



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SANTÉ
SOCIÉTÉ
MIGRATION

Comment soigner des mineurs migrants dans le respect de leur culture ? Ou quand l'interculturalité s'invite dans nos cabinets de soignants

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction de Serena Tallarico

Bidau, Valérie

Année 2023-2024

Remerciements à la Direction de l'association AHARP qui m'a permis et financé ce DIU, à mes collègues infirmières et travailleurs sociaux pour le travail en commun qui est nécessaire à la compréhension de ce public si touchant si fragile mais qui nous donne tellement de force. Merci à Johanna, Alice, Bénédicte, Blandine, Françoise, Lucie, Morgane, Myriam, Nina, Benjamin, Benoit, Emilie, Ikram, Isabelle, Marie, Pauline, Thierno pour les échanges si riches. Merci à toute l'équipe de l'Orspere Samdarra qui est une source inépuisable de connaissances sur lesquelles je m'appuie depuis tant d'année. C'était une fierté de pouvoir rencontrer cette équipe si dynamique et qui me fait avancer sur le soin des plus précaires. Merci à Serena Tallarico pour ses précieux conseils. Et merci à mes enfants pour leur soutien inconditionnel.

Table des matières

1	Introduction	4
2	Definitions	6
2.1	migrants : Définition selon l'OIM :	6
2.2	Etrangers : Définition de l'INSEE	7
2.3	La précarité comme la définit Jean FURTO, est à différencier de la pauvreté.....	8
3	Problématique.....	8
3.1	Que dit la loi ?	9
3.2	En France.....	10
3.3	Dans le Vaucluse	10
3.4	A l'AHARP	11
3.4.1	La temporalité	11
3.4.2	Le lieu	11
3.4.3	L'écoute.....	12
3.5	Les partenaires.....	13
4	Objectifs	14
4.1	Trouver les mots ?.....	14
4.2	Trouver les ressources ?.....	15
4.3	Comment donner/avoir la confiance ?	15
5	Etudes de cas.....	15
5.1	AMK.....	15
5.2	AD.....	18
5.3	DB.....	19
6	Discussion.....	21
6.1	Creativité	22
6.2	Integration que le soin peut et doit être multiple	22
6.3	Vulnérabilité du public nécessite un positionnement éthique.....	23
	Irréprochable.....	23
6.4	Non injonction de soins.....	23
7	Conclusion.....	24
	Bibliographie.....	25

1 Introduction

L'interculturalité dans le soin, thème beaucoup travaillé, écrit, mesuré, étudié. Annelise LEMAITRE divise l'interculturalité du soin en 3 thèmes. La négociation : pour éviter la confrontation ; la pénétration pour saisir le point de vue de l'autre ; la décentralisation, pour avoir de la perspective. L'interculturalité dans le soin qui tient ses fondements dans l'ethnopsychiatrie de Georges DEVEREUX ou quand les cultures s'entrechoquent avec la santé au milieu. Je ne savais pas à quel point cela prendrait de la place dans ma pratique infirmière quand j'ai commencé ce travail de coordination de soins auprès des mineurs migrants au sein de l'association l'AHARP à Avignon.

L'AHARP a été créée en 1985 pour venir en aide à un public féminin avec ou sans enfant victimes de violences. Puis s'est diversifiée pour s'ouvrir aux besoins et lutter efficacement contre l'exclusion sociale par l'hébergement et le logement.

Le Service d'Accompagnement à l'Autonomie (SAA) accueillant des Mineurs Non Accompagnés (MNA) en délégation à l'Aide Sociale à l'Enfance du département du Vaucluse voit le jour en 2015. Aujourd'hui, ce service accueille 75 mineurs, jeunes majeurs répartis en milieu ouvert dans des appartements en colocation par 2 ou 3, sur le territoire avignonnais. Ils ont entre 15 et 21 ans. Il est doté d'une équipe pluridisciplinaire composée de 2 chefs de service, une psychologue à temps partiel, de 8 éducateurs spécialisés (ES), de 2 assistants sociaux (ASS), d'une conseillère en insertion professionnelle (CIP), de 2 assistantes socio-éducatives (AES) et de 2 infirmières (IDE). Les objectifs que nous nous posons en termes d'accompagnement se situent en 4 axes :

Le savoir habiter

L'insertion professionnelle

L'obtention d'une régularisation administrative

Le parcours de soins

En 2020, la direction de l'AHARP obtient un financement par l'ARS pour un poste infirmier afin d'accompagner ces jeunes dans un parcours de soins et diversifier la proposition d'accompagnement aux soins faite par les ES. Devant la nécessité, la quantité de travail et les besoins de ce public, un 2eme poste est créé en 2021. Il y a donc une présence infirmière de 8h30 à 21h tous jours et 9h à 16h le vendredi. Le weekend, un service d'astreinte est mis en place pour les urgences de tous types. Dans ma fiche de poste, mon rôle est :

-Accompagnement des jeunes au quotidien, notamment la « bobologie » premiers soins et gestion de l'urgence

-Urgences : médicales, chirurgicales

-Gestion COVID : Orientation (faire le test et gestion des résultats), information du jeune, accompagnement et suivi des symptômes (surveillance clinique et orientation vers médecin et infirmier libéral si besoin de suivi quotidien selon la pathologie)

-Gestion Découverte de grossesse et accompagnement dans le processus en lien avec le planning Familial

-Travail au quotidien avec les médecins (cabinets médicaux partage d'informations et retour des spécialistes examens, demande ALD, 100%...)

-Travail en lien avec l'infirmière du département afin de faire la continuité du parcours de soins

-Travail avec les Laboratoires d'analyses, médecins et infirmiers scolaires patrons

-Gestion administrative et traçabilité dans la fonction de l'infirmière

Dans le respect du décret compétences en soins infirmiers, décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.

Dans la réalité, nous accueillons 75 jeunes déracinés de gré ou de force venant principalement de l'Afrique de l'ouest francophone, quelques africains anglophones et des afghans. J'essaie de leur apprendre la Santé en France, le droit commun, le suivi vaccinal, la connaissance des institutions, le suivi des maladies chroniques souvent

découvertes lors des dépistages à leur arrivée en France et la prise en charge des maladies qui surviennent au fur et à mesure de leur vie sur le territoire français. Et écouter. Ecouter les blessures invisibles, les traumatismes, les âmes fêlées, les rejets, les coups, la survie...

