eu le cas sur des personnes délirantes vraiment mais ça ne les a pas fait délirer plus que cela. **Ça les rassure en fait.** Oui, voilà oui, ils sont devenus plutôt apaisés.

Oui, puis quelque part tu prends en considération tout leur aspect culturel. Oui c'est ça, voilà, et puis après ça permet aussi au retour quand ils vont faire ça à l'étranger de discuter. Vous avez vu la famille ? Et comment c'était, comment vous vous sentiez là-bas et tout ça, quoi, voilà.

Et est ce que ça t'est arrivé justement, qu'il y ait des gens qui avec cette problématique, qu'ils repartent au pays pour avoir le traitement et qui étaient beaucoup mieux après le traitement ? Oui, j'en ai eu un, un dépressif chronique, toujours en train de se plaindre, ça ne va jamais. Il a été là-bas, il est revenu métamorphosé. Parce qu'il a été exorcisé, il m'a montré les vidéos et tout, non mais regardez, j'ai vraiment quelque chose, hein. Oui, Regardez ce que je fais là. Et puis il se tourne dans tous les sens. Ils m'ont vraiment fait un truc sérieux, hein. Il est revenu, il allait beaucoup mieux.

Annexe 5 : Entretien avec I2

Ta date de naissance ? 02/12/1991

Sexe ? Féminin

Ton pays d'origine ? France

Ta profession ? Infirmière

Ton niveau d'étude ? Bac +3

Quelles sont les langues que tu parles ? français, anglais et un peu espagnol.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients migrants ? Oui, absolument.

De quel pays proviennent-ils ? Guinée. J'ai 2 patients de Guinée ici. Afghanistan.

Est-ce que tu as pu observer une différence entre ces patients migrants et les patients français ? Oui. Il y avait beaucoup de différences dans notre façon de faire au sein de l'hôpital, une façon de les prendre en soin. En termes de comportements les uns avec les autres. On avait 2 patients de Guinée qui avaient des relations aux femmes très particulières et ils ne comprenaient pas pourquoi par exemple, ici à ESA1 dans le service fermé, les infirmières pouvaient leur dire ce qu'ils devaient faire. On a eu des problèmes assez difficiles au début, sur la prise en compte du travail féminin.

D'accord. Hum, à part la barrière de la langue en plus forcément et cette relation à l'autre qui était particulière parce que leurs coutumes n'étaient pas les mêmes, rien de plus qui me vient en tête. **Donc, ce qui était difficile, c'était la relation homme femme ?** Oui, alors beaucoup avec nous et pas mal aussi entre patients finalement. Il y a eu quelques troubles avec certaines patientes, notamment d'ordre sexuel chez les patients qui avait du mal à réfréner leurs envies. Et on a dû leur expliquer comme on a pu ce qui était coutumier en France. On a eu beaucoup de mal à défaire ce qui était de l'ordre du délire chez ces patients notamment les 2 premiers qui présentaient des délires. On a eu du mal à défaire ça et il y en a un où cela s'est arrêté au délire finalement. Il y en a un autre qui nous a expliqué que dans sa coutume, dans son village, les hommes choisissaient les femmes. Et donc on a dû faire un gros travail d'éducation sur le comment ça se passe ici.

La femme n'avait pas le choix, c'est lui qui choisissait ? C'est ça, qu'en gros, il choisissait une femme quand ils étaient jeunes et donc ils étaient liés un peu tous les deux et du coup ça se faisait comme ça.

Est-ce que ces patients maîtrisaient un petit peu la langue française ? Maintenant oui, sur les premières hospitalisations non. Maintenant, oui, ils ont accès à beaucoup même pendant les hospitalisations. Il y a des associations à Pau qui enseignent justement aux migrants la langue. Donc au début non, mais finalement, quand on les revoit en hospitalisation, généralement il y a des progrès qui sont faits.

Et quand il ne parlait pas bien enfin même s'il parle bien français maintenant, est ce que tu penses que la langue maternelle d'un patient migrant est un élément important dans sa prise en charge ? Absolument. Absolument parce que ce sont des patients qui arrivent dans un pays étranger et souvent pour des raisons traumatisantes. Ils arrivent et dans le cas des patients que je connais après je ne parle pas pour les autres mais nous, les patients qu'on a eu, ils étaient très traumatisés, très délirants, très malades au final.

Et quand ils sont arrivés ici, le fait, en plus d'avoir cette barrière de la langue, c'était hyper compliqué. Et dès qu'on a pu mettre en place une prise en soin avec un traducteur, ils étaient libérés, ils ont parlé pendant des heures avec cette personne et ils pouvaient lâcher ce qu'ils ressentaient, leur mal-être, des choses qu'ils ne pouvaient pas faire avec nous et du coup, c'était hyper compliqué pour la prise en soins, pour le lien soignant parce qu'ils voulaient nous dire des choses, mais ils ne pouvaient pas,

donc on ne pouvait pas nous, les rassurer. On ne pouvait pas, c'est très compliqué, c'est le plus compliqué dans la prise en soins des migrants je trouve.

Au-delà de cela enfin, avec les différences qu'il y a de coutumes, de mœurs, c'est que quand on ne les connaît pas en tant que soignant, c'est compliqué de ne pas savoir. C'est la barrière de la langue le plus compliquée oui.

D'accord, par rapport à ça donc j'imagine vu que tu en as parlé, tu fais intervenir des interprètes ? Oui, on a des interprètes donc sur l'hôpital et on a une association à Pau qui nous, nous a été utile à plusieurs reprises parce qu'il faut savoir qu'en Guinée il y a la langue commune et il y a beaucoup de dialectes et dans les dialectes, ce n'est pas tout le monde qui sait le parler. Et au sein de cette association, ils ont plusieurs personnes qui parlent plusieurs de ces dialectes et donc on travaille beaucoup avec eux.

Parce qu'à chaque fois qu'on a ces patients, c'est hyper compliqué donc maintenant on sait qu'on a des personnes identifiées et on les appelle directement.

Et ces interprètes, tu les fais intervenir à quel moment ? On essaie de le faire le plus tôt possible parce que nous, on est du coup en pavillon de crise et qu'il faut qu'on sache vite en fait sur quoi on part pour pouvoir mettre le bon traitement en place. Et si on ne sait pas si le patient il a des idées suicidaires ou il délire ou quoi, c'est très compliqué d'adapter un traitement. Donc nous on le fait intervenir le plus tôt possible, c'est à dire rapidement quelques jours après l'entrée si on peut.

Dès qu'ils peuvent en fait au plus tôt, on peut même le faire par téléphone en fait.

Et les interprètes, ils interviennent essentiellement quand il y a le psychiatre où cela peut être en général ? On essaie de le faire avec le psychiatre comme ça on fait tout en même temps : l'entretien infirmier dans lequel on explique nous le service, ce qu'on va faire, le médecin fait son entretien médical. On essaie de faire un truc, quand il vient, il vient pour une heure, deux heures voilà.

