

Diplôme Inter - Universitaire
SANTE, SOCIETE, MIGRATION
Année 2015-2016

RÉFLEXIONS À PROPOS DU SUIVI
DE PATIENTS MIGRANTS EN SITUATION DE
PRÉCARITÉ
EN CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Laure BOUCHET
Psychiatre
Août 2016

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
I. PRESENTATION DU CONTEXTE.....	6
A. Le CMP.....	6
1. Les missions du CMP.....	6
2. Les demandes de soins en augmentation.....	7
B. Les situations cliniques rencontrées.....	8
1. Mme A La famille traumatisante et la famille soutenante.....	8
2. Mme M Un suivi ambulatoire, des soins hospitaliers impossibles.....	9
3. Mr K un suivi en pointillé	11
C. La rencontre et la mise en place des soins	11
1. Prise de contact des sujets migrants avec le système de soins	11
2. Le début des soins au CMP.....	12
3. Aménagement de notre dispositif de travail	13
II. LES SPECIFICITES CLINIQUES EN SITUATION DE MIGRATION ET DE PRECARITE ?	16
A. Les troubles présentés	16
1. Il n'y a pas de pathologie psychiatrique spécifique de la migration	16
2. Épidémiologie.....	17
3. L'état de stress post traumatique.....	17
4. Somatisations.....	18
5. Les troubles de la lignée psychotique : psychose ou reviviscence traumatique ?	19
B. Interactions entre les aspects sociaux et cliniques.....	19
1. Des situations extrêmes.....	20
2. Les effets psychiques du refus de la demande d'asile.....	20
C. La position soignante: ni trop proches, ni trop distant	21
1. Une position de témoin	21
2. Le vécu du clinicien	22
D. Travail de lien	23
1. Lien avec l'avocat l'exemple de Mr K	23
2. Le travail inter équipe : l'exemple de Mme A.....	24
3. Le travail d'équipe	24
III. DOCTEUR, IL ME FAUT UN CERTIFICAT.....	26
A. La procédure de demande de titre séjour pour raisons médicales.	26
1. Critères d'accès.....	26
2. Historique.....	26
3. Les difficultés de rédaction du rapport médical.....	27
B. Quand le psychiatre doute de la demande de soin du patient et se sent instrumentalisé ?	29
C. Effets cliniques de la rédaction des certificats médicaux	30
CONCLUSION.....	32

INTRODUCTION

C'est la rencontre avec plusieurs patients migrants en situation de précarité et les difficultés rencontrées dans leur prise en charge au Centre Médico-Psychologique (CMP) qui m'a conduit à m'inscrire au DIU. Très rapidement, la rencontre avec ces patients est venue "bousculer" mes pratiques habituelles de psychiatre de secteur. La clinique était marquée par les violences subies dans le pays d'origine; la complexité des trajets migratoires, l'exil, la lourdeur et la longueur des procédures de régularisation, les problèmes de langues, d'accès au logement... Face à ces situations complexes, lourdes, je ressentais un sentiment d'impuissance et j'ai pu douter de l'authenticité de la demande de soins de certains patients avec l'impression d'être instrumentalisée.

En effet, la psychiatrie est interpellée à différents niveaux au sujet des migrants n'ayant pas de papiers. Elle est interpellée comme dispositif soignant et thérapeutique mais aussi comme délivreur de certificats divers. J'ai découvert par bribes au fur et à mesure des suivis le chemin à parcourir pour le migrant dans le cadre de la demande d'asile puis dans la situation de demande de titre de séjour pour raisons médicales.

Plusieurs questions se sont alors posées, la principale étant : Quels soins psychiques proposés à ces personnes dont la priorité est la survie au quotidien ? L'objectif de ce mémoire est de pouvoir réfléchir sur notre pratique afin d'améliorer le suivi que nous proposons au CMP aux patients migrants précaires.

Ce mémoire est composé de trois parties Dans la première partie je situerai mon activité au sein du CMP et présenterai les situations cliniques. Dans la deuxième partie, je préciserai les spécificités cliniques retrouvées chez les migrants en situation de précarité puis je tenterai d'apporter un éclairage et des pistes concernant l'indispensable travail de lien pluridisciplinaire et la position soignante. La troisième partie s'intéressera à la question des certificats médicaux, aux enjeux autour des demandes de certificats afin de mieux comprendre ce qui se joue au niveau thérapeutique.

I. PRESENTATION DU CONTEXTE

A. Le CMP

J'exerce en tant que psychiatre au CMP du 3ème arrondissement de Lyon au sein du secteur G31 qui dépend du pôle centre du Centre Hospitalier Le Vinatier. Le recensement de la population de 2013 retrouve une population de 98000 habitants au sein du 3ème arrondissement de Lyon. Un CADA (Centre d'accueil de demandeurs d'asile) se situe dans cet arrondissement. Il s'agit du centre de transit de Forum Réfugiés- Cosi.

J'ai débuté ma pratique au CMP en tant que jeune psychiatre en mai 2015 sur un poste d'Assistante des Hôpitaux, j'intervenais alors sur deux journées au CMP le reste de mon activité se situant au sein de l'unité sectorielle d'hospitalisation.

Depuis septembre 2015, j'exerce à temps partiel sur un poste de Praticien Hospitalier uniquement au CMP. C'est lors de cette prise de poste que j'ai pris les fonctions de responsable médicale du CMP. Il est important de préciser le projet de regroupement des structures extra-hospitalières du secteur (CMP du 3ème et du 6ème, CATTP- Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel, Hôpital de jour) qui est en cours actuellement et qui devrait aboutir par un regroupement effectif dans les mêmes locaux en juin 2017.

Le CMP regroupe une équipe pluridisciplinaire constituée de psychiatres, psychologues, infirmières, assistante sociale, secrétaires médicales, ergothérapeute et psychomotricien.

1. Les missions du CMP

Les ancêtres des CMP ont d'abord été les dispensaires d'hygiène mentale qui fonctionnaient sur le même modèle que les dispensaires antituberculeux. Le terme Centre médico-psychologique (CMP) apparaît officiellement dans un arrêté de mars 1986. Ses missions sont précisées par la circulaire du 14 mars 1990 : prévention, dépistage, soins, suivi et maintien dans le tissu social. Son ambition et sa place dans la politique de sectorisation de la psychiatrie qui prévaut depuis la "circulaire de 1990" sont d'être le pivot du secteur, lieu de convergence et point de départ des projets

de prise en charge extra-hospitalière des patients (Circulaire du 14 mars 1990 relatives aux orientations de la politique de santé mentale).

Les centres médico-psychologiques ont pour mission d'accueillir gratuitement toutes les personnes en souffrance psychique. Ils interviennent donc comme le premier interlocuteur pour la population générale, ils devraient être connus de tous.

2. Les demandes de soins en augmentation

Il existe des différences importantes de moyens (logistiques comme humains) et de pratique entre les CMP. Les CMP font face à une hausse importante de leur activité ces dernières années, résultat d'une augmentation de la demande d'origine multifactorielle (fermetures de lits, modification des représentations sociales de la maladie mentale, la population a moins peur des psy et vient plus facilement consulter, montée en puissance des CMP en tant qu'acteurs de la prise en charge ambulatoire en santé mentale...).

Les demandes ne cessent d'augmenter contrairement aux moyens humains et matériels. Les listes d'attentes sont apparues depuis plusieurs années dans les CMP, elles ne cessent de croître jusqu'à atteindre parfois des délais insupportables. En région Rhône-Alpes, le délai moyen en psychiatrie adulte pour obtenir un premier rendez-vous en CMP hors urgence est de plus de 67 jours avec des extrêmes pouvant aller d'un à cinq cent cinquante jours (Enquête ARS juin 2015). De ce fait, les équipes sont tenus d'orienter les demandes vers le privé, de limiter la durée des soins dans le temps. Au sein du CMP du 3ème les délais pour un premier rendez-vous avec un psychiatre oscillent entre un et trois mois.