Dans un premier temps, je fais avec ce que je suis, mes connaissances, mon empathie et mon humanité. Très vite je me rends compte de mes limites, du besoin de mieux comprendre, appréhender et avoir des outils pour mieux soigner, amener aux soins ces jeunes. J'essaie de me repositionner, qu'attend l'AHARP de moi ? Qu'attendent ces jeunes ? Est-ce que ces attentes sont compatibles ? S'annonce pour moi le temps de me pencher sur les concepts de transculturalité et d'interculturalité. Thèmes qui m'ont été rendus accessibles quand j'exerçais au sein de l'Equipe Mobile Précarité Psychiatrie du pôle médico-social de l'Hôpital de Montfavet, où j'ai eu la chance de rencontrer le Dr Samia LAHYA qui fait des conférences régulièrement sur le sujet. La lecture de « Rhizome » publication des revues et d'ouvrage autour de la Santé mentale et de la précarité m'amène à rencontrer l'Orspere-Samdarra dans ses activités de formation. J'ai commencé par participer au webinaires sur la Santé Mentale des MNA. Et j'ai demandé un financement à l'AHARP pour participer au Diplôme InterUniversitaire (DIU) en Santé Société Migration. Par ce DIU, j'espère des réponses à des questions de fond sur le soin à apporter à ces jeunes, une meilleure compréhension des enjeux qui les animent. Par les apports théoriques sur le droit des étrangers. Il permet de re définir les notions autour de la migration, des MNA. Par les apports des études anthropologiques faites autour du soin, de la précarité qui permettent de mieux comprendre les concepts. Le point de vue médical qui amène à questionner la clinique de l'exil, l'interculturalité, la transculturalité dans le soin.

2 Définitions

2.1 migrants : Définition selon l'OIM :

« Terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. »

2.2 immigrés : Définition de l'Institut National d'Etudes Démographiques

Personne née étrangère à l'étranger, et résidant en France. En France, la qualité d'immigré est permanente : un individu devenu français par acquisition continue d'appartenir à la population immigrée. C'est le pays de naissance et non la nationalité qui définit la qualité d'immigré.

2.3 Etrangers : Définition de l'INSEE

Un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France.

Laurent DELBOS, plaidoyer à Forum Réfugiés nous explique que le sujet est maltraité dans les médias et politiquement et qu'il est bien naturel de chercher des conditions de vie meilleures ailleurs que dans son pays d'origine. L'immigration n'a pas de centralisation des chiffres. Selon les définitions, les MNA sont selon le droit français des personnes de moins de 18 ans, étrangères, sans représentant légal en France. En 2022, ils représentent 14782 jeunes pris en charge par l'ASE. Politiquement les MNA sont un sujet complexe car dépendent du droit des étrangers mais aussi de la protection de l'Enfance et donc à la convention des Droits de l'Enfant qui oblige les états à prendre en charge les mineurs comme l'explique l'association INFOMIE. Celle-ci nous indique qu'il n'y a pas de cadre juridique strict en France. Les raisons de la migration de ces jeunes restent obscures et peu parlées. Ils me disent qu'ils doivent obéir à certaines exigences du pays accueillant et qu'ils ne veulent pas mettre en péril l'obtention de papiers réglementaires. Ils préfèrent ne pas tout dire.

2.4 La Santé / la Santé mentale, selon l'OMS

«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».

La santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

Les MNA arrivent jusqu'à nous après des parcours migratoires laissant place à de multiples traumatismes, du stress post trauma rendant la lecture des problèmes somatiques compliquée. Le problème de santé peut être une des raisons de la migration, souhaitant une meilleure prise en charge de ce problème en Occident. Mais le passage dans les geôles libyennes, entassés dans des camions, des embarcations de fortune, la torture sous différentes formes laissent d'autres traces qui les aura pour le moins déshumaniser afin de les supporter.

2.5 La précarité comme la définit Jean FURTO, est à différencier de la pauvreté.

« *La précarité, c'est avoir peur : peur de perdre, mais de perdre quoi ?* » la précarité est liée à l'exclusion d'un groupe de sécurité (emploi, famille, logement...). Peuvent se mêler plusieurs précarités sociale et psychique. Qui peuvent se rejoindre et amener les personnes à une forme de vulnérabilité. C'est ce que vivent la plupart des MNA, avec des parcours de vie, de migration qui les auront affaiblis psychiquement, physiquement. Ils arrivent dans un pays qui les accueille et les protège et paradoxalement les met dans une grande précarité sociale où ils doivent répondre aux injonctions de cette société autant accueillante que dirigeante. Ne leur laissant que peu de choix dans le parcours à venir.

3 Problématique

Comment accompagner des jeunes MNA vers le soin en tenant compte de toutes leurs dimensions ? Que cherchent-ils quand ils demandent du soin ? De ma posture d'infirmière, qu'est-ce que je peux apporter de mieux, de plus, par quel moyen, dans quel temporalité pour qu'ils se sentent le mieux possible ici, maintenant et à l'avenir ?

N'oublions pas que ce sont des adolescents. Comme l'exprime Juliette LECONTE dans son travail sur l'exil et le deuil traumatique, même si ces jeunes arrivent de pays où la

notion d'adolescence n'existe que peu ou pas, ils n'en demeurent pas moins des êtres en construction. Construction interrompue dans les apprentissages de leur propre culture. Ils arrivent dans un nouveau pays, des nouveaux codes. Je remarquerais qu'ils adoptent vite certains codes adolescents codes vestimentaires en premier, comme un signe d'appartenance.

Dans l'accueil fait avec mes collègues de travail, ce que nous percevons de façon prégnante c'est la problématique d'abandon. Entre les raisons de la migration, où c'est parfois les familles qui les envoient pour qu'ils subviennent financièrement à leurs besoins provoquant un conflit de loyauté chez ces jeunes, entre répondre à la demande et ce sentiment d'abandon. Abandon démultiplié par les expériences vécues lors du trajet migratoire. Où mis face à la mort des proches ou de leur propre mort, se déclenchent des techniques de survie et surtout l'impossibilité de faire confiance à qui que ce soit. Ils sont par la suite ballotés de camp en camp, parfois séparés de leur fratrie, de leur famille ou des personnes référentes.