Est-ce que parfois tu n'as pas recours aux interprètes et pourquoi ? Quand le patient a des notions d'anglais par exemple, et qu'on a des soignants qui parlent un peu anglais, on peut essayer, c'est toujours plus facile. C'est une des langues les plus parlées. Donc en général, on se saisit un peu de l'anglais et au bout d'un moment on arrive à faire quand le patient est rentré dans une dynamique dans le service, il connaît les horaires, les trucs qu'on arrive un petit peu plus à se faire comprendre avec des gestes, avec des mots, avec des... Mais c'est souvent secondaire à un premier gros entretien un interprète pour lui expliquer même le service et tout. Après on essaie de se faire comprendre, les médicaments, les douleurs. On essaie de mimer quoi, c'est très compliqué.

Donc pour un patient migrant, même s'il parle un petit peu l'anglais, même s'il parle un petit peu le français, tu fais quand même intervenir un interprète ?

Oui, sauf si c'est un patient qui est complètement bilingue en anglais et qui va réussir à se faire comprendre. Ça, ça nous est déjà arrivé aussi, on n'a pas eu de soucis et on a pris ce patient en soin très facilement au final parce que même les médecins parlent anglais. Mais je trouve que ce n'est pas assez de baragouiner deux-trois mots et de se faire comprendre sur quelque chose qui déborde. On ne va pas, on ne peut pas rentrer dans le détail, on ne peut pas aborder ce qui est de l'ordre de l'émotionnel, on ne peut pas bien rentrer dans le détail avec lui simplement, il ne peut pas se livrer complètement s'il sait qu'on ne va pas le comprendre. Et souvent on a ça en fait, on essaie de chercher avec lui tu as mal, tu as quelque chose et en fait, il essaie de nous dire quelque chose d'autre. On ne comprend pas et ça casse un peu la dynamique, le lien. Et il ne peut pas s'exprimer.

Est-ce que tu as des connaissances sur les cultures de ces patients ? non, aucune. Non, pas assez. Oui enfin, pas assez. Je vais avoir connaissances que notre patient afghan actuellement fait le Ramadan, donc oui je me renseigne pour savoir, parce que je suis de nuit, à quelle heure je vais pouvoir le faire manger. Enfin des trucs, mais que de la surface et on n'a pas, on n'a pas du tout d'apport sur ce genre de choses. On ne sait pas en fait. Et clairement sur les journées on n'a pas le temps de chercher quoi.

Est-ce que ta connaissance ou ta non-connaissance de cette culture justement, impacte l'accompagnement du patient ? Oui, absolument pour tout ce qu'on a cité avant, c'est le fait de ne pas savoir ce qu'il va falloir mettre en place auprès de lui pour faciliter l'établissement d'un lien. Peut-être que dans la culture, un homme parle à un homme et ça on ne le sait pas, ce genre de truc. Et on ne saura pas forcément ou quand il va nous parler de quelque chose qui lui semblera évident. Et comme on n'a pas la connaissance, c'est compliqué.

Est-ce que tu penses que l'interprète peut t'aider dans ce cas-là ? Oui, c'est ce qu'on a fait, sur une des prises en soins d'un patient qui venait de Guinée et quand il le patient est sorti de l'entretien. On a discuté beaucoup, longuement avec l'interprète. Il nous a donné des pistes, donc déjà pour le comprendre, mais aussi des pistes sur la prise en soin. Quand est-ce qu'on pouvait lui parler. Est-ce que c'était plutôt adéquat que ce soit un homme qui y aille. Et oui, effectivement, le matin, pardon au levé dans sa chambre, c'était mieux que ce soit un homme plutôt qu'une femme pour des questions de culture. Et du coup, les interprètes, à ce moment-là nous sont très utiles mais les interprètes sont très sollicités. Donc on ne peut pas non plus faire en sorte qu'il reste pendant 4h et nous expliquer comment ça marche, mais quand ils viennent, on essaie de le faire.

Vous les faites venir plusieurs fois ? Alors, la plupart du temps quand on peut, oui, dans l'absolu, le premier entretien et quelques jours après, mais c'est comme je te dis, ils sont très pris. Le plus souvent ça se finit par des entretiens où ils sont au téléphone avec nous en haut-parleur, et ils traduisent au fur et à mesure.

Donc le petit bémol au niveau des interprètes c'est qu'ils n'ont pas assez de temps ? Bien parce que je pense qu'ils ne sont pas assez nombreux et donc du coup s'ils interviennent sur tous les établissements de soin de la région, les associations de migrants de la région. Effectivement, ils ne sont pas assez nombreux je pense mais déjà le travail qu'on fait avec eux du coup nous avancent terriblement. **Il est satisfaisant ?** Oui, absolument.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients qui t'ont parlé de djinns, de sorcellerie ? Absolument une patiente, ce n'était pas une patiente migrante, une famille musulmane. **Donc ce n'était pas une migrante de première génération, c'était la seconde génération.** C'est ça, enfant de migrants du coup et qui mettaient le compte de la pathologie psychotique de leur fille sur le compte de djinn en disant qu'elle était possédée par une vingtaine de djinns et que c'était ça et qu'il fallait la ramener au pays pour la faire exorciser. **Et tu en penses quoi.** Je trouve que c'est compliqué en tant que soignant d'avoir une conviction sur l'état psychiatrique d'un patient et d'être face à une conviction religieuse parce que le djinn c'est ça, finalement, c'est une conviction... Il me semble que c'était une divinité du coup dans le Coran et qu'elle pouvait t'influencer. Mais du coup ça, ça vient d'une conviction religieuse. L'existence de djinn ça découle d'une conviction religieuse, en tout cas de la culture. Et c'est très compliqué parce qu'une fois que on a posé ça et que ça vient effectivement d'une croyance ou tu ne peux pas discuter, on ne pouvait pas discuter et du coup tu pars sur un échec de prise en soin psychiatrique parce que tu vas avoir des patients

qui vont être contre tout ce que tu vas leur amener, et c'est très difficile de discuter avec ça et de discuter avec eux, de négocier en fait. C'est notre travail de négociation de la prise des traitements, elle se heurte à une croyance, une conviction. Tu ne peux pas dire, mais non, vous vous trompez parce que c'est une croyance parce que le djinn vient de la culture, de la culture religieuse quoi.

Alors je n'ai que ce recul là mais c'est quelque chose qui n'avait pas été possible. C'était un djinn, c'était un djinn et la seule fois où ça a été possible finalement et qu'actuellement cette patiente prend un traitement, ça a été au bout de la 15^{ème} hospitalisation.

En gros, c'était dans sa religion, elle avait été choisie. C'est comme ça. La seule chose, c'était qu'on pouvait l'exorciser. C'était quelque chose de spirituel, pas religieux mais spirituel. Donc c'est spirituel, ce n'est pas notre médecine traditionnelle qui allait soigner ça. **Et tu en penses quoi, pour toi, c'était quand même la maladie ?** Pour moi, c'est la maladie, mais c'est très confortable de dire ça quand tu n'as pas la même croyance quand tu n'as pas la même tu vois oui, mais j'aurais été un soignant qui partageait la culture. Tu vois peut-être que...