A l'augmentation de la demande vient se rajouter le fonctionnement actuel du système de santé public qui malmène les soignants. J. Furtos en parle ainsi : "La bureaucratisation, avec infiltration de systèmes procéduriers, leur rend la vie très dure. Ils doivent relever une gageure : rester vivants dans un système attaqué de toutes parts : de l'extérieur par les baisses budgétaires, de l'intérieur par une bureaucratisation gestionnaire galopante. Des soignants "démissionnent" pour échapper à cette pieuvre".

La conception traditionnelle en psychiatrie adulte consiste à soigner en priorité les personnes les plus gravement atteintes et les plus pauvres mais lorsqu'une structure a les moyens de bien

fonctionner elle accueille plus largement les demandes. Les moyens conditionnent donc en partie l'ambition des équipes et inversement (Furtos, 2006).

B. Les situations cliniques rencontrées

Ce travail s'intéresse à des situations cliniques de personnes migrantes qui ont quitté leur pays après avoir subi des violences physiques et psychiques. A leur arrivée en France, elles ont fait une demande d'asile dont elles ont été déboutés. Le début du suivi au CMP a lieu dans ce contexte administratif de refus de la demande d'asile l'étape suivante est celle d'une demande de titre de séjour pour raisons médicales ici psychiatrique. Ce parcours administratif semble de plus en plus courant et tend à devenir le parcours classique. En effet, l'augmentation des demandes de séjour pour étranger malade apparaît comme une des conséquences immédiates de la diminution de la délivrance du statut de réfugié politique.

Le début du suivi date de 2013 pour Mme A et de 2014 pour Mme M et Mr K. Ces personnes poursuivent toujours leur suivi psychiatrique au CMP actuellement.

1. Mme A La famille traumatisante et la famille soutenante

Mme A est arrivée en France d'Albanie en 2011. Elle a rejoint son mari avec ses deux enfants âgés alors de 8 et 6 ans. La famille de Mme A a fui l'Albanie suite à des menaces et des violences du frère de son époux à son égard dans un contexte de succession. Le beau-frère de Mme A l'a menacé elle et son fils avec un couteau. Puis cet homme a intercepté son fils alors âgé de trois ans, lui a mis un couteau sous la gorge et l'a blessé à ce niveau. Mme A était témoin de cette scène qui a fait traumatisme. Elle raconte qu'elle était alors enceinte et a fait une fausse couche dans les suites.

Le tableau clinique est marqué par un vécu d'insécurité majeure, une crainte permanente que l'agresseur revienne pour l'éliminer elle, ses enfants ou son mari. Elle présente un état anxio-dépressif sévère avec des insomnies quasi-totale, une anorexie ainsi que des céphalées extrêmement invalidantes. Mme A présente une symptomatologie en faveur d'un état de stress post traumatique. Nous la rencontrons dans un premier temps avec son mari.

Quelques mois après le suivi Mme A nous apprend qu'elle attend son troisième enfant. Nous travaillerons en lien étroit avec le service de pédopsychiatrie. Son fils aîné y débutera un suivi. Elle sera suivie même en soins dans l'unité ambulatoire mère bébé autour la naissance de son troisième enfant.

Sur le plan administratif, Mme A et son mari ont été déboutés de leur demande d'asile. Ils déposent ensuite une demande de titre de séjour pour raisons médicales pour elle et son fils aîné. Durant environ deux ans, Mme A n'obtiendra pas de réponses de cette demande. Actuellement, il est nécessaire de réitérer la demande de titre de séjour pour raisons médicales.

La famille initialement logée en CADA se retrouve ensuite sans logement. Ils seront aidés par des familles de parents de l'école de leurs enfants qui les hébergeront successivement chez certains d'entre eux quelques semaines. Ils les aideront ensuite pour emménager dans un appartement inhabité dans lequel Mme A et ses enfants vit actuellement. Un hébergement au sein d'un hôtel est proposé à la famille mais à une distance bien trop importante pour effectuer les trajets quotidiens vers l'école dans laquelle sont scolarisés les enfants.

Mme A travaille depuis environ un an quelques heures par semaines en tant qu'employée de maison pour effectuer des ménages dans les familles de parents de l'école des enfants.

Tout au long du suivi l'état clinique sera fluctuant et sensiblement en lien avec les conditions de vie de Mme A et de sa famille. Je noterai également une amélioration clinique franche au moment des visites de sa mère en France dont elle est très proche.

2. Mme M Un suivi ambulatoire, des soins hospitaliers impossibles

Mme M a également débuté un suivi au CMP à la même période. Elle est arrivée en France en 2012 avec son mari et ses trois enfants âgés actuellement de 19, 15 et 12 ans. Ils ont quitté l'Albanie suite à des persécutions. L'époux de Mme M était engagé politiquement. Dans ce contexte Mme M a été enlevée, séquestrée durant deux semaines et a subi des tortures. Elle a été retrouvée inconsciente devant chez elle. Mme M présentait déjà des troubles psychiatriques en Albanie du registre psychotique et bénéficiait d'un traitement.

Mme M a d'abord bénéficié d'un suivi à la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) psychiatrique du Vinatier durant environ six mois. Elle a ensuite été hospitalisée dans l'unité

psychiatrique sectorielle mais elle a demandé sa sortie prématurément. Cette demande de mettre fin aux soins hospitaliers était également soutenue par son époux. C'est dans les suites de l'hospitalisation que le relais de soins a été effectué au CMP.

Sur le plan clinique, elle présente une labilité affective avec passages du rire aux larmes durant les entretiens. Le discours de Mme M est totalement incohérent laissant perplexes les interprètes qui tentent malgré tout de traduire les propos de madame. Elle dit voir des personnes décédées qui la poursuivent, entendre de la musique ou des voix de sorcières. Elle décrit des manifestations corporelles étranges comme par exemple "impression d'avoir les jambes détachées de son corps". Elle présente un vécu d'insécurité majeure avec la crainte permanente que ses enfants soit enlevés. Son mari, que nous recevons la majorité du temps en entretien, décrit une perte d'autonomie quasi-totale. Mme M est dans une attitude de prostration, elle somnole tout au long de la journée allongée sur son lit. Elle n'effectue plus aucune tâche de la vie quotidienne, elle ne s'occupe plus de ses enfants. C'est son mari et sa fille aînée qui s'occupent d'elle tout au long de la journée et qui la surveille. Ce tableau clinique inquiétant est cependant décrit comme fluctuant par le mari de Mme M.

Il y a six mois, elle a quitté l'hôtel dans lequel la famille est hébergée. Elle a été retrouvée errante sur la voie publique, elle a été prise en charge par les secours et adressée dans un service d'urgences. Elle n'avait aucun papier sur elle et elle n'a pas pu décliner son identité. C'est son mari qui l'a retrouvé en se présentant à l'accueil des différents services d'urgences de la ville muni d'une photo de son épouse. Une mesure de soins psychiatriques pour péril imminent a été mis en place dans le service d'urgences avant que la patiente soit transférée aux services d'urgences de l'hôpital psychiatriques. Son époux s'est opposé à l'hospitalisation en service de psychiatrie ce qui a abouti à un "retour à domicile" avec poursuites des soins aux CMP.

Administrativement, la demande d'asile en France a été rejetée. Mme M a alors fait une demande de titre de séjour pour raisons de santé qui a été refusée. Accompagnée par son mari, elle va débiter une procédure d'appel de cette décision.

Mme M vient accompagnée de son mari aux consultations. Je n'ai pas souvenir de retard ou d'absence depuis le début du suivi. Je reçois quasi systématiquement le couple en consultation en présence d'un interprète.

3. Mr K un suivi en pointillé

Mr K est arrivé en France en 2012. Il est originaire de la République Démocratique du Congo qu'il a fui suite à des représailles de nature politique. Il a été menacé de mort puis arrêté, incarcéré. Durant son incarcération, il a subi des violences psychiques et physiques. Mr K a deux enfants âgés maintenant de six et deux ans qui vivent avec leur mère dont il est séparé en RDC. Il travaillait en tant que frigoriste et gagnait correctement sa vie. Sa demande d'asile rejetée, il fait une demande de titre de séjour pour raisons médicales. Il obtient un premier refus et débute une procédure d'appel auprès du tribunal administratif. Il est hébergé par des membres de sa communauté religieuse.