3.1 Que dit la loi sur les soins?

Dans les pays accueillants, les accès aux soins divergent d'un pays à l'autre.

Santé des migrants

Tableau 1

Accès aux services de santé pour les migrants irréguliers dans les 28 pays de l'UE (2018)

État	Soins urgents	Soins primaires/secondaires
Belgique, France, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume Uni	Gratuit	Gratuit
Allemagne, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, Grèce, Irlande, Lituanie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie	Gratuit (ou presque)	Payant
Autriche, Chypre, Croatie, Finlande, Hongrie, Lituanie, Luxembourg, Suède, Tchéquie	Payant	Payant

Source : 44. <http://fra.europa.eu/en/theme/asylum-migration-borders/healthcare-entitlements>

Pour les mineurs migrants, dans leurs récits ils nous disent avoir vu des médecins sur le bateau qui les a recueillis en mer ou dans les camps en Espagne ou en Italie. Ils semblent que les urgences sont parées. Mais les maladies chroniques ne seraient pas toujours prises en compte et les dépistages semblent aléatoires en fonction de là où ils sont arrivés. Malgré la loi européenne de 2018 qui dit :

« Tous les enfants migrants dans l'UE ont droit aux soins de santé, au soutien psychologique et à l'éducation, et s'ils ne sont pas accompagnés, ils devraient bénéficier d'un tuteur à leur arrivée, (...) Les députés Européens interrogeront la Commission européenne sur les mesures prises pour s'assurer que tous les États membres de l'UE offrent une protection adéquate à ces mineurs. »

3.2 En France

En France, l'accès à la protection universelle maladie (PUMa) est couvert par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les demandeurs d'asile et les réfugiés. Une condition de séjour ininterrompu d'au moins trois mois sur le territoire a été introduite fin 2019 dans la réglementation pour les demandeurs d'asile, à l'exception des mineurs (décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019)

Avant tout vient le temps de l'évaluation. Evaluation faite par des personnels de l'Etat, en l'occurrence des travailleurs sociaux de l'ASE

Désormais, il est prévu, en vertu du décret du 24 juin 2016 : « Au cours de la période d'accueil provisoire d'urgence, le président du conseil départemental procède aux investigations nécessaires en vue d'évaluer la situation de cette personne au regard notamment de ses déclarations sur son identité, son âge, sa famille d'origine, sa nationalité et son état d'isolement. » Avec tous les enjeux de prise en charge que cela impliquent.

3.3 Dans le Vaucluse

Après l'évaluation, vient l'orientation. Malgré la loi Taquet 2022, interdisant le placement dans les hôtels, les MNA continuent d'y être hébergés et le travail médicosocial peut commencer. L'équipe est constituée de travailleurs sociaux, d'une psychologue à temps partiel et d'une IDE pour environ une centaine de jeunes placés.

L'IDE, avec qui je travaille étroitement, commence le travail autour du soin en les amenant à la Mission de Santé Publique pour les dépistages et la vérification des

vaccinations. Je sais qu'elle essaie de prendre le temps de l'accueil de la parole. Mais ce temps là est difficile au regard de la tâche qui lui incombe.

Puis vient le temps de l'orientation vers les associations et la nôtre en particulier. A savoir que nous sommes la seule association du Vaucluse à avoir un plateau technique aussi important. L'ASE a donc tendance à nous orienter les cas les plus complexes.

3.4 A l'AHARP

Le moment de l'accueil est crucial. Quand des problématiques de santé sont déjà mises à jour pendant le temps ASE, je me rends à la préadmission du jeune pour me présenter, faire sa connaissance et recueillir les données médicales de l'IDE. Sinon, une fois que le jeune est admis, j'ai 1 mois pour le rencontrer, selon nos process internes. S'entame alors pour nous et pour moi en particulier une reconquête. Une reconquête de la parole, de la confiance pour faire alliance avec leur projet individuel, personnel.

3.4.1 La temporalité

Dans la plupart des cas, la première rencontre a lieu dans les deux semaines suivant son admission. Le jeune a déjà beaucoup d'informations à accueillir et à donner. Deux grands cas de figure :

Soit j'ai déjà des infos de problématiques de santé et je suis allée lire l'évaluation faite par l'ASE pour comprendre le parcours du jeune et éviter de reposer les mêmes questions.

Soit je n'ai pas d'informations précises, parce que je préfère rencontrer le jeune avant de lire quoique ce soit sur lui.

3.4.2 Le lieu

La première rencontre se fait prioritairement dans le bureau des infirmières. Le jeune vient accompagné de son éducateur référent avec qui la confiance s'est déjà bien

instaurée. L'éducateur me confie le jeune. Il vient avec les documents santé qu'il a en sa possession. Je lui présente le lieu et son objet. C'est-à-dire que je lui présente mon travail et la loi qui l'encadre : le secret médical. Mon bureau est un lieu sûr, où la parole est libre et protégée. Je n'ai pas le droit de parler de sa santé aux autres professionnels et je l'encouragerai à en parler de lui-même surtout si ça impacte son projet.

La loi dit :

« Le caractère général et absolu du secret professionnel voudrait que les informations couvertes par le secret ne puissent être données qu'au patient lui-même ou aux professionnels autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires. Toutefois, la règle est renversée dans deux cas : pour les mineurs non-émancipés et les majeurs sous tutelle. En effet, en application de l'article L.1111-2 du Code de la santé publique, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur « reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité ». Le partage entre les professionnels de santé et les professionnels des champs social et médico-social : Le la loi dit décret -°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico- social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel prévoit désormais un partage des informations entre les professionnels de santé et les autres professionnels des champs social et médicosocial et que ce soit strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social de cette personne de son choix ».

3.4.3 L'écoute

J'essaie d'instaurer un climat d'écoute favorable, d'écoute active où le café, le thé et les madeleines ont une place de choix pour ensuite accueillir la parole de ces jeunes.