Un patient de culture religieuse chrétienne qui est complètement délirant, qui dit qu'il a été choisi par dieu, tu vas pouvoir te dire qu'il est délirant ? Oui. De la même manière, mais c'est de la même manière un patient qui croit qu'il a été choisi par Dieu. S'il s'oppose à son traitement, en tout cas, ici, on ne le force pas en première intention à prendre un traitement. **Et au niveau du diagnostic, tu vas te poser la même question ?** Je pense que le débat sera exactement le même, oui finalement. C'est-à-dire que même, moi je ne partage pas la culture catholique ou quoi. Et pourtant, même si on a un patient qui présente le même délire qu'il est la réincarnation de l'ange je ne sais pas quoi. Bien oui, on se posera la même question, ou est-ce que c'est de l'ordre du délire ou est-ce que ça devient de l'ordre de la culture et si le traitement peut le soulager, ça sera la même chose.

Enfin, je ne pense pas que ça changerait selon de quelle culture ça vient. Je ne doute pas que ce soit la maladie, mais je pense que dans le cas de culture comme ça ou il y a spirituellement une explication, c'est toujours plus facile de penser que c'est spirituel plutôt que la maladie. Et du coup, quand nous, on sait que c'est délirant et que la famille ou la patiente est convaincue que c'est spirituel, c'est compliqué de lui faire entendre que ça peut être un symptôme d'une maladie. Parce que ça sera toujours plus simple pour une famille de se rattacher à du spirituel plutôt que de la maladie psychiatrique qui est très dure à appréhender.

C'est ça qui est le plus dur en fait, c'est dans la relation au patient de ne pas pouvoir lui faire entendre que peut-être, ce n'est pas spirituel quoi.

Est-ce que tu as une approche différente des soins pour les patients migrants ?

Du soin, non. De notre capacité à pouvoir réaliser les soins comme aux autres patients, oui. Une approche du soin, non. **Il y a une différence pour réaliser les soins dans quel sens ?** Comme je le disais tout à l'heure, le fait qu'on ne connaisse pas les mœurs et tout, mais je trouve que dans les moyens qu'on a aujourd'hui de les connaître et tout. On va avoir quelques jours de flottement donc pour la réalisation des soins, ça sera moins évident qu'une personne dont je connais la culture. Mais non, je ne mets pas de différence parce qu'il faut toujours tendre à essayer de respecter au maximum la culture d'une personne en fait, quelle qu'elle soit.

Et donc on en a un petit peu discuté juste avant, mais est-ce que tu incorpores la dimension religieuse du patient dans tes soins ?

Oui, parce que je sais à quel point ça peut être important pour quelqu'un et le fait d'arriver dans un service, alors moi je le compare à mon ce service du coup. Le fait

d'arriver dans un service où tu es complètement privé de tes libertés, si en plus on veut te retirer le droit à avoir ta religion, je trouve ça très violent. Et ça fait partie d'une personne et on prend les gens en soins entièrement, donc quand on peut, on le fait, enfin, on essaie au maximum de le faire.

Je te dis, on a l'exemple en ce moment avec le patient qui fait le ramadan, on a ses horaires, on s'est imprimé les horaires de prière. On s'est imprimé les horaires, ça change tous les jours l'heure à partir de laquelle ils peuvent manger le soir et tout. On s'adapte à ça et je trouve que c'est normal. On a déjà eu des patients qui sortaient de table pour aller faire leur prière parce que c'était pile à l'heure où nous on servait le repas. Moi, ça me semble normal.

Annexe 6 : Entretien avec I3

Ta date de naissance ? 14/05/1965

Sexe ? Féminin

Ton pays d'origine ? France

Ta profession ? Infirmière

Ton niveau d'étude : Diplôme d'état.

Quelles sont les langues que tu parles ? français, anglais et espagnol mais au niveau du lycée donc ça date.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients migrants ? Bien sûr oui.

De quel pays proviennent-ils ? Surtout du continent africain, oui africain surtout, Algérie, Maroc, Mali, Sénégal, des Afghans aussi.

Est-ce que tu as pu observer une différence entre ces patients migrants et les patients français ? Oui, surtout culturelle et puis, vis-à-vis de la religion, voilà. Mais ça fait partie de la culture.

Quels ont été les différences culturelles ? Alors bien déjà au niveau de l'alimentation c'est une chose. Ensuite la manière dont ils avaient de nous parler alors la différence homme- femme, voilà. Et puis surtout la difficulté que nous on a, à communiquer avec eux et à les comprendre. Et puis quand même un peu la sensation de les laisser un peu tomber surtout quand ils ne parlent pas français, de passer à côté.

Est-ce difficile pour toi d'accompagner ces patients migrants ? oui

Pour quelles raisons ? Surtout pour le langage. Après, je pense qu'en tant que soignant, on est quand même assez ouvert pour comprendre les différences culturelles, les différences dans la religion, les respecter même au niveau de l'alimentation même si parfois ça nous fait un peu râler, mais c'est juste une question de logistique, rien de plus, c'est tout. Mais c'est surtout la barrière de la langue qui est très compliquée.

Et donc par rapport à cette barrière de la langue, est ce que ces patients migrants maîtrisaient un peu le français ? Certains pas du tout, et d'autres oui, ceux qui sont d'Afrique du Nord. Oui, voilà.

La communication dans les entretiens médicaux, les entretiens infirmiers, Est-ce qu'elle a été satisfaisante ? Non. Alors, pour les africains du nord, oui. Enfin Je pense qu'on arrive à se comprendre et à comprendre leurs difficultés, leurs angoisses et tout ça. Par contre, pour les personnes qui ne parlent pas du tout français, j'ai l'impression qu'on... Là, on a un Monsieur portugais, on passe complètement, j'ai l'impression de passer complètement à côté de lui, Je ne connais pas ce monsieur. Il ne parle pas un mot de français ou bonjour, merci. Moi je ne parle pas un mot de portugais. Quand il y a des entretiens, bon, il y a toujours un traducteur mais il n'y en a pas tous les jours des entretiens médicaux et il n'y en a pas tous les jours des interprètes donc à part dire oui, tout va bien ? oui. Bon, ben tant mieux, on va dire.

Justement tu parlais d'interprète donc s'il y a la barrière de la langue. Tu fais intervenir un interprète ? oui. **Et à quel moment tu fais intervenir ces interprètes ?** Surtout quand il y a des entretiens médicaux, enfin, c'est surtout ça, des entretiens médicaux ou des synthèses. Quand il y a plusieurs intervenants. On essaie de faire avancer la chose, mais dans le déroulement de la journée. Il n'y a pas du tout d'interprète, donc c'est vrai que ces personnes-là sont très isolées.

Penses-tu que la langue maternelle des patients migrants soit un élément important dans leurs prises en charge ? Bien sûr, mais bien sûr parce qu'en fait

c'est ce qui permet de communiquer. Et quand aucun des deux ne parle la langue de l'autre, il n'y a pas de communication possible.

