

NOMADE JUSQUE DANS LES SOINS
...UNE FATALITÉ POUR LE DEMANDEUR D'ASILE ?

DIU Santé Migration

Martine Stocker

Le 20 Août 2013

Sommaire

I - INTRODUCTION

II - GÉNÉRALITÉS

A- Définition du demandeur d'asile

B- L'exil...

III - L'ACCUEIL AUX URGENCES DES DEMANDEURS D'ASILE

A- Présentation des urgences psychiatriques (UMA)

1- UMA : l'accueil des urgences

2- UMAD /accueil des urgences différées

3- La PASS

B- L'accueil des demandeurs d'asile

C- Les motifs de la consultation aux urgences des demandeurs d'asile :

1- Sur le plan médical

Symptômes

Ethiologie

2- Sur le plan social :

IV - L'ORIENTATION POST-URGENCES

A- L'Hospitalisation

B- Sans suite...

C- Le suivi thérapeutique

V- L'ACCÈS À UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE... LE PARCOURS DU COMBATTANT ?

A- L'Orientation post urgences et les difficultés rencontrées

1- difficultés liées à l'aspect matériel, conjoncturel, politique, législatif :

2- difficultés liées au vécu psychologique (contre-transfert) des soignants :

VI - NOMADE.....JUSQUE DANS LE SOIN* ?

A- Nomade : Définition

B- Présentation du cas de Mme X

C- Nomade... dans son histoire de vie

D- Nomade... dans son parcours législatif et social

E- Nomade...jusque dans le soin ?

VII - LE NOMADISME DANS LES SOINS....SEULEMENT UNE FATALITE ?

A- Fatalité (définition)

B- Etat des lieux et réponses possible

1- Le "Bricolage"

2- Au niveau du droit commun

3- Structures prenant en compte la spécificité liée à l'exil

4- L'approche populationnelle

5- Dans une dimension propre au soignant sur le terrain :

VIII - CONCLUSION

A- Synthèse

B- Mon ressenti à l'issue ce DIU :

C- Méthodologie :

IX-Bibliographie

Lectures :

I - INTRODUCTION

Infirmière aux urgences psychiatrique du Centre Hospitalier Spécialisé du Vinatier de Lyon, je suis de plus en plus souvent amenée à accueillir dans mon unité, des consultants migrants, demandeurs d'asile, sans papier...

Je travaille en parallèle par intermittence sur les consultations PASS/Psy (Permanence d'Accès aux Soins Santé) de cette institution. Le manque de temps médical, paradoxalement en diminution, alors que la demande est en croissance constante, mais aussi les difficultés pour ces consultants à accéder à d'autres lieux adaptés à un accompagnement psychologique, expliquent l'augmentation de cette population sur les urgences.

Pourtant, le fonctionnement de ce service, dans ce cas, n'est pas adapté à la particularité de cette prise en charge : les symptômes présentés par ces exilés au parcours de vie traumatique, semblent relever le plus souvent d'un suivi régulier dans un lieu rassurant où un climat de confiance peut s'instaurer petit à petit. La représentation de l'urgence semble aller à l'encontre de cela.

Confrontée, à l'UMA, au problème de leur orientation vers un suivi psychologique, cette question m'interpelle ; en particulier, la notion de la répétition d'errance, de nomadisme, voire certaines fois de rejet (?), dans leur parcours de soins, comme cela a pu l'être déjà dans leur parcours de vie de migrant, l'institution semblant alors, comme une fatalité, faire écho à leur traumatisme.

Quelles sont les raisons, les conséquences de cette situation et quelles réponses possible y apporter ?

II - GÉNÉRALITÉS

A- Définition du demandeur d'asile

- Asile : en latin : asylum « lieu inviolable, refuge »

Au fil des siècles cette définition semble avoir "évolué" jusqu'à devenir de nos jours un terme à connotation juridique.

- Demandeur d'asile : *“c'est une personne qui a quitté son pays et qui demande l'asile dans un autre pays. Afin de déterminer si la personne a vraiment des raisons de craindre d'être persécutée dans son pays, sa demande est examinée par les instances décisionnelles : l'Office des Etrangers, le Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides et la Commission Permanente de Recours aux Réfugiés.”* (Croix-Rouge [1])

B- L'exil...

- Du latin ex(s)ilium « bannissement, lieu d'exil », le terme évolué en vieux français vers le mot « exill » signifiant « détresse, malheur, tourment » et « bannissement ». L'exilé est défini par l'Académie Française comme « la personne qui vit en exil » (pour l'adjectif), celui « qui a été condamné, contraint à l'exil ou s'y est déterminé » (pour le substantif).

- Déf. Larousse : situation de quelqu'un qui est expulsé ou obligé de vivre hors de sa patrie.

“L'exil, pas plus que le deuil, n'est seulement privation -des paysages, des affections, des nourritures, des odeurs, des sonorités, en particulier celle de la langue, où l'on puisait ses repères, une facilité d'être, sans effort, à laquelle il vous force à renoncer- ; l'exil, comme le deuil, est aussi encombrement, de l'âme, de l'esprit et du corps, par la nostalgie des liens distendus ou détruits, la honte des batailles perdues, la peur des violences subies, et dont, pour peu que rien ne garantisse la pérennité de l'asile ou de l'accueil qui vous est concédé, pour peu que les frontières soient poreuses, on n'arrive pas à se persuader qu'on n'est, pour de bon, plus menacé.” (Jean Michel Belorgey [2]).

Dans ce travail, au vu de la complexité des dénominations juridiques et restant sur une approche de soignante, j'évoquerai en général, comme "demandeur d'asile", non seulement les personnes inscrites dans une procédure juridique de demande d'asile (ou qui l'ont été : les réfugiés ayant obtenu un statut provisoire), celles en cours de demande/OFPRA....mais aussi les déboutés, en

voie d'expulsion.... sans oublier les "clandestins", ceux inscrits nulle part. Enfin en résumé, toute personne souffrant des répercussions de sa condition d'exilé et qui se présente dans un service de soins.

III - L'ACCUEIL AUX URGENCES DES DEMANDEURS D'ASILE

A- Présentation des urgences psychiatriques (UMA)

1- UMA : l'accueil des urgences

Le rôle de l'UMA est d'accueillir, traiter et orienter toute personne présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques, en état de crise. Initialement, l'unité prend en charge les urgences et ne fait pas de suivi. La psychiatrie étant sectorisée, la population concernée réside dans un secteur défini du Rhône. Les 3 hôpitaux psychiatrique de Lyon se "partageant" les patients SDF ou hors secteur (d'autres départements ou pays) au cours de l'année, avec une période plus longue pour le CHS Vinatier.

Tout patient peut s'y présenter : il consulte seul, accompagné par l'entourage (familial, amical, professionnel, de voisinage) ou orienté par une assistante sociale, une infirmière scolaire, une structure d'hébergement...pour une consultation. Il peut aussi être orienté pour avis psychiatrique ou pour hospitalisation par un médecin libéral, un service d'urgence, un CMP, la prison, une clinique, une maison de retraite, etc.

Le type de prise en charge est multiple : "simple" consultation de réassurance...prise en charge somatique (TS) si l'état du patient ne nécessite pas une réorientation plus spécifique (ex : réa), diagnostic différentiel (état confuso-déirant), avis expertal sur réquisition (troubles de l'ordre public) ; ... dépression, demande de médicaments, pathologie du vieillissement, conduites addictives, trouble de la personnalité et troubles du comportements (violence, agitation, actes dangereux, médicaux légaux)...et enfin pathologie psychiatrique lourde avec des décompensations délirantes, troubles de l'humeur (schizophrénie, maladie bi-polaire) sur laquelle l'hôpital se centre de plus en plus.

Il n'y a pas d'assistante sociale ni de psychologue à l'UMA.