Au sein du service, nous avons bénéficié d'une initiation à la médiation ethnoclinique. Formation dispensée par la Maison des Mondes de l'association Sauvegarde 13, par le Dr Saïd IBRAHIM. La médiation ethnoclinique a ses racines dans le travail de Georges

DEVEREUX, ethnopsychiatre. Et c'est Tobie NATHAN, ethnopsychiatre qui mettra en place le premier lieu d'accueil de la parole des migrants.

« Ainsi, pour aller à la rencontre de l'autre, en tenant compte de ses appartenances culturelles, religieuses, linguistiques et des modifications provoquées par la migration, il est fondamental de prendre conscience d'où nous parlons, de nos propres appartenances et de nos constructions ». Dr Saïd Ibrahim

Nous sommes universels. Chacun a une famille, des ancêtres, un lien à la religion, à la nourriture, des fêtes à célébrer, des langues parlées. Chacun a une construction qui le forge. Ainsi avec tous ces éléments, nous fabriquons notre « marmite » Nous nous humanisons. Cette marmite mise en commun avec les personnes accueillies, favorise l'aller vers. Le partage comme élément favorisant de l'accueil du discours, traumatique dans la plupart des cas.

Les visites à domicile et les repas partagés sont également propices aux entretiens.

Une fois que j'ai posé les jalons, il faut surtout du temps. Le temps pour gagner la confiance de ses jeunes blessés, meurtris par une migration non désirée, traumatisante.

3.5 Les partenaires

Etant à Avignon, j'ai la chance d'avoir le Dr Samia LAHYA au Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet. Elle a beaucoup travaillé sur l'ethnopsychiatrie, la transculturalité. J'ai pu assister à ses conférences. Elle est le médecin référent du CMP dont dépendent les jeunes accueillis par l'AHARP. Le CMP est un partenaire privilégié. Nous avons aussi une psychologue présente à 60%. Cette proposition, bien qu'étant accessible, n'est pas souvent bien reçue par les MNA. La psychiatrie ne fait pas partie de leur monde. Pour certains, des « problèmes » psychiatriques sont l'origine de la migration. Comme un rejet de la famille face à cette différence alliée à la sorcellerie. Donc ils sont peu réceptifs à la possibilité d'une amélioration de leur état psychique par la parole et encore moins par les traitements.

La Mission de Santé Publique de l'hôpital d'Avignon est un partenaire crucial dans l'accès aux soins, le dépistage, la prévention, la vaccination. Chaque rdv est l'occasion de voir un médecin. Ce qui est précieux devant la difficulté à obtenir des rdv avec des médecins généralistes. Ils répondent à mes questions, s'intéressent aux problématiques des jeunes et font des propositions de soins. Par la vaccination, difficile à vivre pour ces jeunes, j'essaie malgré tout de les convaincre que c'est un lieu ressources pour eux quand ils seront autonomes et indépendants.

4 Objectifs

Comment par les apports théoriques, le partage d'expériences mieux comprendre ces jeunes et améliorer ma pratique infirmière ?

Comment allier leurs croyances, leurs remèdes, les recettes ancestrales et la médecine « scientifique » occidentale pour leur proposer du soin adapté ?

4.1 Trouver les mots ?

Les MNA sont un public fragilisé. Mais évidemment que chaque jeune est une entité. Avec son histoire, son parcours, ses traumatismes. Il me faut rapidement trouver les mots pour le mettre en confiance. Lui expliquer que ce moment de prise en charge est pour lui l'occasion de poser ses valises. Sans lui retirer son autonomie dans ses choix, c'est lui permettre de se décharger de certains soucis. Le cadre de soin que je propose doit me permettre de comprendre la culture du jeune sans oublier qui je suis. C'est cette rencontre qui va faire qu'on se comprend ou pas « *Il s'agit bien là d'une interaction constante, de la rencontre de plusieurs cultures qui doivent s'approprier et interagir.* » dit Annelise Lemaitre.

4.2 Trouver les ressources ?

Leur expliquer, leur parler de « notre médecine » est un exercice difficile. Les représentations colonialistes ont la vie dure. Avec tous les relents de domination que cela implique. De leur côté comme du mien.

J'aspire à une relation, la plus horizontale possible. Malheureusement quand je les amène en rdv chez certains médecins, la relation est verticale, autoritaire, de sachant. En parallèle, la parole du médecin est celle qui est écoutée. La position dominante opère, rassure et donc est acceptée. Je me rends compte avec le temps qu'elle est acceptée sur le moment. A plus long terme, c'est plus difficile à mesurer, quand je me rends compte que les traitements ne sont pas suivis, voire abandonnés, voire substitués.

4.3 Comment donner/avoir la confiance ?

Le temps n'est pas mon allié. Mais je décide qu'il le sera. Je ne suis pas dans les soins d'urgence. Je fais partie d'un processus d'intégration, d'acculturation. Je travaille en délégation à la Protection de l'Enfant, ce qui me confère un rôle d'éducation à minima. Alors je prends le temps d'aller à la découverte de ces jeunes. De les regarder, évoluer seul, en groupe, d'écouter leur discours, les récits. Je m'invite à leur table, à leurs jeux. J'écoute leur musique. J'essaie de mettre en œuvre une relation la plus horizontale possible. Ne pas être le sachant mais l'autre. Celle qui ressent, qui a ses blessures, et ses joies.

5 Etudes de cas

5.1 AMK

AMK est une jeune fille ivoirienne elle est née en 2006. Elle naît avec une modification physiologique remarquable. Elle a les deux sexes visibles. Sa mère la protégera du regard des autres autant qu'elle le pourra, me raconte AMK. Personne d'autre qu'elle ne savait.