Est-ce que vous rencontrez des difficultés à faire intervenir les interprètes ? Oui, il faut dire ce qui est, parce que souvent alors on a une liste. Mais voilà, il faut que ces personnes-là soient disponibles au moment où on a besoin d'eux. Parce que comme on le fait intervenir surtout avec les médecins. Quand le médecin dit, je serai là tel jour, essaie de faire venir un interprète. Bien là voilà. Ou alors quand on a de la chance, on a un collègue dans l'hôpital ou dans l'unité qui parle la langue et là c'est beaucoup plus facile. **D'accord, ce sont des difficultés un peu logistiques ?** Oui.

Qu'est-ce que tu attends d'un interprète ? Bien ce que j'attends, c'est qu'il dise exactement ce que dit le patient alors, même s'il n'y a pas derrière les émotions, au moins qu'il arrive à retranscrire, à retransmettre vraiment les sentiments et l'état du patient quand il est là. Pas juste, oui, ça va, ça va enfin, voilà, enfin pas les trucs je ne sais pas comment dire. Faut que ça soit un peu plus profond sinon ça ne sert à rien.

Je reviens un petit peu sur ce que tu disais pour toi, la langue maternelle te permet de transmettre un peu les émotions, les ressentis ? Bien oui, c'est là où tu es le plus à l'aise. Voilà quand tu cherches tes mots déjà dans une langue qui n'est pas la tienne, c'est compliqué. Même quand c'est la tienne, parfois, c'est difficile à exprimer. Alors quand ce n'est pas la tienne, c'est mort quoi.

Pour quelle raison tu n'as pas recours aux interprètes ? Soit alors parce qu'ils ne sont pas disponibles, soit parce que le médecin dit je voudrais voir un tel, voilà et qu'ils nous prennent un peu au dépourvu et qu'on n'a pas soit un collègue voilà soit l'interprète.

Pour chaque patient migrant, même ceux qui ne parlent qu'un petit peu le français, est-ce que tu as recours aux interprètes ?

Alors non pas vraiment, parce qu'ils sont payés, c'est toujours pareil, ils sont payés ces interprètes, donc Bien à part, je ne suis pas sûre que quand les patients parlent un peu français et qu'ils arrivent un petit peu à s'exprimer, les interprètes, on ne les appelle pas.

C'est mon interprétation. Je vais dire qu'on essaye d'éviter de faire payer à l'hôpital, voilà et je n'en sais rien si c'est ça. Est-ce que c'est peut-être aussi parce qu'on ne sait jamais trop poser la question. Parce qu'on se dit qu'après tout, il y arrive, donc pourquoi chercher plus loin.

Justement, un patient migrant qui parlerait un petit peu le français, est-ce que pour toi, ça pourrait être bénéfique de faire intervenir un interprète ?

Maintenant que tu poses la question, que j'y réfléchis, je me dis bien oui.

Dans quel sens ça serait bénéfique ? Ça serait bénéfique parce que pour le coup il y a peut-être des choses qu'il n'arrive pas à dire en français ou à faire passer en français parce qu'il n'a pas les mots parce qu'il n'a pas les phrases qu'il faut. Que dans sa langue maternelle, ça viendrait tout seul, voilà. **D'accord.**

Est-ce que tu as des connaissances sur les cultures de ces patients ? Pas du tout.

Aucune ? non. Alors oui, alors je vais savoir par exemple, je sais que les musulmans enfin c'est par rapport à la religion. Voilà, ils ne mangent pas de porc, halal voilà. Qu'il y a les prières donc on essaie de faire attention, de ne pas rentrer dans la chambre au moment des prières. Mais encore ça, je pense qu'il faut que je rentre une fois pour me rappeler pour la fois d'après. C'est tout. **D'accord.**

Est-ce que tu penses que ta connaissance ou ta non-connaissance de cette culture impacte l'accompagnement de ces patients ?

Oui, alors pas simplement la langue, mais dans les coutumes. Si je connaissais peut-être les coutumes des pays, la culture, il y a des choses, peut-être où je ferai un peu plus attention. Dans la façon de leur parler ou quand on leur demande de faire telle chose ou telle chose, enfin peut-être que ce n'est pas dans leur culture, donc c'est compliqué pour eux, mais ça pour nous, forcément on ne le comprend pas.

Voilà. Et parfois on peut peut-être insister et puis faire monter une angoisse et qu'on n'aurait peut-être pas dû. Voilà. Mais je ne suis pas sûre qu'on puisse connaître les cultures de tout le monde tu vois. Je ne sais pas mais après je me pose la question, je ne sais pas comment faire.

As-tu déjà rencontré des patients qui t'ont parlé de djinns, de sorcellerie ?

Djinn, la première fois que j'en ai entendu parler, c'était à ESA1. Je ne connaissais pas du tout. Je ne savais même pas ce que c'était. Ce sont des esprits d'après ce que j'ai compris. Voilà mais brièvement, pas trop. Sorcellerie pas trop non plus, pas trop.

Et le peu que tu en as entendu parler, qu'est-ce que tu en penses ? Alors, bien ça aussi, c'est une histoire de culture voilà. Je sais que certains y croient énormément, moi, j'ai un peu de mal avec ça parce que ce n'est pas dans ma... Je suis peut-être un peu trop cartésienne, trop terre à terre. Mais je vais essayer de le prendre en compte, mais franchement, je ne saurais pas comment. Je ne saurais pas gérer ce truc.

Est-ce que tu as une approche différente des soins pour les patients migrants ?

Je pense qu'on fait quand même un peu plus attention à eux. Enfin, je pense qu'on essaie de les accompagner, d'être un peu plus bienveillant avec eux. Des exemples tout bête, aider à faire un lit enfin des choses comme ça, au moins avec certains, on va leur dire, vous prenez les draps et vous allez vous le faire, avec eux, on va faire avec eux. Voilà, c'est aussi un moment où on peut voir déjà leurs capacités et un moment d'échange. On essaie d'être un peu plus proche d'eux, voilà d'être bienveillant. Même dans la façon de parler, on va essayer de parler un peu plus doucement, de prendre des mots simples enfin voilà.

Et on a déjà un petit peu parlé de la dimension religieuse. Est-ce que tu incorpores la dimension religieuse du patient dans les soins ?

Bien oui, je te disais alors dans les soins, je ne sais pas, mais en tout cas dans la vie du pavillon. Oui, je sais que quand c'est l'heure de ceux qui font la prière, on fait attention. Ceux qui demandent à aller à l'Église, voilà, on les laisse y aller et quand ils ne peuvent pas y aller, on les accompagne. On essaie de respecter au maximum.

Vous respectez le souhait du patient ? Oui. Comme si bien là le ramadan. On a déjà eu un patient avec le ramadan. Bon, on a essayé au maximum de l'accompagner là-dedans.

Annexe 7 : Entretien avec P3

Ta date de naissance ? Le 03/03/1991

Sexe ? Masculin

Ton pays d'origine ? La France

Ta profession ? Praticien hospitalier, psychiatre.

Ton niveau d'étude ? Bac +10

Quelles sont les langues que tu parles ? Le français, l'allemand et l'anglais.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients migrants ? Oui, souvent.