Statistiques d'accueil à l'UMA de Janvier à Mai 2013

	JANVIER		FEVRIER		MARS		AVRIL		MAI	
	Nbre d'acte	Nbre de patients	Nbre d'acte	Nbre de patients	Nbre d'acte	Nbre de patients	Nbre d'acte	Nbre de patients	Nbre d'acte	Nbre de patients
PASS	219	133	292	183	177	130	188	283	154	223
	Nbre de passages	Nbre de patients concernés	Nbre de passages	Nbre de patients concernés	Nbre de passages	Nbre de patients concernés	Nbre de passages	Nbre de patients concernés	Nbre de passages	Nbre de patients concernés
Urgences seule	291	231	300	222	304	254	290	228	309	235
Urgences puis HC UMA	160	142	152	142	164	153	166	157	161	154
HC UMA seule	92	82	91	89	89	82	59	55	55	51
TOTAL	543	420	543	437	557	453	515	416	525	418
<i>dont patients PEC à la PASS au cours du même mois</i>	24	15	36	25	25	20	39	23	41	27

2- UMAD /accueil des urgences différées

Plus récente, une consultation d'urgences différées (de 0 à 48 heures) fonctionne au sein même de l'unité, avec la même équipe, certains jours de la semaine, pour des personnes adressées par le champ médical ou para-médical, sur RV, après accord téléphonique et concerne (sauf exception) des patients qui ne relèveront pas d'une hospitalisation. Ce service proposé peut permettre de faire un lien ponctuel avec une orientation prochaine, par ex., en proposant de revoir le patient une seconde fois, lors d'une consultation, avant son admission programmée en clinique..

Actuellement, le rôle initial de l'Umad est détourné de son but initial du fait de la conjoncture.

les Rv/UMAD...devant éviter à l'origine un temps d'attente trop important dans l'unité et une promiscuité avec des pathologies psychiatriques lourdes...peuvent se transformer en heures d'attente et deviennent principalement, actuellement, consultation de la problématique liée à la demande d'asile ; Le manque d'accueil sur des structures adaptées de suivi PASS, CMP entraîne "l'embolisation" de ce service, par la problématique liée à la demande d'asile, les consultations pouvant y perdurer, pour certaines, depuis plus de 2 ans.

L'équipe de l'UMA/UMAD

- 1 médecin psychiatre responsable
- 2 médecins psychiatre, praticiens hospitalier
- 2 médecins psychiatre assistant
- 1 interne
- 13 infirmiers en 12 h de jour
- 1 cadre infirmière
- 1 cadre supérieure
- 11 infirmiers en 12 h de nuit
- 5 aide-soignants en 12 h de jour
- 4 ASH en 8 h de jour
- 1 agent administratif (8h/20h)
- 2 secrétaires
- pas de psychologue
- pas d'assistante sociale (un poste à mi temps devrait s'ouvrir en septembre)

Pour la nuit et WE présence médicale réduite à :

- 1 médecin d'astreinte posté
- 1 interne

Architecture actuelle des locaux

- un hall d'accueil + 2 salles d'attente
- 4 bureaux médicaux
- 6 chambres d'adulte
- 2 chambres pour adolescent, occupées la plupart du temps par des adultes.
- 2 chambres d'isolement
- 1 chambre d'apaisement
- 1 salon adulte
- 1 salon ado
- 2 chambres d'adolescent
- 1 salon adolescent
- 1 salle de prélèvement
- 1 secrétariat
- 1 salle d'archive
- 1 pharmacie
- 1 espace réservé au bureau de coordination.

3- La PASS

Actuellement, c'est la seule PASS (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé) psychiatrique sur le Rhône.

Au début elle avait vocation à remettre dans le droit commun des patients qui n'avaient aucune couverture sociale et leur permettait également de bénéficier de soins psychiatriques et somatiques si nécessaire. Du fait de la conjoncture, que j'aborderai plus loin, elle a étendu son champ en prenant en charge des personnes ayant pourtant la CMU ou l'AME relevant de soins psychologiques.

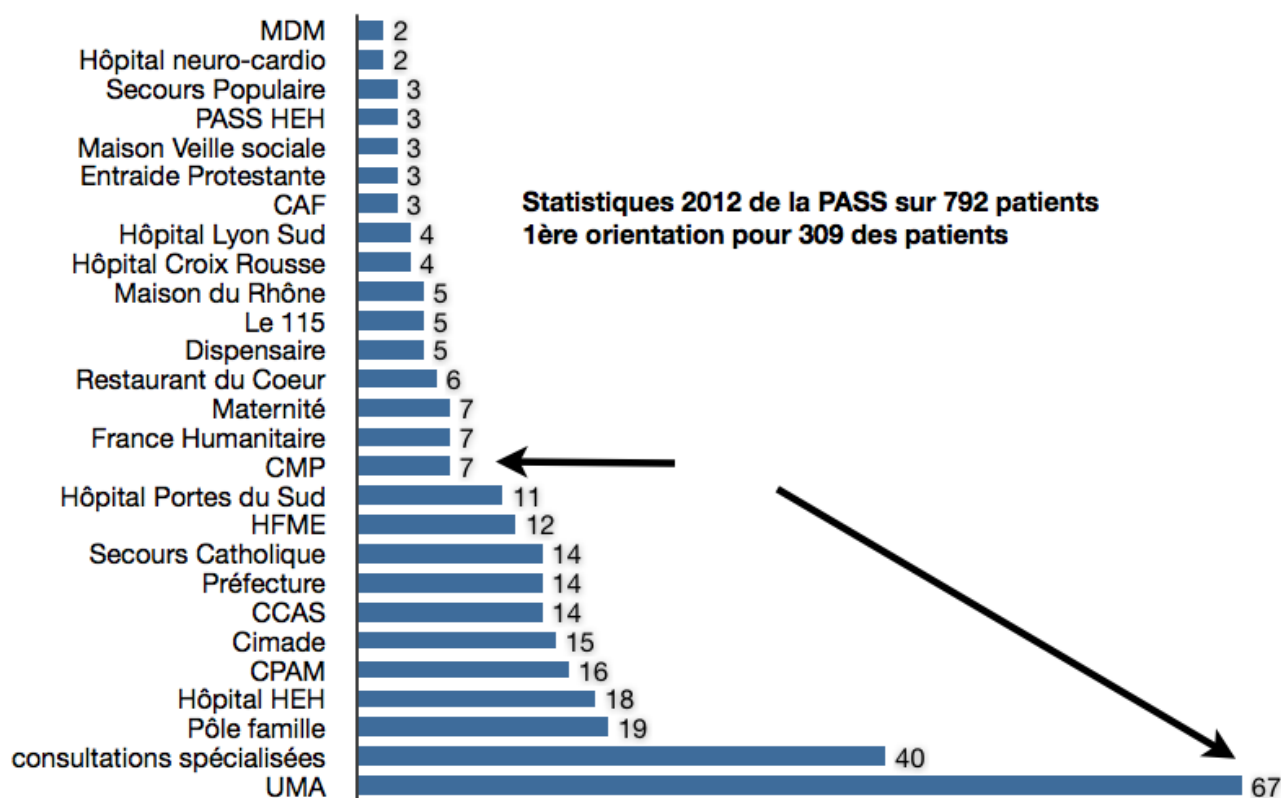
Depuis 2010, la PASS est mise sous la responsabilité de l'UMA, bien que n'étant pas située dans les mêmes locaux.

Deux généralistes et une psychologue y exercent à temps partiel ainsi qu'une assistante sociale à plein temps et une infirmière à 30% , celle ci étant concrètement présente à plein temps.

La file active globale des patients y évolue : de 464 en 2010 à 765 en 2011 et 793 pour 2012 entraînant une augmentation des actes. Le nombre d'actes médicalisés y a pourtant diminué. Le service a souffert d'un turn-over important du nombre de médecins y exerçant ; ce qui explique cette baisse, en particulier le manque crucial de psychiatres. Ce sont les psychiatres des urgences qui "palliant" au déficit, assurent en parallèle de leur travail à l'UMA des vacances sur la PASS, à raison d'une 1/2 journée par semaine. Depuis plusieurs mois, elles ont diminué à 1/2 journée tous

les 15 jours, faute de temps médical suffisant sur les urgences. En début d'année, les RV se situaient entre 2 mois et demi/ 3 mois de délai.