AMK dit que son père les a quittées quand elle était petite. Elle ne l'a pas connu. Elle va un peu à l'école. Puis vers l'âge de 9 ans, sa mère décède. Elle est confiée à un oncle et à sa famille qui découvre la différence d'AMK. Elle est alors considérée comme une sorcière. Elle sera traitée, selon son récit, comme une esclave. Ne verra plus jamais l'extérieur, cantonnée aux tâches ménagères dans la maison. Elle subira des violences physiques et psychologiques. Elle n'en sortira que lorsque son oncle la confiera (contre de l'argent selon AMK) à un homme qu'elle doit appeler « papa » qui l'emmènera en Tunisie. Elle a 13ans. Elle sera confiée à une famille tunisienne où elle restera un an, pour faire le ménage sans contrepartie. Elle rencontre une compatriote « Grace » qui est également femme de ménage mais rémunérée et selon AMK c'est elle qui paiera le reste du parcours migratoire. Prenant le zodiac sur les côtes tunisiennes, en mars 2021, elle sera sauvée par un navire humanitaire italien qui accostera à Lampedusa où elle restera quelques mois. Elle perd de vue Grace. Elle sera transférée à Naples. Elle décide de quitter l'Italie. Elle arrivera fortuitement à Avignon en juin 2021. Elle me racontera qu'elle a réussi à cacher sa différence tout au long du voyage. Le parcours de soins commence à l'ASE de façon classique avec les dépistages et les vaccins obligatoires. L'équipe soignante découvrira à ce moment-là qu'elle souffre d'une infection tuberculique latente (ITL) et d'une hépatite B (HB). Un suivi psychologique se met en place. AMK est très discrète, parle tout bas. Elle a toujours peur de déranger. Elle sera prise en charge par l'AHARP en aout 2021. Elle me racontera plus tard avoir été touchée parce l'infirmière qui l'accueillera la prendra dans ses bras. Et que c'était la première fois depuis sa mère. Lorsqu'elle arrive à l'AHARP, elle est sous traitement antibiotique contre l' ITL. Traitement qui dure 3 mois, à raison de 4 énormes cachets par jour à prendre à distance des repas. Elle semblait avoir intégrer toute les consignes et se montrait observante du traitement malgré quelques difficultés parfois. L'infirmière coordinatrice mettra en place la désignation d'un médecin traitant et le suivi pour l'HB avec un gastro entérologue. AMK passe beaucoup de temps avec l'IDE et lui confiera qu'elle est gênée par son ventre. C'est là que l'IDE découvre la malformation d'AMK. Je ferai la connaissance d'AMK en novembre 2021. Le parcours commencera par un endocrinologue qui demandera beaucoup de prises de sang. Une épreuve à chaque fois. Elle pleure, crie, ne veut pas y aller. Nous passons beaucoup de temps avec elle pour expliquer ce qu'est une prise de sang, la quantité prélevée, la nécessité de l'examen pour comprendre. Et elle comprend très bien que nous en avons besoin pour l'aider mais le geste reste invasif et très douloureux pour elle. Nous usons d'anesthésiants, ce qui lui conviendra. Elle a eu la

chance aussi parfois de rencontrer des préleveuses qui prenaient tout le temps nécessaire à AMK pour accepter le prélèvement. Aujourd'hui rompue à l'exercice, elle tend le bras pour les perfusions ou les prises de sang de façon détachée. Elle a même oublié ses premières réactions. Puis nous l'emmènerons voir un autre médecin, puis un autre. A chaque nouvelle visite, nous débriefons, faisons des dessins explicatifs, rassurons, accompagnons, tenons la main. Nous agrémentons les visites médicales de sorties à la mer, au restaurant, pour rendre acceptable cette hyper médicalisation qu'elle subit. Elle me parle des esprits qui l'entourent, lui veulent du mal, que c'est son destin de souffrir. Je lui explique qu'elle est très forte et que si elle est là aujourd'hui c'est grâce à elle-même et à sa propre force. Il m'arrive de lui conseiller de mettre du vinaigre dans des coupelles et de bien aérer sa chambre pour laisser les esprits s'envoler ailleurs. Elle le fait. Puis elle est orientée vers un professeur, le Pr K. de l'hôpital Lapeyronnie de Montpellier qui sera d'une patience hors du commun, hors de ce que l'on peut connaître dans les hôpitaux actuellement. Il se montrera disponible, à l'écoute. Nous ferons 4,5 rencontres, des Visio avant une première intervention chirurgicale. Il expliquera, je reprendrai ses mots et d'autres pour qu'elle comprenne bien. Il lui permettra de choisir la date d'intervention pour ne pas interférer dans sa scolarité si importante pour elle. Ce qu'il y a de nouveau juste avant la première opération, c'est sa faculté à exprimer ce qu'elle est, ce qu'elle veut devenir, ce à quoi elle veut ressembler. Lors des bilans pré opératoires, sera découverte une anomalie de la coagulation. A grand renfort de dessins et de vulgarisation, je lui expliquerai ce que cela veut dire pour le moment et pour la suite de sa vie. Elle est à ce moment très démoralisée, disant qu'elle est maudite et qu'elle a toutes les maladies de la terre. Je peinerai à lui remonter le moral. Au moment de la première opération en février 2023, qui n'est qu'une préparation à l'opération de reconstruction totale, je resterais la nuit avec elle. Tout lui a été expliqué, décortiqué. L'anesthésie, comme un moment où l'on dort. Oui mais le réveil sera difficile. Elle ne comprend pas pourquoi elle n'est pas comme avant. L'effet de l'anesthésie dure quelques heures, le temps au corps d'évacuer le produit. Elle pleurera sans discontinuer, se plaignant de douleurs incessantes, de ne plus sentir ses jambes malgré les antalgiques donnés. Exprimant qu'elle a peur de ne plus être comme avant. Mais je sais qu'elle a confiance en moi et je ne lâcherai pas sa main tant qu'elle ne sera pas soulagée, continuant à verbaliser que tout va bien. Le Pr K. viendra plusieurs fois la rassurer. Lui dire que tout est ok. Que lui est prêt pour l'opération finale. Qu'il a tout en main et que c'est à AMK de décider maintenant et qu'elle prenne tout le temps nécessaire. Elle se fera opérer en