De quel pays proviennent-ils ? Alors les patients migrants que je reçois, c'est souvent des personnes originaires d'Afrique de l'Ouest. Je n'espère pas me planter dans la géographie, donc plutôt des patients de Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali, beaucoup. Principalement oui, principalement africain après de manière un peu plus marginale, du Maghreb mais j'ai l'impression que de sont des situations un peu différentes, j'ai l'impression. Et parfois du Moyen-Orient. **Moyen-Orient, ce sont quels pays ?** Moyen-Orient, du coup, c'est plutôt Iran, Liban, Irak, mais c'est plus rare. Là ces derniers temps, sur les deux dernières années je dirais c'est surtout Mali, Sénégal, Côte d'Ivoire.

Est-ce que tu as pu observer une différence entre ces patients et les patients français ? Alors, très, très vaste question, mais oui, comment le formuler. Déjà, il y a alors, La barrière de la langue, la barrière culturelle entre guillemets, même si ça ne veut pas dire grand-chose et surtout tout ce qui est lié au parcours de migration, c'est à dire au début, je pensais que la différence, c'était surtout sur la barrière de la langue et les différences culturelles. Mais plus ça va, j'ai l'impression que la différence, elle se fait au niveau aussi de ce qu'ils ont vécu parce qu'en gros, ce qui est très différent, c'est le contact et la manière de rentrer en relation et donc ce que je trouve très dur dans la prise en charge, c'est d'établir une relation de confiance et une alliance thérapeutique avec un patient migrant qui a un parcours de migration compliqué, c'est ultra compliqué dans le contexte français je trouve.

Les difficultés, ça serait donc d'établir une relation de confiance à cause de leur parcours migratoire ? Oui.

Et des conditions d'arrivée en France ? Bah oui, ça a été notamment, j'ai bossé aux urgences à Bordeaux et aux urgences, ce qui pose vraiment souci, c'est qu'on sent bien que le contexte est très anxiogène pour eux. Déjà alors sur l'aspect clinique, sur tout ce qui est diagnostic. Bon, ça induit souvent en erreur parce qu'on a sur diagnostiqué un peu des sentiments de persécution, de méfiance etc.... Et tout de suite les rattacher à une schizophrénie ou un trouble psychotique. Alors qu'en fait, l'explication est parfois beaucoup plus pragmatique et une forme d'incompréhension des liens qu'il y a entre ce que nous on fait et la police etc.... Et j'ai souvent le sentiment qu'en fait ils ont très peur malgré tout ce qu'on peut dire qu'il n'y a rien qui soit fait avec la police qu'il soit renvoyé chez eux. Et des conséquences malgré tout ce qu'on peut dire et tout ce qu'on peut essayer de mettre en place.

Ces patients migrants que tu as rencontrés, est-ce qu'ils maîtrisaient la langue française ? Ça dépend. C'est d'autant plus compliqué quand il ne la maîtrise pas. Souvent, enfin, il y en a beaucoup qui viennent de pays francophones. Donc, oui. La plupart, ils avaient quelques mots, enfin, ils avaient au moins quelques mots de français, sinon on pouvait communiquer en anglais et je trouve que cela a rarement été la barrière de la langue le plus compliquée.

Donc la communication dans un entretien a été satisfaisante ? Oui, parfois besoin de recours à un interprète quand même sur certaines situations notamment, je pense à des migrants de pays de l'Est, ça c'est vrai que je n'en ai pas parlé au début.

Et justement par rapport à ça, la communication, est-ce que tu penses que la langue maternelle d'un patient migrant est un élément important dans sa prise en charge ?

Ah oui, je pense que c'est ultra important parce qu'il y a plein de choses qu'on ne perçoit pas via l'interprétariat ou en passant par d'autres langues. Et en plus, ça permet d'établir un minimum de confiance et de sentiment comment dire d'accordage ou de foyer pour la personne et de se dire qu'on l'aura vraiment entendu et qu'il aura vraiment pu exprimer ce qu'il pouvait exprimer.

Et donc la langue maternelle, ça serait un élément important par rapport aux liens de confiance, par rapport au fait qu'il arrive et qu'on le prend en compte et par rapport à quoi d'autre si tu vois autre chose ? Alors ? Ce n'est pas tant la langue maternelle en fait, c'est plus le rôle de l'interprète, tu me dis si cela ne répond pas à la question, mais le rôle de l'interprète est vachement important pour contextualiser je trouve aussi. Au niveau culturel, quelle zone du pays, quels enjeux il y a dans cette zone, enfin voilà mettre un peu plus de finesse parce qu'en fait moi je te dis ils viennent du Sénégal, ils viennent du Mali, mais en fait, ça recoupe des peuls, enfin des gens qui viennent d'ethnies différentes,

Donc quand tu fais appel à l'interprète, tu as la barrière de la langue et ça te permet aussi de voir également, au niveau culturel et au niveau de la situation du pays, comment c'est ? Oui, c'est ça, avec quand même la grosse difficulté d'avoir des interprètes qualifiés. **C'est bien puisque j'allais y venir, quelles sont les difficultés que tu rencontres à faire intervenir des interprètes ?** Elles sont majeures parce qu'en fait très souvent, alors ici, j'ai moins eu recours. Mais globalement on va dire qu'il y a deux solutions aujourd'hui je trouve qu'on nous propose dans les hôpitaux différents, c'est soit trouver un collègue qui parle la langue et donc là ce sont des gens qui ne sont pas formés à l'interprétariat. Ça dépend de, est-ce qu'il y a un soignant qui parle la langue donc c'est toujours très galère et puis c'est très aléatoire, c'est one-shot enfin, le type, il est là, il fait l'interprétariat ou pas...

Donc soit ça, soit des services d'interprétariat mutualisés à distance, par téléphone ou c'est, non j'allais dire, ce n'est franchement pas satisfaisant. J'ai eu des bonnes expériences quand même, mais pas par téléphone, ça manquait de fluidité et globalement souvent c'était dur parce que j'ai enfin je t'avais dit tu sais. J'ai bossé en Irak et donc c'était la situation inverse mais j'ai pu voir ce que c'est que de bosser avec un interprète qui s'y connaît vraiment. Ce qui est très compliqué à l'interprétariat par les soignants et même l'interprétariat un peu je vais dire associatif, ce truc très déshumanisé où on fait appel à une boîte qui interprète et avec qui, on ne sait pas où sont les gens. Très souvent, ils ne vont pas respecter certaines règles d'or je trouve enfin moi, ma manière de fonctionner avec un interprète donc tu vas les voir discuter pendant cinq minutes sans qu'il te fasse de retour. Tu sens qu'il y a des choses qui passent qui ne sont pas restituées correctement. Enfin, voilà, tu sens que ce n'est pas fluide et que l'interprète au lieu de vraiment transmettre la parole, parfois va prendre un parti ou un autre, se mettre dans un rôle qui n'est pas le sien. Bref c'est très compliqué.