Ces vacances étant insuffisantes, l'activité de cette Permanence déborde largement sur les urgences à raison d'environ 10 % des patients suivis.



B- L'accueil des demandeurs d'asile

Ils se présentent seuls ou en famille, ne parlant pas français ou peu, pour d'autres mieux (surtout les enfants). Certains s'expriment en anglais...d'autres uniquement dans leur langue d'origine (serbe, swahili, etc)... ou avec quelques mots d'un autre pays traversé au cours de leur exil (espagne...) Quelques un maîtrisent le français, originaires de pays francophones (Congo, Cameroun) ou ayant étudié la langue.

Quelquefois des compatriotes, des "amis de rue" dans la même situation, parfois déjà confrontés à la même problématique, accompagnent et inscrivent ces consultants dans leur démarche. Il m'est arrivé de voir une de ces femmes, "vivante" dans la rue, accompagnée par la mère d'une élève scolarisée dans la même école que sa fille : un réseau s'était constitué au niveau de l'école : des parents d'élèves s'étaient mobilisés afin d'héberger à tour de rôle l'enfant, la nuit, pour limiter ses nuits passées à dormir dans la rue.

Il arrive qu'il soit orienté par un CMP....où un professionnel avait cru adapté de les y adresser.

Travailleurs sociaux, éducateurs de foyers d'hébergement, interpellés par la situation, et ayant souvent déjà frappé à plusieurs portes, n'hésiteront pas à attendre des heures dans la salle d'attente. Les médecins de l'aéroport Saint-exupéry, du centre de rétention.... l'équipe de la PASS, démunie de temps médical les orienteront en vue d'un avis, ou pour compléter un suivi...des anonymes emphatiques les "déposeront" devant les urgences.

Ces exilés arrivent parfois en famille avec femme et enfants, poussettes. Les enfants des consultants, souvent très jeunes, essaient d'expliquer les motifs de leur venue aux urgences guidant leur père, leur mère, inversant les rôles dans leur tentative d'échange avec l'infirmier régulateur.

Ce dernier sera parfois rejoint par d'autres collègues venus à la rescousse pour tenter de dépasser la barrière de la langue, et dans un souci de cibler au mieux si le cas de cette famille justifie réellement d'attendre, plusieurs heures parfois, dans la salle d'attente.

Si dans certains cas, leur état de crise justifie leur présence aux urgences, le plus souvent, les demandes, les symptômes évoqués, relèvent plus d'un suivi plus ou moins long où les aspects médico-sociaux soient pris en compte.

Il faut savoir qu'à l'UMA , souvent embolisé du fait d'un manque de lit croissant dans les unités d'hospitalisation, des patients souffrant de pathologie psychiatrique lourde, sans chambre, peuvent être amenés à attendre de plusieurs heures à plusieurs jours aux urgences avant d'être orientés dans un service.

À la crise qui a conduit ces derniers à être hospitalisé, s'ajoute la tension "d'errer" aux urgences et d'être amenés à dormir quelquefois sur un lit de camp dans les salles d'attente, faute de chambre libre. Bien que pris en charge dès les urgences, ces états aigus peuvent entraîner pour certains, des agitations, des crises de fureur imprévisibles.

La vigilance des professionnels est alors accrue pour éviter tout dérapage et gérer un "climat" potentiellement "explosif".

Leur situation sociale précaire leur laissant peu d'autres possibilités, les consultants demandeurs d'asile se présentent souvent en famille. La présence d'enfants en bas âge, habituellement déconseillée, courant dans l'unité au milieu de patients aux pathologies psychiatriques lourdes... des nourrissons gardés "entre deux portes" pendant l'entretien des parents par des infirmiers... Ces situations suscitent l'inquiétude des professionnels, déjà vigilants dans un climat lourd.

L'entretien médico-infirmier se fera si le consultant et les professionnels arrivent à communiquer

malgré les barrières de la langue et si au vu des faits exposés à l'accueil, le régulateur juge que la situation ne relève pas seulement d'une prise en charge sociale (la personne ne serait alors pas inscrite). Si le problème linguistique est trop important mais que l'infirmier d'accueil est alerté par des symptômes assez inquiétants pour ne pas être différés, une recherche sur l'hôpital se fera alors pour tenter de trouver un interlocuteur qui maîtriserait ou décrypterait la langue et permettrait un échange avec le patient : médecin, interne, infirmier, ASH, aide soignant, agent de sécurité, secrétaire ...

Cette recherche est rarement immédiatement fructueuse... Dans l'urgence, il n'est malheureusement pas possible d'utiliser les services de l'organisme extérieur budgétisé "INTER SERVICE MIGRANTS", qui demande d'organiser une prise de RV avec accord préalable.

C- Les motifs de la consultation aux urgences des demandeurs d'asile :

Elles peuvent concerner aussi bien le champ médical que social et dans la grande majorité des cas les deux à la fois.

1- Sur le plan médical

Symptômes

Angoisses, insomnies, tristesses, aboulie, isolement, tension, irritabilité, "hallucinations", agitation, plaintes somatiques, céphalées récurrentes, état délirant, prostration, demande de médicaments, problème d'addiction, idées suicidaires, prise de médicament..

Ethiologie

- les symptômes présentés par ces patients "déracinés", qui ont été obligés, souvent brusquement, de quitter leur pays d'origine, ou celui où ils avaient leurs attaches, seront consécutifs à l'exil en lui même avec la perte des repères familiaux, culturels, identitaires. Leurs discours, bien que divers, raconteront ou laisseront planer les traumatismes expliquant ces départs : tortures, "fatwa", viols, menaces, famine, enlèvement, dont eux ou leur entourage proche ont été victimes. Ces fuites précipitées s'inscrivent souvent dans des contextes similaires de guerres, luttes fratricides, de condamnation de l'orientation sexuelle, religieuse...
- Les troubles présentés pourront aussi s'expliquer par les rudes conditions de vie du chemin parcouru, une fois le pays quitté : dans leur récit, on retrouvera l'errance, les peurs, la précarité, la malnutrition, les désillusions, l'attente angoissante d'une réponse juridique, d'un improbable foyer d'hébergement, la crainte d'une expulsion prochaine, la cohabitation

difficile et parfois violente dans un cada pourtant espéré. Ces paramètres se superposent la plupart du temps au vécu douloureux du départ et augmentent encore leur vulnérabilité.

le Syndrome d'Ulysse :

“Il détaille sept composants du deuil migratoire : deuil de la famille et des amis ; deuil de la langue ; deuil de la culture ; deuil de la terre ; deuil pour la perte du niveau social ; deuil causé par la prise de risques physiques ; deuil de l'ethnie d'origine”. (Joseba Achotegui [3])

“Selon le Pr. Joseba Achotegui, (Hôpital de Sant Pere Claver à Barcelone), le syndrome d'Ulysse, du voyageur en quête de son foyer, affecte en particulier les immigrants non communautaires qui sont illégaux ou qui peuvent le devenir. Ce syndrome ne trouve pas encore sa place dans le DSM IV, il s'agirait d'une symptomatologie dépressive avec caractéristiques atypiques dans laquelle les symptômes dépressifs s'associent avec les troubles anxieux, somatomorphe et dissociatif. Il constituerait une catégorie autonome qui serait entre les troubles adaptatifs et les troubles de stress posttraumatique.

L'origine du syndrome est le « deuil migratoire » et celui-ci se distingue des deuils pour la perte d'un être aimé. En effet, l'objet de deuil – le pays d'origine – ne disparaît pas. Alors, il « existe » toujours la possibilité de retourner au lieu d'origine. Dans ce sens, le deuil migratoire est causé par une séparation et non par une perte. Le fantasme de retour transforme le deuil en quelque chose d'infini et de difficile à élaborer.” (Federico A. Caro [4])

- Certains de ces consultants présentaient déjà des troubles psychiatrique plus ou moins lourds avant leur exil, traités ou non, voire même avec antécédent d'hospitalisation (ex./pour trouble psychotique). Autant dire que pour eux, les conditions d'errance, la précarité n'ont pas été favorables à la poursuite d'un traitement, qui a donc été arrêté, d'où des décompensations. On saisit quelquefois “au vol”, au cours d'entretiens, qu'une hospitalisation a pu avoir lieu dans un pays traversé à leur décours.