décembre 2023. Après encore une batterie de prises de sang, parce que le cas d'AMK est extrêmement rare. Il lui est expliqué que grâce à elle, on va pouvoir connaître et comprendre des éléments qui pourront être utiles à d'autres enfants. Ce qui la rend très fière de participer à cette étude. Cette opération qui durera 8 h, se passera tellement mieux pour AMK que la première. Elle est en terrain connu, elle suscite l'admiration et la gentillesse de tout le personnel. Elle sera hospitalisée une dizaine de jours. Au cours de l'hospitalisation, elle me demandera de lui fournir de « la soupe magique d'une Mama africa » pour être renforcée. Je lui explique mon impossibilité de lui fournir cela dans l'hôpital, à Montpellier de surcroît. Je me renseigne pour que ce soit possible dès son retour à la maison. Elle se liera de connivence avec une ASH ivoirienne. Lui aura-t-elle demandé ce service ? Elle ne m'en parlera plus. La reconstruction est parfaite, cela plait beaucoup à AMK qui rêvait d'être comme cela. Une « vraie fille ». S'en suit une période d'humeur dépressive. Où tout le passé traumatique qui n'a plus lieu d'être mais a pourtant bien existé, revient à la surface des pensées d'AMK. Des questions comme pourquoi m'a-t-on fait tant de mal ? Qu'ai-je fait pour mériter ça ? Un travail avec la psychologue de l'AHARP se fait. Je lui fais écrire ses cauchemars, je travaille sur sa projection dans l'avenir. Parce que plus rien ne s'oppose à une maternité, à des relations avec les hommes. A être une femme comme elle le désirera. Aujourd'hui, AMK va très bien, elle poursuit une rééducation périnéale qu'elle fait seule au logement, soutenue par une sage-femme et moi-même, pour assouplir les tissus et être en capacité d'avoir une vie tout à fait ordinaire. Et faire des soirées pyjama avec ses copines.

5.2 AD

AD a quitté la Guinée à l'âge de 15 ans. Sa mère est décédée depuis quelques années. Et son père est porteur de handicap. Il est élevé par un oncle et sa famille. Il côtoie l'école publique. Mais il est décidé qu'il ira à l'école coranique gratuite. AD ne veut pas. Il est mis à la porte. Il vivra dans la rue où il se prostituera pour survivre. Il partira rapidement vers le Mali, dans un premier temps. Puis vers l'Europe. De passage par la Lybie, AD décrit des sévices sexuels subis des gardiens du camp. Il passera par l'Italie et arrive en France à Avignon en Janvier 2022, il a 16 ans.

Quand il est pris en charge par notre association et que je fais sa connaissance, AD ne dévoilera pas son parcours tout de suite. Il faut le temps de l'accueil, de la parole déposée, de la mise en confiance. Dans un premier temps, ce seront les colocataires d'AD qui viendront me voir pour me signaler les cris la nuit qui émanent de la chambre d'AD. Après plusieurs entretiens IDE, AD me confiera avoir des problèmes de sommeil. Je lui préconiserai des entrevues avec la psychologue du service. Ce qu'il fera. Je continuerais à accueillir sa parole, pour le mettre en sécurité au plus qu'il m'est possible. Et je lui proposerais dans un premier temps, des tisanes pour faciliter le sommeil. Je prodiguerais tous les conseils liés à l'utilisation du téléphone avant de se coucher. Je lui donnerais tous les conseils de relaxation, de respiration, d'applications qui aident à l'endormissement. Plusieurs mois passeront. AD, épuisé, et sur conseil de la psychologue, viendra demander un RDV pour voir un médecin. Rdv pris. J'accompagne AD à ce rdv. Le médecin prescrira un antidépresseur, facilitant l'endormissement. En sortant de chez le médecin, nous allons à la pharmacie chercher le traitement. Je raccompagne AD chez lui, et je prends le temps de l'explication de la prise du traitement. Il écoute poliment. Percevant de la réticence, je lui demande s'il a des difficultés à prendre ce traitement. Je sens qu'il prend le temps pour me répondre, puis me dit, qu'il va demander à ce qu'on lui envoie un remède ' du pays' et quand il l'aura, il prendra aussi celui du docteur. J'acquiesce à cette requête et lui signifie ma compréhension face à sa difficulté à prendre ce traitement. Nous avons donc attendu plusieurs semaines que le traitement arrive. AD a pris le traitement ' du docteur' plusieurs mois. Aujourd'hui AD semble aller beaucoup mieux. Il me dit faire des nuits très réparatrices et ne plus souffrir de problèmes de sommeil.

5.3 DB

DB est un jeune Malien. Il est en France depuis 3 ans. Il est venu en France parce que son père est décédé et qu'il doit venir en aide à sa famille. Famille avec qui il est en lien. DB suit une formation de carreleur en CFA. Il ne sait ni lire, ni écrire, malgré un passage en école française au Mali et les classes de collège adaptées (UPE2A) en France. Au fur et à mesure de sa formation DB développe des douleurs et un syndrome inflammatoire dans les genoux. Il est régulièrement arrêté de travailler ne pouvant plus tenir la position à genou, nécessaire au métier. Je prends attache avec le service comptabilité de

l'association pour savoir si nous pouvons fournir un équipement adapté à son travail. Je prends contact avec son employeur pour être sûr qu'il a bien tous les équipements. DB voulant bien faire face à son maître d'apprentissage ne se plaint jamais de rien et travaille en force. Il n'utilise pas les protections fournies par son patron. J'essaierai de convaincre DB d'utiliser ces équipements. Il pensait que ça ferait de lui un moins bon ouvrier. Il me dit les porter désormais.