Et donc qu'est-ce que tu attends d'un interprète ? C'est ce que tu disais, qu'il retransmette ? C'est qu'il retransmette fidèlement l'intention des différents interlocuteurs. C'est aussi bien celui du psychiatre qu'enfin du professionnel, que de la personne. Ça ne veut pas dire qu'il est complètement extérieur et pas du tout engagé

dans la relation. Mais en gros, pour moi, l'interprète, c'est le patient est face à l'interlocuteur. Quand on parle et quand moi je parle aux patients, je regarde le patient. Et l'interprète, il vient vraiment en appui, en traduction et puis il contextualise. Donc moi il va me contextualiser, bah là il m'a raconté qu'il est parti de tel village et telle tribu, pour info, et donc là il va faire une incise. Pour information, cette tribu est en conflit avec tel truc, et donc c'est pour ça que souvent, il y a des gens qui prennent telle route migratoire. Je referme la parenthèse. Ensuite, il dit ceci etcetera, donc c'est plus que de la traduction, il faut que ça reste fidèle à ce que les gens décrivent, mais il faut aussi que ce soit une personne qui soit habituée au contact avec des gens qui ont des troubles psychiques. Parce que quand ce sont des gens qui ne connaissent pas du tout, on voit que tout de suite il peut y avoir des enjeux affectifs. Donc je dirais aussi quelqu'un qui du coup, sur le plan affectif sache aussi un peu se protéger et ne pas rentrer complètement dans les histoires que ce soit d'un côté ou de l'autre.

Et quand tu fais appel aux interprètes, est-ce que tu vois l'interprète avant en dehors du patient et après ?

Alors je le faisais pas et en fait j'ai fini par le faire sur les deux dernières fois où je l'ai fait je crois. Mais j'ai mis longtemps avant de me dire que c'était une bonne idée. Mais oui, maintenant je le dis, mais ce n'est pas parce qu'on en parle avant que ça permet à l'interprète de ne pas partir en vrille.

Le voir après aussi oui, n'est pas forcément une mauvaise chose. Ah oui, ça c'est vrai, je ne l'ai jamais fait, je n'ai jamais osé trop faire de retour surtout quand ce sont des interprètes bénévoles, team des soignants quoi. Du coup on les détache du service, après on leur dit, bon, écoute ça et ça, ça n'allait pas. C'est pour ça que je pense, enfin ce n'est pas je pense, interprète, c'est un vrai boulot et il faut y être formé. Et donc ça peut dépanner d'avoir des soignants sous le coude ou même des administratifs qui parlent la langue, c'est du dépannage.

Pour quelles raisons n'as-tu pas recours aux interprètes ? Soit parce que j'ai l'impression qu'il y a une communication satisfaisante, soit parce qu'il n'y a pas de possibilité. Ça m'est arrivé à un moment donné à Bordeaux, je sais plus, il n'y avait plus aucun accès à l'interprétariat. Le week-end, sur les gardes, c'est difficile aussi, même s'il y a des services téléphoniques maintenant je crois. Ah oui et sinon, Euh, il y a juste un cas spécifique pour moi, ça m'arrive de passer par l'anglais quand la personne est suffisamment à l'aise, parce que moi je suis assez à l'aise avec ça. Voilà, non mais globalement je pense que j'aurais beaucoup plus recours si c'était plus accessible. C'est clairement la question de l'accessibilité, c'est ultra galère en fait d'avoir un interprète.

D'accord, même sur l'hôpital ici ? Eh bien je t'avoue que là du coup la spécificité, c'est vu que je bosse en réhabilitation, ce sont des gens qui ont longtemps été pris en charge donc en général ils parlent français. On connaît bien la situation, je n'ai jamais eu besoin d'un interprète, je suis en train de réfléchir mais quand j'en ai eu besoin, c'était aux urgences et il n'était pas disponible.

Est-ce que tu as des connaissances sur la culture de ces patients ? Non à part ma culture, enfin, c'est la culture générale quoi. **Qu'est-ce que tu peux m'en dire ?** Alors, ça dépend lesquels parce que je connais beaucoup mieux le Moyen-Orient que l'Afrique pour le coup. Je connais moins bien leur culture que les parcours de migration parce que finalement, on entend beaucoup les parcours de migration, donc au bout d'un moment, on connaît un petit peu, voilà les chemins. Et non ce que je sais juste, c'est qu'enfin, de manière très vague, c'est un peu bateau, c'est que bah à la fois ce sont des zones qui sont assez instables et très disparates. C'est à dire, il y a des zones très tribales, il y a des zones très urbaines, il y a beaucoup de conflits armés mais

assez latents, assez larvés ou sporadiques, du terrorisme, etcetera. Beaucoup de problèmes économiques donc en fait, il y a beaucoup de potentiels facteurs de départ sans qu'il y en ait un caricatural je trouve. Et après sur la culture en elle-même. Je ne la connais pas bien, si ce n'est qu'à l'usage que je finis par comprendre que par exemple il y a certaines choses sur lesquelles notamment au niveau de la religion, c'est quand dans ces zones-là, il y a des personnes qui sont catholiques, ça va être plutôt des évangélistes. Et en dehors de ces religions-là, il y a aussi beaucoup de croyances sur les sorcières ou les âmes. Au Moyen-Orient, ce sont plutôt les djinns ou les... Etcetera. Et donc en fait, c'est une connaissance très sommaire, je m'aperçois en le disant. Mais typiquement, en fait, les seuls trucs que je te sors, ce sont les trucs que moi j'ai retenu, enfin que j'ai essayé de retenir, je ne sais même pas s'ils sont vrais pour éviter de sur diagnostiquer des idées délirantes notamment. Parce que c'est très fréquent entre la méfiance et le fait de pouvoir faire allusion à des âmes ou à des gens ou une chose très importante. Ils sont très vite catalogués, persécutés, mystiques, vous êtes schizophrène et voilà.

C'est au niveau du diagnostic que tu ressens une différence par rapport aux patients migrants, c'est plus compliqué d'établir un diagnostic et ça peut être source d'erreur ? Ah oui, je pense que c'est impératif de prendre vraiment le temps d'apprendre à connaître la personne parce qu'en plus ce sont des gens qui ont souvent des pathologies, comment dire c'est très intriquées. Enfin, il y a énormément de PTSD, parfois avec des symptômes psychotiques, parfois sans symptômes psychotiques mais il y a un doute sur les symptômes psychotiques. Il faut prendre du temps avant de les évaluer. Ce sont souvent des gens qui ont vécu des choses dures donc qui peuvent être un peu déprimés. Enfin, c'est vraiment, ce qui est difficile à faire, c'est qu'il y a beaucoup de systémie, il y a beaucoup de contextes à prendre en compte sauf que les contextes, avec ces patients justement, très souvent, on ne les a pas, ou alors il y a qu'eux qui l'amènent. Ce qui est important avec ces patients, c'est d'arriver à prendre le temps, je trouve. Et de ne pas les perdre de vue.