Mr K décrit une symptomatologie évocatrice d'un état stress post-traumatique avec insomnies, cauchemars, une humeur basse, des ruminations anxieuses. Il décrit entendre des voix militaires qui lui donnent des ordres et voir des personnes en tenue militaire. Ces symptômes semblent s'apparenter à des reviviscences traumatiques plus qu'à un processus hallucinatoire dans le cadre d'une pathologie psychotique. Il rapporte également des céphalées, des troubles mnésiques ainsi que des sensations cénesthésiques comme des fourmillements au niveau du crâne.

Le suivi est très irrégulier. Mr K étant très régulièrement absent aux consultations proposées, il est bien difficile de se représenter ses conditions de vie. Le suivi s'effectue en pointillé et j'ai souvent eu l'impression que Mr K venait aux consultations proposées lorsqu'il souhaitait que je rédige un certificat médical.

C. La rencontre et la mise en place des soins

1. Prise de contact des sujets migrants avec le système de soins

Plusieurs études montrent que la prise de contact des migrants avec le système de soins psychiatriques du pays d'accueil est souvent difficile avec notamment un recours plus systématique aux services d'urgences, un taux plus important d'hospitalisations sous contraintes ainsi qu'une moindre orientation vers les structures ambulatoires tant psychiatriques que somatiques probablement par méconnaissance du système de soins ambulatoire (Bokuentenge, 2011). L'accueil dans les structures de soins peut également être inadéquat du fait de la barrière de la langue. Il est

intéressant de noter des tendances à surévaluer la dangerosité et la gravité des cas avec en particulier un surdiagnostic de psychose.

Le système de soins peut être également vécu comme inquisiteur par les personnes migrantes en situation de précarité. La famille peut se poser en protectrice du malade essayant de l'assumer comme c'est le cas pour la situation de Mme M. Les symptômes psychotiques sembleraient mieux tolérés dans les familles migrantes que dans les familles occidentales. (Bokuentenge, 2011).

De plus, la demande d'une prise en charge en santé mentale est peu exprimée par les migrants précaires alors que les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente rencontrée chez les demandeurs d'asile d'après le Comede (Comité médical pour les exilés). Il est vrai que la santé peut intervenir au second plan face à la survie au quotidien. De plus, la prise en charge psychiatrique a parfois une image négative dans les pays d'origine des patients (Gerbes, 2015).

2. Le début des soins au CMP

Le début des soins au Centre Médico-Psychologique peut avoir lieu suite à une hospitalisation, suite à un adressage par le médecin généraliste, un médecin spécialiste, par la PASS de l'hôpital du Vinatier, ou par un accompagnement par des intervenants sociaux. La demande de suivi peut également émaner directement de l'utilisateur.

Au sein de l'établissement dans lequel j'exerce, la porte d'entrée au CMP des personnes migrantes en situation de précarité semble similaire à celle du reste de la population. Cependant nous avons pu remarquer que les demandes de suivis sans intermédiaire d'un soignant ou d'un intervenant social sont quasi inexistantes. Très probablement la méconnaissance du système de soins ambulatoires ainsi que la précarité du logement rentrent en compte.

Les soins en CMP sont sectorisés. Il existe entre les trois Centres Hospitaliers spécialisés du Rhône une convention qui définit des règles de référencement sectoriels. Cette convention précise que c'est le lieu de résidence effective qui détermine la référence sectorielle. Les hôtels, foyers d'urgence et les boîtes postales ne peuvent pas servir de domiciliation. Si une personne n'a pas de résidence effective, elle est accueillie à tour de rôle sur l'un des établissements selon un calendrier établi. C'est selon cette règle que nous avons accueilli Mme A, Mme M et Mr K dans le

CMP du 3ème. L'un des points négatifs qui découle de cette règle peut être la distance entre le lieu de soin et le lieu de vie de la personne lorsqu'elle vit dans un hôtel, un foyer d'urgence, un squat ou autre.

La sectorisation des soins psychiatriques pose des difficultés pour une poursuite des soins dans la durée au sein du même établissement. En effet, pour les patients migrants précaires, compte tenu de l'instabilité de leur conditions de vie avec de probables changements de logements à venir, de la nécessité de temps pour qu'un lien de confiance s'établisse, il peut être plus cohérent de faire des exceptions à la règle de la sectorisation en poursuivant les soins au sein du même secteur jusqu'à ce que la personne est une situation sociale et administrative stable.

3. Aménagement de notre dispositif de travail

Les situations cliniques rencontrées nécessitent souvent différents aménagements de notre dispositif de travail habituel. Le premier aménagement nécessaire est celui de l'introduction d'un interprète lorsqu'il existe une barrière de la langue. Je discuterai ensuite de la présence de la famille et des irrégularités dans les suivis.

L'interprétariat

Nous sollicitons au CMP l'association Inter Service Migrant. Il est parfois difficile d'avoir le même interprète compte tenu des contraintes d'agendas respectifs. Les consultations avec un interprète ne sont pas évidentes et nécessitent une certaine expérience pour le clinicien qui s'acquiert progressivement au fil des rencontres. Durant les soins hospitaliers et compte tenu des délais, ce sont majoritairement des soignants de l'établissement qui sont sollicités. Très régulièrement nous recevons des mails de la cellule de communication de l'établissement qui nous informe que telle ou telle unité de soins est à la recherche d'un interprète dans une langue donnée. Le soignant fait alors office d'interprète sans être formé pour cela et la position de neutralité n'est plus respectée.

Le travail avec les interprètes à un grand intérêt, il permet d'accueillir la différence et de construire au fil des entretiens une culture commune. Maqueda compare l'interprète à un passeur. La présence de l'interprète permet d'apaiser les fantasmes d'empiétement d'une culture par l'autre. L'interprète peut être vu comme un espace transitionnel à la fois pour le migrant et pour le soignant.

Il symbolise le semblable et le différent pour chacun d'eux. Il occupe une position de médiateur culturel éclairant les sous-entendus, les implicites contenus dans toute culture (Maqueda, 2005).

Il me semble intéressant d'illustrer mon propos par la situation clinique de Mme A. Initialement en l'absence d'interprète nous avons reçu Mme A en présence de son mari et d'une secrétaire qui parlait italien. Mme A parlait à son mari en Albanais ce dernier traduisait en italien à la secrétaire qui à son tour nous traduisait en France. On imagine bien la perte d'information et le caractère non rassurant de cet espace d'entretien à cinq personnes. Nous avons pu ensuite bénéficier d'un interprète lors de consultations suivantes jusqu'au jour où Mme A que je reçois seule sans interprète peut dire qu'elle préfère que les prochaines consultations se déroulent sans interprète. Mme A peut alors exprimer sa crainte que l'interprète ne dévoile des éléments rapportés durant l'entretien à des membres de la communauté albanaise qui pourrait informer à leur tour le beau-frère de Mme A. Mme A reste terrifiée par l'idée que son beau-frère la retrouve elle et sa famille. Il est vrai que Mme A avait au cours des mois précédent progressé dans la maîtrise de la langue française et les entretiens, même s'ils restaient parfois limités par la barrière de la langue, étaient envisageables en l'absence d'interprète.

Cette situation montre la nécessité de préciser à la personne suivie le cadre de l'entretien, la fonction de l'interprète, le secret professionnel et la nécessité de questionner régulièrement la poursuite du dispositif avec un interprète.

Le migrant et sa famille au CMP:

Habituellement nous proposons au sein du CMP des espaces de suivi individuel. Cependant, la famille des migrants est souvent présente dans la salle d'attente ou demande à être présente lors des entretiens et cela ne va pas sans poser de question.