2- Sur le plan social :

demande d'hébergement, demande de certificats...

Pour quelques uns, qui ne seront pas passés par la PASS, et sans aucune notion représentatives des urgences psychiatriques, ils se présenteront un papier à la main le mot UMA griffonné dessus, demandant un lit pour dormir, ne comprenant pas nos explications et notre renvoi.

Pour d'autres, la conviction qu'un certificat médical d' un médecin , voire de plusieurs pourra faire pencher la balance de la procédure juridique du bon côté les fera arpenter les salles d'attente.

IV - L'ORIENTATION POST-URGENCES

A- L'Hospitalisation

Après la consultation aux urgences, si l'état du patient est assez inquiétant pour justifier d'une hospitalisation, celui-ci est pris en charge dans le service, le temps de la crise aiguë, avant d'être orienté sur une unité d'hospitalisation au bout de quelques heures, voire plusieurs jours (au vu de la disponibilité des lits). L'admission s'effectue sur le Vinatier, ou sur l'un des 2 autres hôpitaux psychiatrique du Rhône, au cours de périodes définies dans l'année, dans le cas où la personne vit "à la rue" ou est considérée comme telle, selon la loi du 25 juillet 1985 concernant la prise en charge psychiatrique des patients SDF ou hors secteur. Ces derniers, s'ils ont déjà bénéficié d'une hospitalisation en psychiatrie dans le département, devront être repris en charge dans la même institution.

L'hospitalisation pourra se faire de façon libre, ou sous contrainte à la demande de l'entourage dans le cas où il n'est pas conscient de la nécessité de soins, ou encore à la demande du préfet dans le cas de troubles à l'ordre public.

Celle ci, en lien avec l'histoire traumatique du patient exilé, les conditions de précarités auxquelles il a été confronté ou ses antécédents psychiatriques, se fera dans des cas de gravité ou son état le conduira à se mettre, ou à mettre les autres en danger : état suicidaires, agitation extrême, premier épisode délirant, syndrome dépressif grave, nouvelle décompensation psychotique avec trouble du comportement.

B- Sans suite...

À l'issue de l'entretien avec l'infirmier régulateur ou de la consultation médico infirmière, si une suite justifiant des soins n'est pas retenue, le consultant repartira. Il pourra être orienté si sa situation sociale le met en difficultés, voire dans une précarité extrême, vers l'assistante sociale de la PASS. : personne sans couverture sociale, sans aucun revenu pour pouvoir se nourrir au jour le jour, famille avec enfant sans toit pour la nuit, avis pour démarche (aide aux dossiers, prise de RV pour examens, consultation somatique, etc....).

Avec l'ouverture de la PASS il y a 3 ans, la présence d'une assistante sociale a permis de soulager l'équipe de l'UMA démunie de travailleur social et en difficulté face à un domaine qu'elle ne maîtrise pas. En journée, cela permet, déjà, au vu des plaintes somatiques, d'inscrire ces patients auprès des généralistes y travaillant.

C- Le suivi thérapeutique

Pour certains patients, pour lesquels l'hospitalisation en urgence n'est pas indiquée, mais qui relèvent plutôt d'un accompagnement, un suivi psychologique plus ou moins long sera envisagé : un lieu de consultation, d'écoute, des RV réguliers proposés par les mêmes intervenants d'une équipe, paraissent évidents pour qu'un climat de confiance puisse s'instaurer.

L'adaptation d'un traitement anxiolytique ou anti-dépresseur sera souvent nécessaire en parallèle même si prescrire ce type de médicaments à des personnes qui dorment dehors est aussi un questionnement pour les professionnels comme cela a pu l'être à l'issue d'entretien. Il est donc d'autant plus indispensable qu'une surveillance de ce traitement puisse se faire par l'intermédiaire d'un suivi.

La collaboration d'une assistante sociale s'impose dans cette prise en charge où sont intriqués les aspects médicaux et sociaux.

Ces malades de l'exil ont vécu dans la plupart des cas, le traumatisme d'un départ précipité de leur pays, les affres et les dangers de l'errance vers le pays "sauveur" , puis la désillusion à l'arrivée ...et comme si cela ne suffisait pas... le fait de devoir justifier de leur histoire et de leurs blessures, puisque mises en doute dans la procédure de demande d'asile.

Ils se montrent, au cours des entretiens de suivi, abattus, tristes, fatigués d'avoir à se dévoiler encore devant des inconnus, ou en colère. Un lieu apaisant ou la notion "espace-temps" soit adaptée à cette problématique serait nécessaire : les particularités d'un service d'urgence et son fonctionnement ne s'y prêtent pas ; il n'est pas adapté à un suivi, il ne l'est pas plus pour des demandeurs d'asile.

Il est particulièrement difficile, dans l'expression de cette souffrance spécifique, d'affiner un "diagnostic" pour certains cas, de faire la part des choses entre l'aspect culturel et ce qui tiendrait plus du délire ; cela exige du temps et des intervenants réguliers, ce qui est peu compatible avec les urgences.

En l'absence généralement d'une autre possibilité, comme nous le verrons ci-dessous, c'est pourtant, par défaut, à l'UMA, dans des conditions inadaptées que ce suivi sera "effectué".

V- L'ACCÈS À UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE... LE PARCOURS DU COMBATTANT ?

A- L 'Orientation post urgences et les difficultés rencontrées

Outre les difficultés complexes ayant trait à l'aspect matériel, législatif, conjoncturel, etc...la politique et les critères de prise en charge entre les différentes structures du réseau...(CMP, urgence)...voire au sein d'une même équipe, amènent à s'interroger sur ce que nous renvoie cette population "hors norme"...

En effet, si la récente loi concernant l'hospitalisation des malades SDF permet généralement de limiter le flou régnant dans la prise en charge psychiatrique des demandeurs d'asile - en ce sens qu'elle évite de perdre de vue la question initiale du soin dans des considérations administratives et qu'elle permet une prise en charge de la maladie plus rapide - le problème cruel de leur orientation dans le cas d'un suivi reste posé, et pénalise cette population, déjà porteuse "d'un lourd bagage". Elle se répercute aussi au niveau des services d'urgences mettant en difficulté les professionnels y travaillant.

1- difficultés liées à l'aspect matériel, conjoncturel, politique, législatif :

- Sur un plan matériel, ces patients étant en situation de grande précarité (voir statistiques de la PASS ci-dessous) , ils n'ont pas accès à la psychiatrie libérale ou aux cliniques.
- Les réseaux associatifs spécifiques, adaptés à cette clinique liée à l'exil et au syndrome post traumatique (Essor/ Villeurbanne, Clinique de l'Exil/Paris,) sont très peu nombreux et saturés et pour certains ne prennent pas en charge les "hors procédure" (sans papier, déboutés...).
- PASS Psy saturée : une seule sur le Rhône (Vinatier) : manque de moyens, manque de temps médicaux entre autres. Elle prend en charge aussi les patients bénéficiaires CMU/AME qui pourraient pourtant prétendre à l'accueil du Droit commun, mais refusés par les CMP.
- CMP : la loi de sectorisation de la psychiatrie avec problématique de référencement administratif entraîne souvent un rejet des demandes de prise en charge au vue de la précarité sociale (SDF, foyer d'hébergement) ; le réseau psychiatrique est déjà en souffrance, voire saturé pour une population bénéficiant d'un lieu de résidence "fixe".

Statistiques en 2012 de la PASS sur 792 patients

Age/Sexe	F	M	Total
<= 16	8	5	13
17-19	14	9	23
20-29	147	97	244
30-39	116	133	249
40-49	86	75	161
50-59	39	40	79
60-69	15	10	25
70-79	4	3	7
>= 80	2		2
Total	431	372	803

Logement	
Autres	23
CADA	56
Chez un tiers	130
hébergement provisoire	154
A la rue	187
Inconnu	320

Ressources	
ASSEDIC	8
RSA	17
ATA	108
AUCUNE	306
Inconnu	209

En ce qui concerne la prise en charge des demandeurs d'asile sur ces centres médico-psychologique, il n'y a pas de ligne directrice. Chacun semble avoir sa propre politique où sont intriqués à la fois la réalité du terrain et ses difficultés (réseau psychiatrie de secteur saturé) et les convictions inhérentes à chacun.