Le médecin traite avec des anti inflammatoires. Puis ne constatant aucune amélioration, voire que la situation empirait, il fait faire une IRM. L'examen révélera une excroissance sur la rotule. Empêchant la position à genou à coup sûr. Jusque-là DB sait demander quand il a mal, prend les traitements quand il le faut et n'hésite pas à dire quand il est au bout de sa douleur pour pouvoir s'arrêter malgré la perte de salaire. Nous consultons un chirurgien pour connaître la conduite à tenir. Il préconisera une intervention chirurgicale pour enlever l'excroissance. Geste très simple, très rapide nécessitant une anesthésie générale, une et deux petits trous de part et d'autre du genou. Il n'y aura aucune conséquence visible. Un peu de kinésithérapie en soins de suite. Et le retour au travail après 3 semaines de convalescence. Je prends le temps de tout expliquer à DB, je fais des dessins, surtout je prends le temps de parler de l'anesthésie. Moment un peu difficile à définir d'un sommeil induit qui ne dure que quelques minutes en l'occurrence. Suivi d'un réveil qui peut être un peu difficile. Et explication du geste, avec un jeune qui ne sait ni lire, ni écrire, je ne peux pas m'appuyer sur des ressources écrites. Les bandes dessinées pour les enfants rencontrent un succès auprès de ce public illettré. Je procède en plusieurs étapes. On se revoit plusieurs fois, je le fais reformuler ce qu'il a compris, je complète, je modifie. J'obtiens son consentement. Il a tellement mal et sens que ça l'handicape dans son évolution donc il est d'accord pour cette intervention. A une semaine de l'intervention, DB demande à me voir. Il m'explique qu'il a parlé de son intervention à sa famille restée au pays. Et que sa grand- mère s'oppose à cette intervention. Elle lui dit que ça se soigne par la bouche, qu'on n'a pas besoin d'ouvrir le genou pour régler le problème. Je demande à DB s'il avait déjà parlé de ses problèmes pour travailler et des douleurs qu'il ressentait. Il me dit que non. Ça les aurait beaucoup trop inquiétés. Ce que je conçois. Mais je dis aussi à DB qu'ils ne comprennent peut être pas pourquoi aujourd'hui on en arrive à une intervention chirurgicale. La démarche a été longue. Je lui explique que sans cette intervention, la douleur sera calmée temporairement à chaque « crise » mais ne sera pas réglée. J'argumente et DB a bien compris la nécessité de cette

intervention. Je le sens dans un conflit de loyauté terrible impliquant sa santé qu'il sait fragilisée par ce problème et la peur de ne pas répondre aux injonctions familiales. Je lui propose d'entrer en contact avec sa famille pour expliquer. Cela semble compliqué, au regard du manque de connexion au pays. Les communications sont aléatoires. L'opération est prévue le lundi suivant. Arrivée à la clinique à 7h30 pour une intervention à 8h. ma collègue infirmière modifie ses horaires pour l'accompagner dans ses démarches, et le rassurer face à un corps médical pas toujours empathique avec ce public migrant, non connaisseur des pratiques hospitalières françaises. Le vendredi précédent, je vérifie tout avec DB. La douche pré opératoire, l'heure ...s'il a encore des questions. Tout est ok. Ce weekend-là, nous décidons de garder mon téléphone professionnel ouverts aux communications. Ce que je fais régulièrement quand j'ai un rendez-vous de bonne heure le lundi matin. Le samedi soir, ma collègue reçoit un message vocal de DB lui disant qu'il n'ira pas à l'opération. Que sa grand -mère ne veut pas qu'il se fasse opérer parce que ce n'est pas comme ça qu'on va régler le problème. Elle discutera longuement. Elle sera plus à l'écoute que dans l'argumentation car elle sent DB très triste de ne pas faire cette opération mais également dans une impossibilité. Ma collègue m'informerait. J'exprimerai à DB ma considération pour sa décision même si ce n'est pas vraiment la sienne. Et je lui explique que je vais annuler pour ne pas solliciter 2 médecins, un bloc opératoire, le personnel paramédical, la salle de réveil, le chambre d'hospitalisation. Sans lui donner aucun détail, j'annule en souhaitant ne pas m'attirer les foudres de cette clinique qui est une de mes partenaires de travail. Beaucoup de jeunes passent par cette clinique pour de multiples interventions, je dois donc faire preuve de respect envers eux. Par la suite, les relations avec DB seront distendues pendant quelques semaines. A chaque fois que j'essaierai de parler de ça, il écartera le sujet. Il sait les bénéfices perdus. DB est sorti de l'association. A son départ, je me suis assurée qu'il avait toutes les informations s'il changeait d'avis et son médecin traitant reste à son écoute. Il s'est réorienté professionnellement.

6 Discussion

Au travers de ces récits, de ces tranches de vies de soins, plusieurs points mettent en évidence des pistes de réflexions pour améliorer mes prises en charge de ce public si vulnérable et si digne.

6.1 Créativité

Je tente par l'accueil de la parole de ces jeunes autour du café, du thé et de la madeleine d'instaurer un espace de libre parole. A l'évocation de nos marmites, je m'humanise envers eux en me qualifiant d'infirmière à madeleine et pas une infirmière à pique. Cela participe, je pense, à les mettre suffisamment en confiance pour oser me dire ce qu'il ressent dans leur soin. Quand AD me demande de bien vouloir attendre le remède de sa famille est une preuve de cette confiance. Et quand j'accepte sa proposition d'attendre l'arrivée du remède. Je participe à une mécanique d'adaptation de complémentarité des soins, non enseigné dans les Instituts de soins Infirmiers. Abdelhak Elghezouani psychologue, en parle comme d'une « *véritable articulation paradigmatique et méthodologique* ». L'apprentissage qu'on nous fait en IFSI est évidemment une prise en charge holistique de la personne en prenant en compte son envie, ses besoins. Mais avec ce public cela va encore plus loin dans la dimension culturelle du soin.

6.2 Intégration que le soin peut et doit être multiple

Avec AD, je vois bien qu'il a compris la nécessité de trouver une solution à son problème de sommeil. Mais avant cela, il y a beaucoup d'acteurs autour de ce récit. Ses colocataires qui nous interpellent, la psychologue qui conseille, le médecin qui prescrit, moi qui propose, dispose, accompagne, explique, la famille qui est aussi présente.

« *le migrant est un métis dans la mesure où son voyage l'a conduit dans un autre monde qui aura une action sur lui comme lui d'ailleurs aura une action sur ce monde.* » selon Marie Rose MORO posant ainsi les bases de la transculturalité. Par les propositions multiples, AD devient singulier. Il n'est pas vain de dire encore et encore que le soignant n'est rien sans le soigné. Il est aussi nécessaire de préciser que tous les acteurs d'une vie peuvent être utiles aux soins.