Par exemple, je reçois systématiquement Mme M en présence de son époux. Mme M semble rassurée par la présence de son époux cependant Mr M a souvent tendance à répondre à la place de son épouse et il est nécessaire que je reste vigilante à m'adresser à elle par l'intermédiaire de l'interprète. Mr M prend soin au quotidien de son épouse, lui dispense son traitement et j'ai besoin des éléments qu'il me rapporte pour évaluer l'état de santé de son épouse. J'ai déjà proposé à Mme M des temps d'entretien seule qui se sont avérés peu aidant et difficiles du fait de l'incohérence des propos de Mme. Je continue donc à recevoir le couple en entretien tout en gardant en tête l'objectif de proposer à Mme M un espace individuel lorsque son état de santé psychique le lui permettra.

Peut- être qu'il est également plus rassurant pour moi que le mari soit présent face à la gravité des troubles de Mme, les symptômes psychotiques étant relativement bien tolérés par la famille.

La question de la présence d'un membre de la famille lors d'un entretien est d'autant plus délicate lorsqu'il s'agit d'enfant. A plusieurs reprises, j'ai reçu Mme A en présence de son dernier enfant. Mme A n'ayant pas de possibilité de faire garder son plus jeune enfant. Lorsque l'âge des enfants le permet, nous leur proposons de rester au secrétariat durant l'entretien. Il m'est également arrivé de recevoir un enfant compte tenu de l'absence d'interprète, notamment lorsqu'il est nécessaire de prévoir un entretien dans des délais courts qui ne permettent pas qu'un interprète soit disponible. Les enfants se retrouvent alors dans une position qui ne devrait pas être la leur. Bien entendu dans ces cas-là les entretiens sont adaptés à la présence de l'enfant.

Une temporalité différente

Mr K n'est presque jamais présent lorsqu'on l'attend et inversement il se présente lorsqu'il n'est pas attendu et peut attendre longuement dans la salle d'attente. Mr K se plaint de troubles mnésiques qui peuvent expliquer les oublis de rendez-vous. Il m'arrive de le recevoir entre deux autres consultations lorsque cela est possible mais l'enchaînement des rendez-vous déjà prévus ne permet pas d'avoir la souplesse nécessaire qui permettrait de le recevoir lorsqu'il se présente. Les moyens étant insuffisant au sein du CMP face à l'affluence des nouvelles demandes, il est parfois difficile de prévoir des plages pour les consultations en sachant que souvent ces rendez-vous ne seront pas honorés.

Afin de proposer des soins satisfaisant, il serait nécessaire de bénéficier de plus de temps. Les patients migrants en situation de précarité ne sont pas les patients idéaux notamment car leur prise en charge est perçue comme étant coûteuse en temps. La nécessité de la présence d'un interprète entraîne une augmentation du temps habituel des consultations d'une heure au lieu d'une demi-heure. La rédaction des certificats médicaux, la nécessité de lien avec les intervenants sociaux demandent également un certain temps. Ce temps n'est pas évident à trouver dans l'activité quotidienne parfois effrénée du psychiatre en CMP. Le risque est de perdre de vue ces patients. Il apparaît de ce fait important de leur proposer un nouveau rendez-vous.

II. LES SPECIFICITES CLINIQUES EN SITUATION DE MIGRATION ET DE PRECARITE ?

A. Les troubles présentés

Dans les situations cliniques exposées en premières partie les symptômes présentés sont évocateurs d'un état de stress post traumatique tel que défini dans la classification des troubles mentaux dans le DSM V 5.

1. Il n'y a pas de pathologie psychiatrique spécifique de la migration

D'après C. Rousseau il n'existe pas de troubles psychiatriques spécifiques chez les migrants. Plusieurs auteurs soutiennent que des présentations spécifiques seraient plus fréquentes chez les migrants comme le mutisme électif, la psychose réactive brève et la psychose post partum. D'autres insistent au contraire sur la similarité entre les problèmes observés chez les migrants et ceux observés dans la population générale (Rousseau).

C. Rousseau partant de ses données propose de penser l'immigration comme une expérience structurante qui peut se traduire soit par une amélioration du bien-être soit par une détresse psychologique accrue. Ces manifestations vont dépendre des circonstances dans lesquelles l'immigration se déroule et des attentes auxquelles elle répond. Il est important de prendre en compte le vécu avant l'expérience migratoire tout autant que le vécu après l'arrivée dans le pays hôte qui va forcément influencer le bien être ou la détresse psychologique. Les raisons de la migration vont également influencer ainsi que la dynamique temporelle. Ce sont surtout les événements traumatiques qui paraissent avoir à long terme un impact sur la santé mentale des migrants non volontaires. Un départ préparé permettra une possible métabolisation psychique de l'idée de départ contrairement à un départ précipité. Les séparations familiales souvent inévitables lors de la migration, leur durée, le type de séparation (famille nucléaire ou famille élargie) vont avoir des impacts différents plus ou moins négatifs.

Concernant le vécu post migratoire, les conditions d'accueil, la situation socio-économique et l'existence d'une communauté d'appartenance entre autres vont avoir un rôle important.

Le trajet migratoire est souvent accompagné des sentiments de perte et de deuil mais peut aussi susciter de l'espoir lorsqu'il permet des conditions de vie meilleures pour l'avenir. Il est donc important de limiter les généralisations concernant les répercussions sur les migrants des expériences migratoires (C. Rousseau).

2. Épidémiologie

Sur le plan épidémiologique, on retrouve une plus grande fréquence des troubles d'ordre psychologiques chez les demandeurs d'asile. Le rapport de la mission France de 2014 de Médecins du Monde rapporte la présence d'un syndrome dépressif chez 4,7% des demandeurs d'asile et la présence d'angoisse, de stress et/ ou de trouble psychosomatique chez 12%. Concernant l'ESPT (Etat de Stress Post Traumatique) les différentes études retrouvent une prévalence de 30 à 65% d'ESPT dans les populations de réfugiés (Hinton et al 2006, Hockling 2015, Mazur et al 2015), une prévalence de dépression de 30 à 60% dans les populations de réfugiés (Marschall 2005, Heeren et al 2012) et une comorbidité dépression-ESPT de 20 à 50% dans les populations de réfugiés (Bradley 2006, Montmartin 2004).

Concernant les troubles psychotiques deux méta-analyses récentes (Cantor-Graae et Selten 2005, Bourque *et al.* 2011) ont mis en évidence un risque trois fois plus élevé de schizophrénie chez les immigrés que dans la population autochtone. T. Favard et M-J. Dealberto ont réalisé une synthèse des données françaises récentes qui confirment le risque élevé de schizophrénie et de psychoses chez les immigrés (Favard, 2015). Ce risque accru est également retrouvé dans les deuxièmes générations d'immigrés. Les mécanismes impliqués dans le déclenchement des psychoses et des schizophrénies chez les immigrés sont inconnus. Certains auteurs invoquent des facteurs sociaux environnementaux, d'autres des mécanismes neurobiologiques (Favard, 2015).

3. L'état de stress post traumatique

Le DSM V dans sa nouvelle version prend en compte les symptômes traumatiques qui n'étaient jusqu'alors pas objectivés, telles les altérations cognitives et émotionnelles qui sont très souvent observées chez ce public.

Les spécificités psychopathologiques des demandeurs d'asile et réfugiés incluent plusieurs dimensions : celles liées à la situation d'exil, la dimension culturelle, les psychotraumatismes et les conditions de précarité psychosociale et administrative (Zeroug-Vial 2015).

Le concept de trauma complexe permet de compléter la description du DSM V. En effet, les conséquences du trauma complexe décrit par Hermann en 1992 transcendent ceux de l'ESPT simple dans trois domaines, les symptômes sont plus complexes, diffus et tenaces, des changements au niveau de la personnalité (relation et identité) sont présents, ainsi qu'une vulnérabilité à répéter les blessures, par soi-même et par les autres. Le trauma complexe a comme caractéristique de survenir dans un moment clef du développement et porter atteinte à l'intégrité du soi (Roberge, 2011).

Le vécu d'insécurité est souvent important, il est majeur dans les situations de Mme M et de Mme A. F. Maqueda souligne que le fait de vivre dans la crainte d'une agression qui peut viser n'importe qui, à n'importe quel moment, le constat que cette agression a pu provenir d'un voisin, ou d'un membre de la communauté familiale élargie maintient chacun dans un climat de terreur (Maqueda, 2006).