Dans mon quotidien à l'Uma, dans des situations où d'ordinaire une infirmière peut contacter et obtenir un RV (à plus ou moins long terme) pour une personne non inscrite dans le parcours en question, il faut là que le psychiatre de (l'Uma/Pass/Umad) intervienne lui même et "fasse le forcing" pour tenter de "négocier" une prise en charge psychologique pour le patient reçu.

Quand il ne se heurtera pas à un refus, il devra rappeler à plusieurs reprises au cours des semaines, voire des mois ou davantage, au fil du "suivi" qu'il aura instauré par défaut. Cette situation est loin d'être exceptionnelle. De l'expérience de ma pratique dans ces 3 "services", je dirais même qu'elle est majoritaire. Une issue favorable résulte souvent du fait que les 2 interlocuteurs/psychiatres sont des connaissances.

J'ai contacté dans ma démarche plusieurs CMP dépendant soit du CHS Vinatier, soit de l'Hôpital St. Jean de Dieu, autre hôpital Psychiatrique à Lyon : psychiatres, pédopsychiatres, internes, infirmiers, pour connaître l'actualité de leur politique de fonctionnement.

Ayant déjà été confrontée à cette situation et s'agissant d'un sujet "sensible" mais en même temps ne voulant pas avoir de réponses "tronquées" s'inscrivant dans un contexte "d'écrits" qui peut mettre mal à l'aise, tout en restant honnête....j'ai choisi d'appeler ces structures, comme s'il s'agissait d'un appel habituel de l'UMA dans l'idée d'une orientation éventuelle...ou pas.

..."Bonjour, M. S., infirmière à l'Uma : est-ce qu'il est possible d'obtenir un RV pour un suivi pour un patient demandeur d'asile ?"

J'ai intégré ensuite, ou un peu plus tard dans la conversation, que je faisais un travail sur cette question, l'Uma rencontrant d'énormes difficultés pour orienter ces patients.

Mes contacts :

- 5 CMP adultes Vinatier / contact infirmier :
- Antenne prévention suicide
- 2 CMP adultes St. Jean de Dieu /contact infirmier :
- équipe "Intermède"

J'ai également interpellé, sur ce même thème, lors de leurs astreintes aux urgences, ou autre :

- 4 médecins psychiatres
- 1 pédopsychiatre
- 4 internes en psychiatrie
- 1 interne en pédopsychiatrie

..... tous dépendant du secteur du Vinatier.

Autres structures contactées foyer "Adoma", bénévole "Médecin du Monde" assistante sociale, infirmière antenne "..." (bourgoin/Isère), CADA 8 ème arrdt. Espace Valdo (Tassin).

Organisme	Réponse	Condition		Orientation
CMPs Vinatier				
CMP 8eme	refus	non, le cada n'est pas domicilié		UMA SOS
CMP Vaulx/Velin	sous condition	oui si cada jusqu'à fin 2013	seulement pathologie lourde sinon -> ESSOR (dépression.. délai 3 mois	
CMP Bron	sous condition	OK si cada de secteur	6 mois pour rdvs	
CMP Villeurbanne	refus	non		UMA, CAO
CMP Caluire	sous condition	OK si cada	Bientôt demanderont 4 mois de résidence fixe 5 à 6 mois pour rdvs	
CMP 1er/4e	Floue	si cada éventuellement oui		
CMP Pédopsy 8e/3e	OK sans condition			
CMP Pédopsy 1er	OK sans condition			
CMP St Jean Dieu				
CMP Givors	sous condition	OK si cada	1 mois ½ pour rdvs	
CMP St Genis Laval	sous condition	OK si cada	2 à 3 mois pour rdvs ?	
CMP L'Arbresle	sous condition	OK si CADA		

-Commentaire tableau ci dessus : Il est bien entendu que ces réponses données n'engagent que l'interlocuteur/trice, mais théoriquement porteuse de la "politique" de la structure, dans un contexte de demande classique de l'Uma auprès de la structure concernée.

-À noter qu'aucun demandeur d'asile " hors CADA " (la majorité) n'est accepté.

2- difficultés liées au vécu psychologique (contre-transfert) des soignants :

Hormis les problèmes précédemment évoqués, freinant l'orientation vers un suivi, il me semble, dans ma pratique infirmière confrontée à ce problème, que l'aspect psychologique de ce qui est renvoyé au professionnel dans la prise en charge de ces patients est aussi un élément important.

En échangeant et en confrontant mon vécu professionnel à d'autres expériences de collègues infirmiers, médecins, internes...il en est ressorti que la prise en charge de ce type de population est souvent vécue comme un "poids" lié à un sentiment d'échec, de frustration, de flou, d'incompréhension, voire d'angoisse, entraînant un malaise, un questionnement, une remise en

question de notre posture pouvant entraîner aussi des attitudes défensives.

Pourtant intéressée et sensibilisée à cette clinique, j'ai pu moi même être malmenée dans mon rôle de soignante mais aussi dans ma personne, passant aussi par des interrogations, de l'incompréhension à la révolte, du sentiment d'impuissance au malaise.

- La violence des récits au cours des entretiens évoquant à demi-mots les maltraitances morales ou physiques, avec quelques fois des cicatrices de tortures avouées ou devinées, des séquelles visibles qu'on essaie d'éviter du regard par pudeur ou pour empêcher qu'elles ne nous atteignent trop et nous empêchent d'être encore dans l'écoute.

Ainsi comme l'explique Gorges Devereux, *“le clinicien est déstabilisé et peut ressentir l'angoisse, parce qu'il est confronté à des phénomènes, des pratiques, qui sont contraires à ses valeurs, qui lui paraissent transgressives, dégoûtantes, répulsives. Mais ces pratiques correspondent, dans son inconscient, à des fantasmes qu'il refoule. Pour cette raison, il éprouve à la fois une sorte de fascination, ce que G. Devereux nomme « séduction », et de l'angoisse (du fait de la réactivation angoissante de désirs refoulés). On va trouver ces deux réactions chez les thérapeutes confrontés à des personnes traumatisées”* (Christian Lachal[5]).

- Le sentiment d'impuissance et de révolte face à des situations de précarité extrême,
- La barrière de la langue, l'organisation, le temps, le manque de budget pour obtenir un interprète...mais aussi le questionnement "éthique" sur la présence de celui ci et la frustration de la parole réelle, du symbolique.
- La réinterrogation de notre rôle de soignant, quand au poste de régulation, dans un service à flux tendu on doit expliquer à une personne...sans domicile, comprenant mal le français et qui a été mal orientée alors qu'elle cherche un lit pour dormir, que ce n'est pas possible ; l'agacement, la culpabilité ressentie face à l'incompréhension de l'interlocuteur qui met alors entre vos mains sa condition sociale.
- Une perception "floue" de ne pas tout maîtriser dans la connaissance du réseau et des structures existantes....dans le savoir géopolitique liées à l'exil de ces consultants.
- La difficulté d'honorer des “RV” de consultation peut se poser : les conditions matérielles ressources, trajets "peur de se déplacer" pour les hors procédure....les nombreuses contraintes administratives inhérentes à la procédure de la demande d'asile, favorisent cela. La notion de la temporalité est différente entre l'exilé et le professionnel.
- Les "a-priori" : ..."on attend avant de proposer un RV pour un suivi...la plupart des exilés sont des voyageurs", comme s'il existait "un gène du voyageur" dans cette partie de la

population. Voir sur le sujet des a-priori concernant l'immigration : (Jean-Loup Amselle [10] et Olivier Chavanon [11]).

- Les fantasmes, la crainte d'être manipulé (souvent citée en ce qui concerne les certificats).

Ces sentiments "humains" , ces impressions, je les ai éprouvés, pour certains, ils m'ont aussi été relatés par d'autres professionnels concernés.