D'accord et est-ce que ta connaissance ou ta non-connaissance de cette culture impacte l'accompagnement de ces patients ? Oui, clairement, je pense que si je connaissais mieux la culture, il y aurait moins de malentendus, moins de quiproquos et probablement que je commettrais moins de maladresse sans m'en rendre compte. Enfin, je suis persuadé qu'il y a des choses que je fais, que je dis qui sont maladroites et si je connaissais mieux le contexte, je le ferais différemment je pense. **Par rapport au contexte migratoire et le contexte dans lequel ils vivaient avant de venir en France ?**

Oui, mais bon, la difficulté c'est qu'en plus le contexte parfois il est un peu dur à interroger parce que ce sont des sujets soit très sensibles pour eux ou soit on se heurte souvent à des gens qui ont des discours un peu stéréotypés. Enfin, on ne sait pas trop. Quand on croise, je ne sais pas moi, 4-5 personnes qui décrivent exactement la même chose avec les mêmes événements au même endroit, au même moment. Là, on sait que bah du coup, le lien de confiance il n'est pas là et qu'ils répètent les discours qu'il y a dans la communauté dans laquelle ils sont. C'est plutôt rassurant en général, ça veut dire qu'ils sont entourés d'autres personnes qui leur disent quoi dire, mais bon, du coup, il n'y a pas de confiance.

Et justement par rapport à quand tu récupères ces discours là, ce contexte, est-ce que tu penses que c'est un avantage de le faire dans leur langue maternelle ? Alors je pense que oui, parce que de la même manière, comment dire, ça permet à la personne de mieux se faire comprendre et ça nous permet de mieux contextualiser. Mais le plus important, je dirais oui, c'est la langue enfin, la langue maternelle, c'est

peut-être aussi le moment où on choisit à la personne de faire raconter son histoire de vie. Souvent, on va essayer de choper plein d'éléments à son admission aux urgences. Et ensuite, ça lui sera redemandé, redemandé, redemandé, donc en fait au bout d'un moment, ça agace la personne. Alors que parfois, ce qui est bien, c'est juste attendre un peu pour qu'on ait l'interprète et toutes les bonnes conditions pour justement pouvoir avoir la langue maternelle pour faire une vraie anamnèse. **En une seule fois et pas en plusieurs morceaux avec des éléments qu'il n'aura pas forcément pu dire en français et qu'il pourrait plus facilement dire dans sa langue maternelle ?** Exactement et à l'inverse, le risque majeur est le quiproquo. Enfin ou il y a des choses qui sont tracées dans le dossier parce qu'il est passé en Libye et que ça va discuter entre soignants et on va dire en Libye, il y a des viols atroces, ah mais tu as vu, il a fait une réflexion comme quoi et machin et ensuite sur le dossier, ça va être marqué qu'il a été violé en Libye alors qu'en fait c'est faux.

Et que la personne voilà, derrière ça induit des micros-incompréhensions qui au final, aboutissent à ce que la relation thérapeutique, il n'y en a plus.

Est-ce que tu as déjà rencontré des patients qui t'ont parlé de djinn ou de sorcellerie ? Beaucoup, beaucoup à la fois en France et en Irak du coup. **Qu'en penses tu ?** Bah c'est toujours un peu difficile de comment dire, moi, j'accueille toujours ça avec beaucoup d'ouverture.

En ne me précipitant pas sur l'aspect culturel ou délit de faciès, c'est-à-dire, Il parle de djinn ou d'esprit et il est noir et migrant, donc c'est forcément culturel ni non plus en disant que c'est forcément délirant. Ou en fait, c'est plutôt l'ensemble des symptômes que je vais regarder. Enfin, pour moi, ça fait partie des croyances normales selon les cultures, typiquement les djinns en Irak, ça ne me choque pas du tout qu'on en parle. Si à côté de ça, il y a des éléments clairs, francs, délirants, d'autres choses et de la désorganisation, etcetera, on a une idée assez claire. Mais la plupart du temps, je n'en fais rien en fait, c'est rarement un élément clinique je trouve.

Tu vas te poser la question si c'est délirant, ça peut être une psychose ou inversement un versant dépressif avec un discours centré sur les djinns ?

Alors je me pose la question toujours, je le garde, je ne la mets pas de côté. Mais là c'est pareil, je ne vais pas me précipiter en fait, en gros avec les migrants, je prends mon temps parce que je me dis, il faut vraiment que j'apprenne à les connaître pour vraiment comprendre encore plus qu'avec les patients français. Mais s'il parle que des djinns, qu'il est obsédé par ça et que les djinns, ils vont lui faire du mal et qu'ils sont là pour l'assassiner, et que voilà bon bah on va prendre des dimensions peut être psychiatriques et explorer, mais par contre je vais faire ultra gaffe dans la manière dont je vais le tracer dans le dossier. Quand j'ai un doute sur le fait que ce soit délirant, je le mets bien et qu'il n'y a pas de caractère délirant, flagrant ou patent. **Tu fais une différence entre le discours vraiment totalement délirant et un discours culturel qui pourrait être délirant et qui pourrait ne pas l'être.**

Oui c'est ça. Je préfère laisser le doute tant que on n'est pas certain pour justement ne pas coller l'étiquette à tort et passer à côté d'un truc. **D'accord donc ça revient toujours un peu à la même chose au niveau du diagnostic, prendre le temps.** Bah oui, prendre le temps et idéalement pas à l'hôpital. Le contexte d'hospitalisation, je trouve que c'est toujours très compliqué parce qu'en fait notamment pour les gens qui sont sur le territoire français depuis peu de temps, qui comprennent mal la langue, qui sont jeunes, qui sont dans une situation irrégulière ou qui ont eu des, comment dire, qui ont commis des actes délictueux, donc ils savent, ils ont peur de la police, etcetera. Je trouve que souvent, le contexte hospitalier génère énormément d'incompréhensions sur le fonctionnement. C'est quelque chose qu'ils ne connaissent

pas, parce que souvent dans la plupart de ces pays-là, il n'y a pas de prise en charge hospitalière en santé mentale, elle est ambulatoire et les représentations autour de la maladie mentale, enfin, c'est très culture dépendant, mais c'est quand même très délétère. Donc, ça peut être des gens qui sont attachés, ça peut être des asiles, même si c'est très disparate et que je sais que dans les zones urbaines il y a des supers prises en charge et des cliniques qui se montent. Et je trouve que du coup, à l'hôpital, le nombre de gens, de soignants, le nombre de figures inconnues, qu'ils voient, toutes les règles qu'il y a, à respecter en plus de la langue, l'agitation, tout ça, j'ai l'impression que très souvent, ça va faire en sorte, je l'ai souvent observé aux urgences quand les gens restent quelques temps aux urgences ou au début, on a une alliance et on communique. Et petit à petit ils se ferment, on ne sait plus comment rattraper ça. Ça se finit soit par une sortie contre avis médical, soit par des mutations en unité fermée très insatisfaisante. On se dit qu'on était vraiment sur un problème de compréhension et donc là je ne dis pas qu'il ne faut pas hospitaliser les patients migrants, pas du tout, c'est pas du tout ça que je dis. On fait toujours en fonction des critères de mise en danger, de besoins de soins, de besoins de surveillance. Mais c'est vrai que le contexte hospitalier, j'ai l'impression que c'est très difficilement lisible pour quelqu'un qui est en crise psychique et qui est migrant.