4. Somatisations

Le corps qui souffre est présent dans toutes les situations cliniques rencontrées. Mme A présentent des céphalées intenses quotidiennes pour lesquelles elle consomme voir surconsomme du paracétamol. Mr K présente lui aussi des céphalées au niveau temporal et des sensations de picotement sur le crâne. Quant à Mme M se sont plutôt les troubles digestifs qui sont au-devant de la scène. Les douleurs corporelles sont souvent intenses avec un retentissement fonctionnel important.

Somatiser, c'est inscrire sur le corps une souffrance psychique non élaborable. L'individu ne parvient pas à élaborer ce qu'il ne trouve pas dans son lexique individuel, soit qu'il ne s'y est jamais intéressé, soit qu'il ne trouve plus. Le traumatisme est un événement qui vient heurter les enveloppes psychiques, ne permettant pas au préconscient d'assurer son rôle de pare excitation tellement le traumatisme agit avec brutalité. Le traumatisme va agir sur les capacités de liaison psychique qui, pour un temps plus ou moins long, ne sont plus fonctionnelles. Le traumatisme va empêcher l'élaboration du conflit intra-psychique, conflit qui va alors s'actualiser dans le soma, dans une non symbolisation pouvant parfois se rapprocher de la désorganisation. Pour Maqueda, le

recours à la symbolisation somatique trouve ici son occasion : le corps devient l'ultime recours pour faire signe, au lieu de faire sens. (Maqueda, 2006)

5. Les troubles de la lignée psychotique : psychose ou reviviscence traumatique ?

Mme M et Mr K présente des troubles de la lignée psychotique. L'évolution clinique pour Mme M est plutôt en faveur d'une pathologie psychotique à laquelle s'ajoute un état de stress post traumatique. De plus, il semble qu'elle bénéficiait déjà d'un traitement neuroleptique en Albanie. Quant à Mr K les hallucinations acoustico-verbales sont plus du registre de reviviscence traumatique. La question du diagnostic est importante notamment car en découle le choix de la classe de psychotrope qui seront utilisés.

De nombreuses études soulignent le fait que les sujets migrants sont plus souvent victimes d'un biais diagnostique, à savoir un sur-diagnostic de troubles psychotiques du fait de l'écart culturel existant entre l'examineur et le patient (Bokuentenge, 2007). Certains auteurs avancent l'hypothèse que face à un facteur de stress important, certaines imprégnations culturelles favoriseraient une réaction de type psychotique (dépersonnalisation, déréalisation, tableau psychotique polymorphe) alors que l'imprégnation culturelle occidentale favoriserait les décompensations sur un mode anxiodépressif, éventuellement accompagnées d'abus d'alcool et de médicament (Bokuentenge, 2007).

B. Interactions entre les aspects sociaux et cliniques

Une dimension non négligeable de l'évolution psychique est liée aux différentes étapes administratives qu'ils peuvent rencontrer au cours de leur séjour dans notre pays. La péjoration de l'état de santé en lien avec la situation administrative est observée par plusieurs auteurs. En règle générale, elle s'installe de façon insidieuse et progressive, comprenant des symptômes psychiques et somatiques qui peuvent être la réponse à une situation de vie perçue comme sans issue (Hauswirth, 2004).

S. Ngugen insiste sur le fait que les contraintes de la réalité pèsent à chaque instant dans les prises en charge psychiatrique, réalité qu'il pourrait être tentant de reléguer à l'arrière-plan de prises

en charges centrées uniquement sur les aspects psychiatriques individuels. Il est important de ne pas négliger les contraintes sociales et politiques (Ngugen, 2003).

1. Des situations extrêmes

A. Al Saad affirme que la procédure de demande d'asile et en elle-même une situation traumatisante et extrême. Il s'appuie sur les travaux de Marty, 2001 pour qui une situation peut être considérée comme traumatisante ou extrême dans la mesure où l'individu y est placé dans des circonstances à potentiel intense ou réclamant de lui une réponse adaptative qu'il vit comme dépassant ses moyens. Les situations extrêmes peuvent être volontaires comme (hivernage polaire, vols spatiaux) ou involontaires (catastrophes naturelles, situations carcérales, précarité sociale) mais elles induisent toujours un état de stress aigu et chronique qui se traduit par la rupture de l'ajustement ou l'épuisement des capacités adaptatives. La procédure de demande d'asile fait donc partie des situations extrêmes et constitue un terrain pour la production ou la reproduction du traumatisme et pour l'éclosion de la maladie bio-psycho-sociale (Al Saad, 2003).

2. Les effets psychiques du refus de la demande d'asile

Commençons par quelques chiffres, en 2014, il y a eu 64536 demandes d'asiles déposées à l'Ofpra pour 8738 décisions positives de l'Ofpra et 5826 de la CNDA (Cours National du Droit d'Asile) soit un total de 14564. Le taux d'acceptation, si on cumule les premières demandes oscillent entre 20 et 25% selon les années (Zeroug-Vial *et al.*, 2015).

Les personnes en soin, qui reçoivent la réponse négative de la CNDA, vivent cette annonce dans un immense désarroi. Le risque vital s'est souvent posé pour chacun d'entre eux dans leur pays d'origine et ils rencontrent, pour la grande majorité par cette réponse négative, une nouvelle forme d'expulsion politique. L'ampleur des conséquences est difficile à évaluer. Certains cliniciens (Pestre, 2007) font l'hypothèse que le rejet met en danger l'intégrité même du sujet : son discours a été reçu par quelqu'un qui dénie sa parole. C. Mestre le constate également dans sa clinique : cette annonce les "retraumatise", ravive les blessures (Mestre).

Le refus peut être l'événement déclencheur d'une dégradation grave de la santé psychique et physique. Les patients décrivent leur état comme une perte de tous leurs repères, un sentiment d'absurdité, une incompréhension totale de leur situation face à la mise en doute de la véracité des

séances qu'ils ont subi (Hauswirth). Lorsque les décisions de migration sont négatives, le refus constitue pour la personne une absence de légitimation des persécutions subies. Les expériences traumatiques se caractérisent par l'impression de quelque chose d'inhumain, de non partageable et de ce fait de non crédible. Le refus vient alors confirmer l'impossibilité de partager la réalité de ses souffrances, ne laissant d'autres ressources à la personne que de devenir sa propre mémoire, se rappelant sans cesse ce qu'elle a vécu, bloquant ainsi un processus de deuil pourtant nécessaire sur le plan psychique. La personne se trouve alors dans un espace figé, regardant en arrière le désastre et ne pouvant avancer. Cet état lorsqu'il s'inscrit dans la durée à des conséquences psychiques et vient mettre à mal les possibilités thérapeutiques : une psychothérapie s'avérant impossible dans de telles conditions (Hauswirth, 2004).

Les périodes d'attente entre la demande d'un titre de séjour et l'obtention d'une réponse définitive sont difficilement vécues. Les sentiments de lassitude, d'ennui, d'inutilité, d'angoisse sont classiques. Cette attente fige la personne et sa famille dans un "hors temps" et un espace sans contours. Pour Al Saad "Le piétinement de l'horloge et la défaillance du cadre, du contenant sont deux facteurs pathogènes qui menacent l'intégrité psychosomatique de la personne et bouleversent les relations au sein de la famille et ses rapports avec le monde social " (Al Saad, 2003).

Le refus de la demande d'asile ne signifie pas le retour au pays. La conséquence pour le requérant est le plus souvent une extrême précarité en restant dans le pays mais avec une absence de statut administratif stable. Cette situation a pour conséquences une augmentation des symptômes traumatiques et une détérioration de la santé psychique (Hauswirth, 2004).

C. La position soignante: ni trop proches, ni trop distant

Il est important de noter à quel point il est difficile pour le clinicien engagé dans ces rencontres si spécifiques de repérer son objet propre, tant les niveaux de réalité politiques et sociales du pays d'origine et des conditions de l'obtention du statut, parasitent et conditionnent la rencontre.