Comment être soignant et satisfait quand à l'issue d'une consultation "lourde d'aveux" on laisse repartir le patient , souvent accompagné d'enfants...à la rue...sans rien avoir à proposer d'autre qu'un nouveau RV, une écoute, peut être un traitement...ce qui dans ce contexte semble quelque peu illusoire.. Le soignant est souvent piégé dans la représentation de cette situation déjà vécue et qui ne lui autorise plus aucune autre forme de pensée : le migrant/patient est seulement condamné à errer comme il l'a déjà fait dans son parcours de vie, entre les services d'urgence, les CMP, les PASS, etc... comme cela était déjà inscrit dans son parcours de vie...d'où le sentiment d'une "fatalité".

VI - NOMADE....JUSQUE DANS LE SOIN* ?

*(dans le suivi psychiatrique)

A- Nomade : Définition

- ..."qui n'a pas de domicile, errant" ... (Larousse/déf.)

- nomadisme : "mode de vie du nomade"

- ..." voyageur"

«*On croit que l'on va faire un voyage, mais bientôt c'est le voyage qui vous fait ou vous défait*».
(Nicolas Bouvier [6]).

Le cas de Mme X illustre le parcours compliqué, difficile, de l'accès aux soins en particulier dans la prise en charge psychologique, voire psychiatrique des demandeurs d'asile. Cette patiente à été reçue entre PASS, UMAD, UMA par des médecins et infirmiers différents, à la merci de la file active et de la présence médicale. Son attente aux urgences, la présence de son enfant grand prématuré, âgé de quelques mois....mais également l'errance précédent et suivant les consultations au Vinatier, entre différents lieux de soins, nous avaient interpellés, mes collègues et moi. Je suis

restée en contact avec la travailleuse sociale qui, sensibilisée à sa situation, l'accompagne dans beaucoup de ces démarches mais soutien aussi le compagnon de Mme X, père de l'enfant, démuné et en souffrance. Elle m'a relaté son histoire où le traumatisme semble se répéter...

B- Présentation du cas de Mme X

"Mme X. est une jeune femme de 29 ans, de nationalité serbe ayant grandi en Roumanie.

Elle a quitté la Serbie avec sa grand-mère à l'âge de 4 ans, manifestement "donnée" à celle-ci pour l'aider dans les tâches domestiques. Elle a plusieurs soeurs, mais n'en connaît ni le nombre ni l'identité exacte, ayant perdu totalement le contact avec la plupart. En Roumanie, elle n'est pas allée à l'école, mais a servi très tôt sa grand-mère, tant aux champs qu'à la maison, et a été beaucoup frappée par celle-ci, notamment avec des bouteilles en verre, qui ont laissé de nombreuses cicatrices sur son cuir chevelu.

A l'âge de 16 ans, elle a été opérée deux fois d'un ulcère gastrique.

A 17 ans, elle a été "rendue" à son père, qui l'a violée, et l'a vendue dans un réseau de prostitution à Belgrade, avec une de ses soeurs.

Elles ont réussi à fuir en Espagne grâce au petit ami de sa soeur, et se sont réfugiés à Barcelone, où les trois ont dormi dans des baraquements de saisonniers et ont travaillé dans les champs. La soeur de Mme X l'a, ici aussi, beaucoup battue et humiliée.

Elle y a rencontré E. jeune homme serbe venu pour fuir des difficultés familiales et travailler au ramassage des fruits. E. s'est souvent interposé entre Mme X et sa soeur, jusqu'à ce qu'il lui propose de fuir en France, pour vivre ensemble en sécurité.

En juin 2012, ils sont arrivés à Lyon et ont vécu en situation de rue pendant 2 mois, Mme X étant enceinte de 3 mois, sans suivi de grossesse ni suivi médical général.

Leur enfant, F., est né prématurément à 26 semaines d'aménorrhées, (soit 6 mois de gestation) pour un poids de 700g, après une grossesse qui s'est déroulée en grande partie dans la rue.

Il est né par césarienne pour un retard de croissance intra utérin et procidence du cordon (compression du cordon ombilical par la tête du bébé créant un défaut d'irrigation sanguine de l'enfant).

Mme X. a été vu 3 fois par un psychiatre de la maternité, pendant l'hospitalisation du bébé.

Puis, il est pris en charge par le service d'Hospitalisation à Domicile Pédiatrique (HAD) le 7 février 2013, après 4 mois d'hospitalisation en service de réanimation néonatale. Cette prise en charge a été demandée par le service hospitalier pour la mise en place d'un scope avec enregistrement pour surveillance d'une immaturité cardiorespiratoire liée à sa prématurité (bradycardies).

Les observations de l'équipe d'HAD mettent en évidence des difficultés importantes dans le lien mère-enfant, et un besoin de soutenir la construction de la parentalité dans cette famille :

- F. a en effet des troubles de l'alimentation qui semblent en lien avec des difficultés relationnelles dans la dyade mère-enfant : très faible prise de poids, prise des biberons impossible dans les bras, diversification alimentaire quasi impossible.
- les soins de maternage sont difficiles à acquérir et nécessitent un accompagnement et un soutien parental important et régulier.
- il a été nécessaire de mettre en place des séances de psychomotricité et de kinésithérapie motrice afin d'aider au développement de F.

Face à ces observations, et au comportement inquiétant (cauchemars, anxiété importante, dissociation, anesthésie affective, inhibition, pertes mnésiques....) de Mme X un relais avec une unité de soins psychiques est organisé.

Elle est donc accompagnée vers:

- Le CMP le plus proche du domicile, qui ne peut pas l'accepter du fait de l'absence d'adresse fixe, le CMP responsable des personnes non domiciliées est alors à St Cyr.
- Le centre ESSOR, qui ne peut pas la prendre en charge car sa procédure auprès de l'OFPRA est terminée.
- L'UMA du Vinatier, où un interne lui prescrit de l'Atarax (en cas d'anxiété), l'oriente vers le LAPS (Santé Mentale et Communautés), demande qu'un scanner soit fait, et propose de la revoir après 15 jours.
- Le LAPS ne peut pas la recevoir car ils n'ont plus de budget interprétariat.
- Il faut trouver un généraliste en secteur 1 qui parle espagnol, qui soit une femme, et qui accepte l'AME pour avoir une ordonnance pour le scanner, ensuite il faut prendre un RDV avec un radiologue à HEH pour qu'il évalue l'urgence, et propose un RDV pour le scanner, puis il faut

faire le scanner, et trouver un radiologue qui puisse expliquer les résultats en espagnol.

-La psychologue de l'HAD rencontre Mme X une première fois, et atteste de la nécessité d'une prise en charge, cependant, elle ne peut elle-même faire ce suivi car la prise en charge HAD va se terminer dans les semaines qui suivent.

-Nouveau RDV à l'UMA, après une attente de plus 3 heures avec le compagnon et l'enfant, elle est reçue avec interprète (la même personne qui a traduit son récit OFPRA) par la psychiatre, qui la laisse repartir après une demi-heure de consultation sans prise en charge car elle n'est pas en crise, sa situation ne relève pas de la psychiatrie.

-Un RDV est pris avec un psychiatre-psychanalyste en libéral, acceptant l'AME et parlant espagnol. Après avoir rapidement écouté les raisons de cette orientation (difficulté du lien avec l'enfant, violences subies, anxiété), il prescrit Abilify 5mg 1 comprimé par jour pendant une semaine), et Atarax (en cas d'anxiété). Mme X refuse de retourner voir ce médecin.

-Un RDV est pris avec un psychologue de l'unité de péri-natalité de l'hôpital Lyon Sud, un taxi peut être mis à disposition, ainsi qu'un interprétariat.

On va voir si ça marche, je n'ai pas encore confirmation....il y aura peut-être des rebondissements..."