6.3 Vulnérabilité du public nécessite un positionnement éthique Irréprochable.

Une étude de Santé Publique France montre que les migrants arrivent dans les pays d'accueil plutôt en meilleure santé et que cela se dégrade très vite après. Selon eux, ce sont les déterminants sociaux liés à la Santé qui sont responsables comme le logement, les revenus... Nous avons donc une responsabilité d'accroître notre vigilance, notre écoute à titre individuel pour palier aux manquements institutionnels.

L'éthique chez le soignant ou quand Lévinas s'invite au chevet des malades. Le soignant prend soin du vulnérable par essence. Il a la responsabilité de son bien-être. Par ces situations, je me rends bien compte de la responsabilité qui est la mienne. J'ai le devoir de les comprendre dans toutes leurs dimensions. La précarité sociale dans laquelle ils se trouvent est une composante essentielle dans les traumatismes multiples qu'ils subissent et ont subi. De mon écoute et mes actions menées dépendent leur bien-être à venir. Mon métier prend son essence ici. Je m'attache également à les entourer d'autres professionnels compétents pour ceux que je choisis. Prise en charge holistique, grands mots assés en formation infirmière qui prend son sens à ce moment-là. De ma modeste place, j'essaie de les entourer de bienveillance et d'accueil pour faciliter tous les pans de leur intégration et pas seulement le soin.

6.4 Non injonction de soins

DB sait au fond de lui que cette opération va le soulager. Le conflit de loyauté qui l'anime est vis-à-vis de sa famille et de nous les soignants qui l'entourons. Il a confiance dans les deux. Je sais qu'il a bien compris les enjeux. Mais il est dans une impossibilité. Si j'avais insisté, je le mettais mal dans sa relation à sa famille et je risquais de rompre le lien de confiance. Lien qui s'est distendu dans les jours juste après. Quelques semaines plus tard, DB est revenu vers moi en me disant « j'aurais dû me faire opérer ». Je l'ai rassuré en disant qu'il sera toujours temps de le faire plus tard quand il y sera prêt. Il est maître de son temps. Il sait où aller demander pour se faire soigner.

7 Conclusion

Au moment où les politiques migratoires se durcissent en France et en Europe, chacun des acteurs de la Santé mais aussi du Social doivent s'engager à combler les besoins de ces publics si précaires et vulnérables. Dans le respect de leur croyance, de leur culture et des acteurs de la vie sociale qu'ils deviendront. Et d'autant plus les mineurs non accompagnés en pleine construction. Ce sont les adultes de demain.

Je pense la formation en soins infirmiers insuffisante sur ce sujet. J'ai eu la chance à l'école d'Avignon d'avoir 2h par semaine pendant 3 ans des cours de réflexivité autour du soin avec des psychologues, des anthropologues, des ethnologues qui nous ont sensibilisés aux questions éthiques, déontologiques, philosophiques de notre profession. L'interculturalité y a été abordée. C'est je pense un atout pour ma façon d'exercer aujourd'hui.

Le DIU est la pique de rappel nécessaire pour améliorer, remettre en question, continuer à réfléchir sur l'humanité que je veux mettre dans le soin. Les apports théoriques de tous les intervenants sont d'une grande richesse. Les cours juridiques ont répondu à tant de questions. Les expériences et les notions anthropologiques m'ont fait grandir dans le regard que je peux porter sur plus précaires.

Ce mémoire n'a l'ambition que de venir témoigner de la richesse des rencontres faites par le biais du soin. Et comment modestement j'essaie de répondre à des demandes qui parfois me dépassent. Aujourd'hui, j'ai changé de travail. Je suis infirmière coordinatrice dans des appartements de coordination thérapeutique. L'exil, la précarité, la souffrance de la maladie restent les sujets qui entourent le public accueillis. Ma difficulté aujourd'hui est d'essayer de soigner des personnes allophones. Où la dimension de l'interprétariat abordés lors d'une session du DIU prend du sens. J'ai à faire avec un public très demandeurs de soins mais où la paresse à l'explication de certains soignants ou le manque de ressource pour se faire comprendre ou la négligence de l'interprétariat fausse l'accès aux soins et la relation de confiance nécessaire à la guérison.

Bibliographie

- FURTOS, Jean. *La précarité et ses effets sur la santé mentale*. Le Carnet PSY 2011/7 (n° 156)
- LA ROSA, Emilio. *Santé, précarité et exclusion*. Presses Universitaires de France ,Collection : Le sociologue, 1998
- LECONTE, Juliette. *Mon corps est là, mais pas moi*. Travail clinique autour de l'exil et du deuil traumatique, Revue de l'enfance et de l'adolescence, 2017/2
- ELGHEZOUANI, Abdelhak. *Migrants, épreuves d'exil et épreuve de l'étranger. Accueil de l'altérité et métissage des dispositifs de soins*. Psychothérapies, 2017/2 (Vol. 37), p. 81-89.
- CAMARA, Hawa. *Actualités de la clinique transculturelle*. Le Carnet PSY,2015.
- BORDEYNE, Philippe. *La référence à la vulnérabilité en éthique de la santé : défis et chances pour la foi chrétienne*. Revue d'éthique et de théologie morale, 2006/2 (n°239), p. 45-75.
- LEMAITRE, Annelise. *Les cultures du soigné et du soignant se rencontrent, Jusqu'à la mort accompagner la vie*. vol. 123, no. 4, 2015, pp. 95-102.
- CLANET, Claude. *L'interculturel, introduction aux approches interculturelles en éducation et sciences humaines*. Presses Universitaires du Mirail, 2^{ème} édition, université de Toulouse2-Le Mirail, 1993, 22p
- COLLECTIF. *Migrants en situation de vulnérabilité et santé*. La Santé en action, Mars 2021, n°455, 60 p.

Site web :

aharp.fr

Infomie.net

legifrance.gouv.fr/codes/article

fra.europa.eu/en/theme/asylum-migration-borders/healthcare-entitlements

uroparl.europa.eu/news/fr/agenda/briefing/2018-05-02

DIU Santé, Société , Migration :

Module 1, Laurent DELBOS /Me BECHAUX

Module 2, Arnaud BEAL, Nora NEGRAOUI

Module 3, Dr FAHMI, Dr LAHYA

Module 6, Dr ESPI