1. Une position de témoin

F. Maqueda nous dit que ce que nous apportons de plus précieux au sujet, c'est la possibilité de ne plus être seul face à ce qu'il éprouve. Il qualifie cette place de "tiers protecteur" ou de "témoin

empathique" (Maqueda 2015). On sent bien dans ces conditions qu'il s'agit de partager la situation traumatogène sans pour autant se tenir défensivement à distance.

L'activité du clinicien se rapproche en partie de celle du "témoignaire" décrite par R. Waintrater. Le témoignaire est cet interlocuteur qui assure au témoin que sa parole ne restera pas sans écho, et ne retombera pas dans le silence dont il a souffert lors des persécutions. Le terme de témoignaire désigne une fonction active qui, ne consistant pas seulement à recevoir le témoignage, facilite le récit du témoin par une présence engagée et bienveillante dans ce moment important (Waintrater, 2014).

Le thérapeute est donc en premier lieu témoin. Il lui appartient d'accueillir le récit des traumatismes subis dans le pays d'origine mais aussi la situation de vie actuelle. Reconnaître l'injustice implique donc pour le thérapeute de sortir du cadre habituel strict de neutralité pour prendre position sans pour autant mettre en cause notre objectivité et notre devoir thérapeutique. Ce serait une force nécessaire pour pouvoir mobiliser chez les patients des forces actives de guérison. Créant ainsi un environnement dans lequel le patient peut être parti prenand et se sentir actif permettrait de reconstruire un sentiment de cohérence. Ainsi, l'élaboration d'un sens personnel dans l'univers du migrant en situation de précarité ou le non sens domine, favorise la transformation du projet initial en un projet plus adapté à la situation (Hauswirth, 2004)

R. Roussillon lui aussi évoque cette position du soignant en tant que témoin. Il précise que l'important pour le sujet et qu'il puisse avoir "un témoin" de son état interne, un témoin qui accrédite et qualifie ce qui s'est produit, ce qui se produit en lui. La position du "témoin" fait partie de la fonction tierce, c'est à partir d'elle que la configuration de la scène traumatique peut commencer à être représentée. Et c'est à partir d'une reprise du travail de symbolisation de la scène traumatique de la situation extrême, de la mise en scène de la situation extrême que l'on peut espérer que celle si sera petit à petit "mise au présent du moi" comme dit Winnicott, et ainsi subjectivée (Roussillon, 2007).

2. Le vécu du clinicien

La majorité des psychothérapeutes évoquent la demande massive qui leur adressée. L'espace de consultation incarne souvent l'unique lieu d'écoute dont il dispose. Pour beaucoup il se dessine comme le refuge, un espace où circulent encore de l'humain, des mots et de la vie (Pestre, 2007).

Cette modalité de demande du patient peut être vécue comme débordante pour la majorité des cliniciens. Ce type de contre transfert semble parler de la problématique abandonnique très présente chez ces patients. La multiplication des pertes et des séparations par le patient semblent renforcer l'investissement transférentiel (Pestre, 2007).

Dans ces situations cliniques, H. Zeroug-Vial nous dit que le praticien et le citoyen s'entrechoquent et l'un risque d'être convoqué à la place de l'autre. Cette confusion des places renforce alors le vécu d'impuissance et d'isolement du clinicien, en lien avec le vécu traumatique du consultant en rupture du lien d'appartenance. Dans la réalité, ce sentiment d'impuissance et d'isolement qui est avant tout contre transférentiel, trouve confirmation dans la méconnaissance du réseau existant et des procédures (Zeroug-Vial, 2007).

D. Travail de lien

Le suivi proposé au CMP du fait même de sa régularité, des règles qui la constituent et du cadre donné par le thérapeute, permet de reconstruire un espace obéissant à des lois explicites et respectées. De cette manière, le sentiment d'imprévisibilité, de danger que tout peut arriver à n'importe quel moment, peut faire petit à petit place à un univers stable et prédictible, dans lequel le patient peut se situer, se définir, voire s'opposer. La prise en charge permet ainsi de reconstruire un sentiment de maîtrise et de retrouver une certaine autonomie. La reconstruction d'un univers plus cohérent passe nécessairement par une collaboration étroite avec le réseau social, médical, voire juridique (Hauswirth, 2004).

1. Lien avec l'avocat l'exemple de Mr K

C'est par la formation du DIU que je me suis autorisée à me mettre en lien avec l'avocat de Mr K. Il m'était difficile de par ma fonction de médecin de faire cette démarche, probablement par peur de trahir le secret médical, également par méconnaissance des différentes procédures juridiques dans ces situations et aussi par manque de temps.

Dans la situation de Mr K, alors que le médecin de l'ARS (Agence Régionale de Santé) avait confirmé la possibilité d'un titre de séjour pour raisons médicales, celui-ci lui a été refusé par la préfecture la pathologie de Mr K étant qualifiée de courante. L'avocat de Mr K m'a sollicité pour

que je remette à Mr K une attestation précisant la complexité des troubles et affirmant que d'un point de vue médical les troubles psychologiques présentés ne pouvait être qualifiés de maladie courante. L'attestation médicale permettra d'argumenter dans le cadre d'un recours gracieux auprès du préfet. Si la préfecture répond négativement l'avocat fera un recours contentieux auprès du tribunal administratif.

2. Le travail inter équipe : l'exemple de Mme A

Dans la situation de Mme A, nous travaillons en lien avec l'équipe de pédopsychiatrie. Nous avons conseillé et accompagné Mme A pour qu'elle puisse faire une demande de suivi pour son fils aîné au CMP enfant.

Nous avons également sollicité l'équipe de soins ambulatoires mère-bébé pour que Mme A puisse être accompagnée durant sa grossesse et après la naissance de l'enfant. Nous avons organisé un entretien commun au CMP au cours duquel nous avons pu présenter un infirmier de l'unité de soins mère-bébé afin que le suivi puisse s'initier. Ces soins ont été bénéfiques et rassurants pour Mme A et ont permis en partie que la relation mère-bébé soit satisfaisante.

Sur le plan social, le suivi est effectué par l'assistante sociale du service de pédopsychiatrie. Elle nous tient informée de l'évolution de la situation sociale et administrative et me sollicite lorsqu'il est nécessaire que je rédige un certificat médical.

3. Le travail d'équipe

La rencontre avec les personnes que j'ai présenté en en première partie se déroule en binôme médico-infirmier. L'intérêt d'un suivi en binôme permet de diffracter le transfert massif dans ses situations traumatique. Après environ un an de suivi lorsque le lien avait pu s'établir nous avons convenu de poursuivre le suivi uniquement par un suivi médical. Compte tenu de nos moyens actuels au sein du CMP nous ne pouvons poursuivre au long cours des suivis en binôme.

Les personnes bénéficiant déjà d'un accompagnement social à l'extérieur n'ont pas rencontré l'assistante sociale du CMP. Cependant, j'ai pu échanger avec elle soit durant des temps de réunion institués, soit durant des temps informels.

Au-delà des suivis en binôme, nous avons un temps de réunion en équipe hebdomadaire pour échanger autour de situations et un temps de réunion clinique bimensuel. Les réunions pluridisciplinaires permettent de consolider une responsabilité clinique collective, une prise de distance et un rappel des fonctions de chacun.

III. DOCTEUR, IL ME FAUT UN CERTIFICAT

J'ai choisi ce titre car il rentre en résonance avec ma pratique. Les demandes de certificats médicaux émanant soit directement des patients, soit de l'avocat, soit d'intervenants sociaux m'ont mis en difficulté et sont venus soulevés de nombreuses questions. Ce travail de mémoire ne pouvant être exhaustif, j'ai préféré traiter dans cette partie uniquement de la question du rapport médical dans la procédure de demande de titre de séjour pour raisons de santé. J'ai laissé dans le titre le terme de certificat alors que je parlerai d'un rapport médical car c'est ainsi que je suis habituellement interpellée.