C- Nomade... dans son histoire de vie

Balkans, République du Congo, Tchétchénie, Arménie, Russie, Albanie, Kosovo, Cameroun, etc... : que ce soit dans des pays politiquement instables ou à situations économiques désastreuses (sécheresse)... pour des raisons familiales, culturelles, ces situations dramatiques où leur survie est bien souvent en jeu, les ont déjà pour certains d'entre eux, poussé à errer dans leur propre famille (*Mme X), dans leur propre pays, avant de prendre la route vers d'autres continents.

Viennent ensuite la précarité, les dangers du parcours en lui même, à la merci bien souvent de réseaux clandestins . Pour ceux qui partent seuls, les liens familiaux sont souvent brisés, avec les conséquences que cela peut avoir aussi sur l'entourage resté au pays (fratrie éclatée/Mme X). Des accroches peuvent se recréer au fil du parcours d'exil mais la précarité des situations accentue leur fragilité. Autre cas illustrant cette problématique : j'ai eu l'occasion de "croiser" dernièrement aux urgences une patiente originaire du Nigeria où elle avait laissé, avant d'entamer son parcours d'exil ses 2 jeunes enfants à la charge de sa mère. Son périple l'avait amenée en Italie où elle a eu un enfant, s'est mariée, à initié une demande d'asile. Pour des raisons inconnues (ou peut être expliquées par ses conditions de survie ? on sait qu'elle a été l'objet d'un réseau de prostitution),

elle a quitté l'Italie pour la France n'ayant plus de contact avec eux.

D- Nomade... dans son parcours législatif et social

■ législatif :

La procédure de la demande d'asile, en elle-même exige de nombreux déplacements dans la démarche : Préfecture, structures d'aide à la constitution du dossier, "plaidoiries" du dossier à Paris, multiples RV à honorer, etc... Ces démarches complexes, qui pourraient paraître fastidieuses pour toute personne "ordinaire", multiplient les incidences sur cette population déjà précaire, très souvent à la rue, où le moindre geste ou impératif est un problème en soi : financement, trajet, avocat, barrière de la langue, horaire à respecter.

■ social :

La précarité de la rue, amène à errer, bouger pour lutter contre le froid, l'ennui...les déplacements dans des foyers d'hébergement d'urgence successifs au gré de places qui se libèrent du jour au lendemain aux 4 coins de la région, les allées et venues vers les accueils du réseau associatif pour obtenir de quoi manger au moins une fois dans la journée pour certains, qui auront auparavant arpenté les bureaux des travailleurs sociaux pour obtenir des "bons". Aux déplacements pour effectuer ces démarches, s'ajoute souvent pour le(s) parent(s), le problème de la garde des jeunes enfants qui n'ont pas la chance d'être scolarisés et qui, hormis l'entraide du groupe, feront partie du périple avec les conséquences que cela peut entraîner(Mme X).

E- Nomade...jusque dans le soin ?

Outre le fait d'un "nomadisme souhaité" comme mode de vie dans certains cas, qui pourrait justifier la multiplication de prises en charge éclatées, en ce qui concerne l'accompagnement psychologique ou psychiatrique de ces derniers, les raisons qui conduisent les autres exilés à multiplier les lieux de consultation aux urgences s'expliquent en réalité par défaut.

L'énorme part d'aléatoire qui régit les conditions d'accueil prend tout son sens dans un contexte de pénurie énorme. Ce constat peut être appliqué à mon sens aussi bien au plan social, juridique qu'en matière de soins.

A l'UMA, le "suivi" par défaut de ces patients se fait, très souvent, du fait de la conjoncture, de façon encore éparpillée entre la PASS, l'UMAD et l'UMA, puisque tenant compte au jour le jour de la réalité de la file active des Urgences en particulier.. Ils sont "ballottés" entre des services qui

ont des missions autres, à l'origine, ce qui entraîne des RV transformés en heures d'attente... des intervenants professionnels différents (Mme X).

Bien que des efforts soient faits pour que les mêmes intervenants "médico-infirmier" assurent ces entretiens dans une continuité bénéfique, la réalité fait que le fonctionnement des urgences ne s'y prête pas.

En ce qui concerne les autres structures (CMP, autres) susceptibles d'assurer un relais pour un suivi, l'errance se poursuit : les tentatives d'orientation étant limitées par les différentes politiques de celles-ci ou par la pénurie relative de façon plus générale à la Psychiatrie. (On le voit dans le cas de Mme X, qu'elle en est au 9^{ème} intervenant rencontré pour le moment).

Ainsi, le parcours chaotique de ces consultants (quand il n'est pas volontaire) reproduit la problématique liée à l'errance, réactivant un sentiment de rejet déjà vécu par l'exilé ; l'institution fait écho à la problématique du demandeur d'asile et amène à un questionnement autour du nomadisme...comme d'une fatalité ?...

VII - LE NOMADISME DANS LES SOINS....SEULEMENT UNE FATALITE ?

A- Fatalité (définition)

"Destin, force occulte qui déterminerait les événements (déf.Larousse)

Caractère de ce qui est fatal, inévitable, inéluctable

Concours de circonstances fâcheuses imprévues et inévitables".

"la fatalité ne laisse aucune place à un changement d'orientation. En posant que "c'est écrit", elle implique la réalisation de l'événement et ce, quels que soient les moyens qu'on met en œuvre pour l'éviter."

Pour moi, l'inévitable se situe dans l'avenir de la planète - augmentation de la population mondiale, pénurie des ressources, et leur conséquences : crises, conflits, guerres, famines, modification des codes culturels, exils - qui entraîneront un besoin et une demande de plus en plus importante de réponses "soignantes".

Mais quant au nomadisme comme conséquence, en partie, d'une politique de soins, je crois qu'il ne peut trouver d'explication dans la fatalité/l'inéluctable, dans le sens où les choses peuvent évoluer si la volonté de les faire bouger est réelle.

Pour cela et dans ce que j'en vois, j'entends, j'en lis, dans ma profession d'infirmière, mon statut de citoyenne, "d'étudiante".... je suis de plus en plus amenée à penser que "Tout sera bon à prendre" (sans connotation péjorative)...

Que ce soit sur le terrain, dans une dimension propre à l'intervenant, au soignant, ou dans une approche plus globale de politique de santé, il y a des choses à faire.

Qu'elles soient existantes à soutenir, à repenser, réaménager...des idées à développer, des projets à créer ces regards/prises en considérations sont nécessaires à des niveaux différents.

il me paraît important de donner la place à ces paramètres/regards complémentaires.

B- Etat des lieux et réponses possible

1- Le "Bricolage"

Au fil du temps... d'abord dans mon travail, puis étant amenée de plus en plus à rencontrer des intervenants auprès des demandeurs d'asile...et ensuite au cours du DIU, j'ai réellement pris conscience de l'importance de ce réseau "parallèle" existant au quotidien et qui malgré les difficultés énormes rencontrées, apporte sa pierre à l'édifice :

- des travailleurs sociaux déjà très éprouvés /impliqués (?) dans cette problématique, comme celle-ci qui rallonge ses journées professionnelles ou cette autre qui réduit son temps personnel pour aller "récupérer" une personne SDF...incapable de se situer, "poussée" dehors à l'issue de soins chirurgicaux...qu'elle raccompagnera sous le pont où il a ses "habitudes de vie".
- Cette infirmière psychiatrique de la Loire, créatrice et innovante qui ne se limitant pas au cadre "habituel", arrive à mettre en place un lieu d'accueil occupationnel pour des familles exilées..
- Ce généraliste qui se débat, isolé, continuant à pratiquer une médecine psychosociale malgré les difficultés,
- Cet instituteur qui coordonne un réseau de parents d'élèves qui vont accueillir un enfant à tour de rôle, la nuit.

Tous ces bénévoles, et bien d'autres, militants dans l'âme, participent à retisser des liens et à créer une dynamique étayante et salutaire dans ce milieu précaire où l'aspect social et soignant est intriqué. Ces professionnels qui "tirent sur l'élastique" permettent ainsi une humanisation d'un cadre formel qui peut paraître quelquefois presque inadapté ?

J'ai entendu à plusieurs reprises au cours du D.I.U bon nombre d'intervenants évoquer le mot "Bricolage" dans leur discours, rendant sa noblesse au terme, revalorisant ainsi les professionnels et les bénévoles qui ont souvent du mal à se rendre compte de la portée de leur démarche.