Souvent les patients migrants qui vont être hospitalisés ne le seraient pas forcément dans leur pays. Exactement, Il ne le serait pas et ce qui est triste là-dedans, c'est que souvent, c'est pour ça que moi ça m'est arrivé de plutôt parfois faire sortir les personnes, mais ça, c'est quand j'étais en journée, donc je pouvais le faire des urgences en bricolant quelque chose autour pour qu'ils soient revus, plutôt que d'hospitaliser avec la crainte qu'en fait l'hospitalisation, elle se passe très mal et qu'ensuite du coup, la personne fuit à nouveau les soins, enfin fuit complètement les soins à vie. Parce que je trouve que l'enjeu, il est majeur en fait quand c'est un premier contact, notamment avec la psychiatrie, et qu'ils sont migrants. Enfin, si c'est foiré, ils ne reviennent pas.

Donc tu as déjà un petit peu répondu à la question. Est-ce que tu as une approche différente des soins pour les patients migrants ? Bah moi je trouve que vraiment le maître-mot c'est vraiment prendre le temps. Être à l'écoute et essayer de vraiment remettre les choses dans leur contexte. Sans faire de saut, de conclusion directe, vraiment d'arriver à se décentrer. Enfin, c'est ce qu'il faut faire avec tous nos patients, mais encore plus avec ces patients-là, de se dire je ne suis pas Dieu sur terre à connaître le diagnostic et le traitement et cette personne-là, j'ai vraiment aucune idée de ce qu'elle a vécu. Il va me falloir du temps pour le savoir.

Tu mets quand même vraiment une importance sur l'histoire de vie, le parcours et s'il y en a une, l'histoire de la maladie.

Bah oui, parce que là en fait, enfin je caricature. Mais la différence entre un patient français et un patient migrant qui arrive avec les mêmes symptômes aux urgences, c'est que, enfin si on se met à leur place, c'est que la personne française, elle arrive, elle n'est pas bien donc c'est déjà compliqué d'arriver aux urgences à l'hôpital, et cetera. Mais on comprend les codes, on prend les implicites, on comprend la langue donc ça va. Mais quand tu viens de passer deux ans sur la route, que tu en as vécu six à machin, que tu as vu des trucs horribles, que tu viens dans un pays libre ou tu ne comprends rien, qu'on t'a pris tes empreintes, qu'on t'a menacé, qu'on te dit tu es mineur, tu es majeur, tu es machin etcetera. Et qu'en plus tu n'es pas bien dans ta tête que tu arrives aux urgences, qu'il y a des gens, tu ne comprends pas ce qu'ils font. Bah du coup, c'est encore cent fois plus compliqué. Il faut partir du principe que ces gens-là, ils sont déjà dans un contexte ultra délétère, insécurisant pour eux, très

souvent sans aucun repère. Donc il faut avoir un niveau d'exigence nettement supérieur. Sauf qu'en fait, on les traite de manière bien moindre, oui, qualitativement, malheureusement.

Et, est-ce que tu incorpores la dimension religieuse d'un patient dans les soins ?

Oui, mais comme je le ferai pour un patient français. Mais après là c'est vrai que du coup c'est pareil, parfois il faut un peu plus de temps pour... Quand on connaît pas la religion et qu'il y a des difficultés pour la langue. Parfois, on peut se poser la question, on va sauter sur l'idée délirante, mystique donc voilà. Il faut prendre un peu plus de temps mais pareil que pour un patient français. Tout simplement quelqu'un qui est pratiquant et qui veut pouvoir prier de manière adaptée. Ne pas tout pathologiser.

Annexe 8 : Lettre d'information

Mr MALLET Antoine
Tél : XXXX
Adresse : XXXX

Mr le directeur
Centre Hospitalier des Pyrénées
29 avenue du Général Leclerc
64039 Pau cedex

A Lons le 03 janvier 2023

Objet : Demande d'autorisation d'enquête pour effectuer un mémoire

Monsieur le directeur,

Dans le cadre de mon Diplôme Universitaire « Médecines et soins transculturels », je dois réaliser un mémoire. Le thème de mon mémoire sera sur la dimension culturelle dans le parcours de soins psychiatrique d'un patient migrant.

Dans le cadre de cette recherche qualitative, il est prévu que je réalise plusieurs entretiens avec des psychiatres et des soignants.

Le contenu des entretiens sera anonyme et confidentiel. Un formulaire de consentement sera signé par le professionnel de santé. Ce dernier remplira la partie du formulaire qui lui est destinée (CF formulaire de consentement éclairé), garantissant son engagement à respecter le secret professionnel.

Ainsi je sollicite votre autorisation afin de réaliser ces entretiens au Centre Hospitalier des Pyrénées auprès de professionnels correspondants aux critères de mon enquête. Je contacterai les professionnels de santé afin qu'ils puissent s'ils le souhaitent participer aux entretiens dès votre accord donné.

Je reste à votre disposition pour toute question concernant mon travail.

En vous remerciant par avance de votre collaboration, je vous prie d'agréer monsieur, l'expression de mes meilleures salutations.

Annexe 9 : Consentement d'entretien

N° codage entretien :

Dans le cadre du mémoire de Mr MALLET Antoine du Diplôme Universitaire « Médecines et soins transculturels » dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge d'un patient migrant dans le parcours de soins psychiatrique, je soussigné(e) M....., certifie avoir parfaitement pris connaissance du contenu du présent formulaire qui m'a été présenté et commenté. J'en ai discuté avec Mr MALLET Antoine, qui m'a expliqué la nature et les objectifs de cette étude. J'atteste avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et avoir obtenu des réponses satisfaisantes.

Je comprends les conditions de ma participation, en particulier que j'avais la possibilité de ne pas participer à cet entretien et que malgré mon accord à participer, j'ai le droit de refuser de répondre à certaines des questions qui me sont posées lors de l'entretien sans avoir à fournir d'explication. Je peux interrompre à tout moment cet entretien sans justifier ma décision.

J'atteste avoir été informé des points suivants :

- la personne qui réalise cette étude est tenue au respect du secret professionnel et s'engage à prendre les mesures nécessaires à la conservation de la plus stricte confidentialité. Mon identité fera l'objet d'une codification avant enregistrement et traitement et ne sera jamais mentionnée dans les publications qui en découleront.
- l'enquête ne comprend aucun acte médical.
- j'ai un droit d'accès aux données me concernant qui s'exerce à tout moment pendant la durée de l'étude auprès du chercheur et je peux exercer mon droit de rectification et d'opposition.

Fait à, le Signature

Je soussigné MALLET Antoine, investigateur de l'étude, certifie avoir communiqué à toutes les informations utiles sur les objectifs et les modalités de cette étude.

Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, afin de mener cette étude dans les meilleures conditions, conciliant le respect des droits et libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.
Fait à....., le

Signature :