A. La procédure de demande de titre séjour pour raisons médicales.

1. Critères d'accès

Le titre de séjour pour raisons médicales communément appelé procédure pour "étranger malade" est régi par le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Cesada). Ce titre de séjour est délivré à un étranger résidant habituellement en France, sauf si sa présence constitue un menace pour l'ordre public. Trois conditions médicales sont nécessaires : - L'état de santé nécessite une prise en charge médicale - Dont le défaut (de prise en charge) pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité - Sous réserve de l'absence d'un traitement dans le pays dont il est originaire sauf circonstances humanitaires exceptionnelles. La décision de délivrer la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé.

2. Historique

C'est dans les années 1990, dans un contexte marqué par l'augmentation de personnes souffrant du Sida, qu'un collectif groupant des associations de malades, des professionnels de santé, des associations de défense du droit des étrangers... se mobilise contre l'éloignement des personnes gravement malades pour un droit au séjour pour raisons médicales. L'influence du droit européen favorisa le rapport de force. Nous pouvons notamment retenir l'article 3 de la CESDH (Convention

Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme) stipule que "Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants" ainsi que l'article 8 de la CESDH concernant le droit au respect de la vie privée et familiale. Les premières réflexions relatives à l'éloignement d'un étranger malade aboutissent notamment à la prise en compte par les juridictions administratives de la notion de "conséquences d'exceptionnelle gravité quand le pronostic vital ou l'intégrité physique de la personne est en jeu". Notons l'avis du CE (Conseil d'Etat) du 22 août 1996 qui précise que le juge doit annuler les décisions de séjour qui peuvent avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité, notamment lorsqu'est sérieusement en cause leur état de santé. Vient ensuite l'évolution de la législation avec la loi Debré du 24 avril 1997 à propos de la protection des malades contre les mesures d'éloignement forcé du territoire puis la loi Chevènement du 11 mars 1998 qui formalise le droit au séjour des étrangers gravement malades résidant en France.

En 2011, la loi Besson a durci les critères d'accès au séjour pour raisons médicales : on passe d'une condition d'absence d'accès aux soins dans le pays d'origine à une condition d'absence de traitement approprié. Or, l'existence d'un traitement ne garantit en rien sa réelle accessibilité aux malades dans certains pays (Rapport Médecin du Monde).

Les données d'observations du Comede et de ses partenaires associatifs mettent en évidence des différences significatives dans la délivrance du titre de séjour pour raisons de santé selon les départements, les pathologies et les nationalités. Environ 30000 personnes ont accès chaque année à un titre de séjour pour raisons médicales (dont environ 6000 personnes en primo délivrance) soit moins de 1% des étrangers vivant régulièrement en France. La stabilité des chiffres est interprétée comme résultant d'une politique de quotas (Comede, 2014). Il est important de préciser que ce sont environ la moitié des demandes qui se font au titre de la santé mentale en 2013 avec une proportion en constante augmentation (Zeroug-Vial *et al.* 2015).

3. Les difficultés de rédaction du rapport médical

Tout d'abord, je pense que les médecins praticiens hospitaliers ne sont pas suffisamment informés de la procédure, des critères d'accès. Pour ma part, la rédaction de rapport médical s'est trouvée grandement facilitée par la fiche synthétique du Comede précisant le cadre juridique et les principes de délivrance du rapport médical.

Le rapport médical doit être explicite et détaillé, de manière à permettre au médecin de l'ARS (Agence Régionale de Santé) qui en est destinataire d'émettre son avis. Le rapport doit donc répondre à ces cinq questions : L'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale? Le défaut de cette prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur l'état de santé de la personne? Le traitement approprié existe-t-il dans le pays dont l'intéressé est originaire? Quelle est la durée prévisible du traitement? Dans le cas où le traitement approprié existe dans le pays d'origine, l'état de santé de l'étranger lui permet-il de voyager sans risque vers ce pays?

Cependant, il est bien difficile de savoir ce qu'est une conséquence d'une exceptionnelle gravité ? Il n'y a pas en effet de listes de pathologies identifiées comme relevant de cette exceptionnelle gravité. C'est donc le médecin qui doit évaluer ce critère.

De même, il est bien délicat pour un médecin d'apprécier le risque "d'absence de soins appropriés en cas de retour au pays d'origine". Est-ce bien le rôle du médecin de savoir précisément si tel ou tel pays possède le dispositif sanitaire nécessaire ? Le médecin se trouve ainsi chargé d'avoir un avis sur un sujet qui ne fait pas partie de son domaine de connaissance. Ce critère comme le souligne H. Zeroug-Vial et al. vient cristalliser le fait d'être hors champ médical (Zeroug-Vial *et al.* 2015). La Cimade conseille d'apprécier ce risque individuellement en fonction de la situation clinique de la personne et de la réalité des ressources sanitaires du pays d'origine (structures, équipements, dispositifs médicaux et appareil de surveillance, personnels compétents, stock de médicaments...devant être suffisant en qualité, quantité, disponibilité et continuité effective). Si le médecin agréé dispose d'informations précises sur ces questions, il peut en faire état dans son rapport de manière à éclairer l'avis du médecin de l'ARS.

De plus, affirmer qu'un défaut de soin mettrait une personne gravement en danger et que cette personne ne pourrait pas être soignée dans son pays d'origine est parfois ambiguë. En effet, la plupart des patients migrants en situation de précarité craignent pour leur vie en cas de retour et risqueraient une retraumatisation (retour dans un état traumatique par un événement ultérieur) (Mestre, 2009).

B. Quand le psychiatre doute de la demande de soin du patient et se sent instrumentalisé ?

Je commencerai par cette citation "Chez le migrants politiques, dans certains cas il peut y avoir une instrumentalisation d'une éventuelle maladie mentale afin de pouvoir résider de manière permanente dans le pays d'accueil"... (Bokuentenge, 2007). Je soulignerai "il peut y avoir instrumentalisation". En effet, il me semble primordial de différencier instrumentalisation et vécu d'instrumentalisation.

Le vécu d'instrumentalisation que j'ai ressenti à plusieurs reprises est à mettre en lien avec plusieurs éléments cliniques. La clinique rencontrée est dominée par le traumatisme pouvant être à l'origine d'altérations cognitives et émotionnelles comme nous l'avons vu en première partie (classification DSM V de l'ESPT). Ces altérations cognitives peuvent entraîner des difficultés à l'apprentissage de la langue du pays d'accueil et à la mise en cohérence du récit. De plus, la perte d'intérêt et le sentiment de détachement émotionnel participe à l'impression d'écouter un récit subjectivé et froid. Les aspects contre transférentiels sont également en prendre compte, le thérapeute se retrouve en position de miroir avec le patient, habité par un sentiment de désaffiliation, d'isolement et de confusion. La dimension d'urgence liée à l'insécurité administrative et sociale des personnes joue aussi un rôle. Ce sont tous ces éléments que nous venons de préciser qui participent à ce vécu d'instrumentalisation.

Afin d'éviter le vécu de manipulation, l'équipe de l'Orspere-Samdarra conseille de penser les demandes de certificats dans des termes cliniques. Ils précisent que la question politique ne se dissout pas dans le fait de faire ou de ne pas faire, mais prend corps en pensant justement à une réponse qui s'inscrit déjà dans une relation de soins (Zeroug-Vial *et al* 2015).

Souvent, dans ce public, comme nous l'avons vu la demande de titre de séjour pour raisons médicales intervient dans un second temps après une demande d'asile non accordée par les autorités. La chronologie des demandes vient rajouter au doute. Cependant comme M. Hauswirth le précise, certaines situations de migration, si elles ne sont pas du ressort de la loi sur l'asile, impliquent des enjeux de survie majeurs justifiant pour le sujet de tout mettre en œuvre pour pouvoir rester dans le pays d'accueil et pouvant avoir pour conséquence en cas d'échec une évolution vers la maladie psychique. Il s'agit bien de comprendre que nous ne sommes pas dans ces situations face à des pathologies simulées, mais bel et bien devant un effondrement psychique majeur. Le projet de

survie, le sens des souffrances subies, voir le sens de l'existence de la personne sont parfois réduit à néant. L'impossibilité de réaliser le projet initial devient une atteinte au sens profond de l'être, et ce d'autant plus que des valeurs fondamentales, telles que l'intégrité ou l'honnêteté, sont mises en doute (Hauswirth, 2004).

E. Pestre a travaillé sur cette question. Elle émet l'hypothèse que le fait de douter du patient serait un mécanisme de défense. Ce serait sous l'effet des identifications projectives du patients, qui agissent le psychisme du thérapeute en y projetant une partie de leur propre psychisme, que ce fantasme de mensonge se produirait. Ce qui est transféré sur le thérapeute est si violent qu'il induit cette réaction contre transférentielle négative. A ce sentiment de doute se mêle parfois la honte : être un mauvais professionnel qui doute de son patient. Il s'agirait là aussi d'une forme de récupération qui est à l'œuvre chez le patient (Pestre, 2007).

C. Effets cliniques de la rédaction des certificats médicaux

Tout d'abord, si une personne demande un rapport médical à son médecin dans la cadre de la procédure étranger malade, le médecin peut se retrouver dans une situation pour le moins ambiguë de devoir affronter la déception d'une personne à qui il vient de dire que sa maladie n'est pas suffisamment grave.

Lorsqu'une personne fait une demande de titre de séjour pour raisons de santé tout se passe comme si le patient devait "rester malade " pour justifier de la poursuite de l'obtention de soins autorisation de séjour pour soins et pour rester en France. Tout se passe comme si la souffrance sociale devait glisser sur la scène sanitaire, être médicalisée pour être reconnue (Rauscher, 2008). Quelle est la place du soin quand l'amélioration de la santé d'une personne viendrait se retourner contre son droit au séjour ?

C'est comme s'il y avait un passage de la position de victime (dans le cadre de la demande d'asile) à celle de malade (dans l'état de stress post traumatique).

Il apparaît également important de souligner dans les situations de patients migrants en situation de précarité une tendance à surestimer les éléments traumatiques au détriment de l'histoire familiale et infantile (Rauscher, 2008).

Le rapport médical s'inscrit dans une relation d'engagement thérapeutique. Au-delà de l'objectivation des symptômes et des pathologies dans le rapport, il s'agirait pour le sujet de signifier l'exil et la procédure. Le cadre clinique viendrait actualiser le passé et le mettre en discussion, lui porter du sens et des valeurs dans une dimension subjective (Zeroug-Vial *et al.* 2015).

CONCLUSION

Il fait partie du devoir de thérapeute de ne pas garder ces récits dans le secret de sa consultation mais de les retourner à la collectivité afin d'alimenter une réflexion critique. Ce besoin est d'autant plus impérieux que tout traumatisme pour cicatriser nécessite reconnaissance sociale. Ne pas quittancer les humiliations subies, taire les injustices en se cantonnant dans une stricte neutralité thérapeutique risque de s'ajouter aux violences à l'origine de l'exil et de ralentir voire de faire obstacle au processus de guérison. (Hauswirth, 2004)

La formation dispensée dans le cadre du DIU associé à ce travail de mémoire m'ont extrêmement apporté pour ma pratique professionnelle. Je retiendrai entre autre les réflexions sur les préjugés, l'interprétariat, les connaissances sur les procédures de demande d'asile et d'étranger malade ainsi que la connaissance du réseau (la Cimade, le CASO, le Centre Essor de Forum réfugiés).

J'ai pu notamment mettre un sens sur ma pratique de "bricolage" et le vécu d'impuissance et d'isolement. Je soulignerai l'importance du travail d'équipe pluridisciplinaire dans ces situations cliniques. De telles situations nécessitent qu'au moins deux voire trois soignants soient présents dans la prise en charge (infirmier, psychologue, assistante sociale, psychiatre).

En tant que médecin responsable d'un CMP, j'ai maintenant en main une partie des outils, des connaissances pour pouvoir proposer des suivis adaptés au sein du CMP pour les patients migrants en situation de précarité. Il me reste à transmettre ces connaissances acquises à l'équipe soignante et à les mettre en pratique.

Je n'ai abordé que brièvement la question du travail avec l'interprète et il serait tout à fait intéressant d'approfondir un travail sur la place de l'interprète au sein des consultations. De même, j'ai travaillé sur la psychiatrie de secteur uniquement du point de vue des soins ambulatoires alors que comme nous avons pu le voir l'entrée dans les soins psychiatriques se fait souvent par les urgences ou par des soins hospitaliers sous contrainte. Il serait intéressant de réfléchir sur les soins hospitaliers psychiatriques proposés aux patients migrants en situation de précarité.

BIBLIOGRAPHIE

- AL SAAD EGBARIAH A. "Effets psychiques de la demande d'asile", Dialogue, 2003/4 (n°62), p.101-112.
- BOKUETENGE.F., VERBANCK, P., PELC I. "Si loin, si proches : réflexions cliniques et sociales à propos d'un cas de psychose chez un sujet migrant". Annales Médico Psychologiques 165, 2007, p. 406-411.
- COMEDE Migrants/Étrangers en situation précaire Soins et accompagnement Guide pratique pour les professionnels 2015. Rapport médical pour le droit au séjour p.312-324, www.comede.org (Consulté le 03/08/2016)
- FAVARD T., DEALBERTO M-J., "Risque accru de schizophrénie et de psychose chez les immigrés. Données françaises", L'information psychiatrique, 2015, 91, p.118-128.
- GERBES A., LEROY H., LEFERRAND P., "Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques". L'information psychiatrique, 2015, 91, p.243-254.
- HAUSWIRTH M., "Un improbable refuge. Les répercussions sur la santé mentale des procédures en matières d'asile, Psychothérapies 2004/4, vol 24, p. 236.
- NGUGUEN S. "L'articulation du social et du soin pour les migrants malades en France" p.121 in Psychiatrie et migrations, Masson, 2003.
- MAQUEDA F. "L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile : position soignante, position citoyenne " L'Autre 2005/1, vol 6, p.112-123.
- MESTRE C. "Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques", L'Autre, 2009/2, vol 10, p.162-170
- MEDECINS DU MONDE Observatoire de l'accès au droits et aux soins de la mission France. Rapport 2014. www.medecinsdumonde.org/Publications
- ROUFF K. "Le CMP dispositif central de la psychiatrie de secteur. Entretien avec Jean Furtos". Lien social, n°820, 2006.
- ROBERGE P. "Exploration du concept de traumatisme complexe"Journal International de Victimologie", Tome 9, n°2, 2011.
- RAUSCHER. C, MIEGE-MONLOUBOU. C., DANET F., PETROUCHINE. C. "A propos du rôle des certificats médicaux dans la clinique auprès des demandeurs d'asile" in Les cliniques de la précarité, Masson; 2008.
- ROUSSEAU. C., NADEAU; L. "Migration, exil et santé mentale" p.127 in Psychiatrie et migrations, Masson, 2003.
- ROUSSILLON R. "Postface: les situations extrêmes et leur devenir" p.215 in Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes, Eres, 2007.
- PESTRE E. "La vie psychique des réfugiés", PAYOT, 2010, 320 p.
- YNESTA S; DANGUIN A., "Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques de la région Rhône-Alpes", ARS, juin 2015, www.prs-rhonealpes.fr

ZEROUG-VIAL H., Chambon N., Fouche M., Enjeux cliniques et éthiques autour du titre de séjour pour raisons médicales : faut-il rédiger des certificats médicaux ?, *L'information psychiatrique* 2015; 91: p.140-144.

ZEROUG-VIAL H. Rencontre manquée, rencontre manquante; de la difficulté à prendre en charge des demandeurs d'asile en CMP. Réseaux en santé mentale et précarité pour les demandeurs d'asile. Journée d'étude du 3 juillet 2007. www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra consulté le 10/08/2016.

WAINTRATER "Témoignaire", Témoigner entre histoire et mémoire, 2014, mis en ligne le 01 juin 2015, www.temoigner.revues.org consulté le 02 août 2016