Il me semble indispensable de donner des moyens au réseau associatif *qui a un rôle essentiel dans la problématique psycho-sociale.*

2- Au niveau du droit commun

- Ouvrir, élargir le réseau :

CMP :

Si le régime général actuel souffre de son manque de moyens (précédemment évoqué) et peut être d'un manque d'intérêt en partie (?), il existe néanmoins dans ce secteur des choses positives, des vraies "prises en charge" par des professionnels, des équipes qui font fi malgré tout des contraintes administratives ou autres, réfléchissent autre chose, essaient "d'aménager des choses", tentent de dépasser les obstacles et réadaptent leur fonctionnement.

Pour moi, il est nécessaire d'uniformiser à minima la politique d'accueil sur les CMP : on voit que la loi sur "la prise en charge des patients SDF/hors secteur" en ce qui concerne les hospitalisations a permis de limiter le problème de l'errance institutionnelle.

Il faudrait ouvrir, élargir l'accès aux réseaux psychiatriques du droit commun /CMP pour les demandeurs d'asile, comme cela existe pour tout autre patient nécessitant un accompagnement ou des soins dans ce domaine et en particulier pour des patients psychotiques.

Hôpital :

Rendre plus souple le fonctionnement institutionnel / ex. : service d'urgence pour permettre d'intégrer la particularité des "exilés contraints ou non" en facilitant les moyens médicaux/infirmiers ; mais aussi renforcer le nombre de travailleurs sociaux, permettre une prise en charge commune et de proximité avec les soignants, ce qui relativiserait le sentiment d'impuissance et d'isolement que vivent les intervenants concernés.

- Développer les structures consultations PASS/PSY

Leur donner une place à part entière, non "tributaire" d'autre service, comme cela est le cas actuellement sur le Vinatier, budgétiser des postes médicaux ne pas réduire cela uniquement à des missions "d'intérêt général".

La multiplicité des intervenants de ces structures semble adaptée à une meilleure prise en compte de l'aspect psychosocial dans un lieu espace /temps approprié où le patient a le temps d'installer sa confiance et où le professionnel référent ne sera pas pris dans des contraintes de temps comme aux urgences.

Il m'est arrivé de me sentir étrangère, presque voyeuse, alors que "j'assistais" (dans le cadre de l'UMA) à un RV/consultation/suivi d'une personne concernée par cette clinique, RV "calé" entre deux prises en charges aux urgences. D'autres collègues infirmiers avaient assurés les entretiens précédents auprès du même médecin. Les tenants et les particularités de ces discours quand ils ne s'inscrivent pas dans l'histoire et la continuité mettent mal à l'aise vis à vis de l'Autre et me semble-t-il accentue leur sentiment de victime, nous plaçant dans une position toute puissante.

A l'inverse, au cours d'autres entretiens, lors d'après-midi "allégée" /consultation PASS où la reconnaissance du trio "patient/médecin/infirmière" était posée, je garde en mémoire la possibilité d'échanges positifs, riches, et la satisfaction d'en voir l'interaction sur le consultant, ce que j'ai pu observer et que l'on a pu partager après le départ du patient avec le médecin. Je me souviens en particulier d'échanges autour d'une carte géographique où un Géorgien nous situait son village natal et oubliant alors sa condition de victime a "amorcé" un cours de géographie concernant les différentes régions de son pays, redevant acteur.

Le développement de ce type de lieu d'écoute s'inscrivant dans la continuité permet au consultant exilé de se positionner plein acteur et peut l'aider aussi à sortir de son statut réducteur de victime.

Et aussi...

- Rendre plus souple le fonctionnement institutionnel (service d'urgence, CMP..) pour permettre d'intégrer la particularité des "exilés contraints ou non" en facilitant les moyens médicaux/infirmiers ; mais aussi renforcer le nombre de travailleurs sociaux, permettre une prise en charge commune et de proximité avec les soignants, ce qui relativiserait le sentiment d'impuissance et d'isolement que vivent les intervenants concernés.
- Valoriser, intéresser, permettre aux professionnels de penser "autrement" par des formations , développer l'étude universitaire de cette clinique.
- Mettre en place des supervisions
- Former les médecins généralistes

3- Structures prenant en compte la spécificité liée à l'exil

Une véritable politique psychosociale passerait aussi par le développement de lieux accueillant la

spécificité de la clinique de l'exil et pourrait aussi contribuer à modifier, à dynamiser une approche parfois "déprimante" de la prise en charge de la demande d'asile en y apportant également des regards différents.

Actuellement, quelques centres trop peu nombreux existent proposant des consultations prenant en compte l'Ethnopsychiatrie avec des équipes pluridisciplinaires, pluri langues pour certains comme le Centre Georges Devereux, centre Minkowska..l'unité de consultations transculturelles Avicène alliant l'anthropologie à la psychanalyse.....ou le Centre Primo Lévy qui reçoit les personnes exilées qui ont été victimes de tortures ; mais par leur faible nombre, ces structures ne suffisent pas à pallier au manque

4- L'approche populationnelle

L'intrication de l'aspect social et médical est évident pour les professionnels qui interviennent auprès des demandeurs d'asile, des "sans papier". Être à la rue, dormir dehors, rend vulnérable et n'optimise pas le soin. Le développement et la mise en pratique de "l'approche populationnelle" qui s'attache à la spécificité de la population, prend en compte différents paramètres essentiels, pouvant peut-être permettre, à mon sens, une meilleure prise en charge thérapeutique. Elle s'intéresse au sujet dans son contexte et aux incidences que cela peut avoir sur lui..

Dans cette politique de santé, appliquée surtout au Québec, des paramètres/regards me paraissent pouvoir peut-être consolider, améliorer ici "chez nous"...sur ce sujet, et en se servant des autres réponses citées précédemment, une approche actuelle floue et inégale.

Dans celle-ci j'ai retenu certaines notions :

- une réalité Bio-psycho-socio-environnementale.
- s'intéresse à tous les déterminants de la santé : Biologie, environnement, style de vie, système de soins....avec affectation des ressources.
- responsabilité à l'égard d'une population..
- responsabilité partagée avec l'ensemble des acteurs du réseau.

Les objectifs :

- offrir des services de qualité , des plus complets, accessibles, coordonnés et sans rupture.
- prioriser les plus vulnérables
- rapprocher le pouvoir décisionnel des citoyens de ceux qui les soignent
- faire converger des efforts pour maintenir et améliorer la santé, le bien-être de la population.

"L'approche populationnelle est essentiellement fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. À cet égard, elle reconnaît les nombreux facteurs individuels qui influencent la santé et cherche à réduire les inégalités sociales qui constituent une barrière en matière de bien-être et de santé.

Son objectif est d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles. Elle vise à coordonner l'offre de service en fonction d'une population donnée plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services.

Enfin, elle suppose que les instances régionales et locales (ex. Agence, établissements, organismes communautaires, etc.) ont une responsabilité vis-à-vis la santé des individus de leur territoire, particulièrement en ce qui concerne l'accessibilité des services et l'efficacité des actions dans les milieux de vie." (Raynald Pineault [7]).

"Aujourd'hui, alors que notre capacité d'agir sur la maladie connaît un essor considérable, la question va au-delà de la biologie humaine et devient plus complexe : en matière de santé, les habitudes de vie, l'environnement socioculturel, économique et physique sont maintenant considérés comme des facteurs déterminants, au même titre que l'accès à des services de santé et à des services sociaux de qualité.

C'est pourquoi il convient d'adopter une nouvelle vision de la santé afin d'être en mesure d'intervenir efficacement pour améliorer l'état de santé et de bien-être des individus et des populations. La position de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est fort pertinente à cet égard, puisqu'elle propose de définir la santé comme un état de bien-être qui permet à la personne de fonctionner et de s'adapter à son milieu. Dans cet esprit, la santé n'est plus uniquement vue comme un but en soi, mais aussi comme une richesse individuelle et collective, un capital pour le développement socioéconomique des individus et de la collectivité." (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux [8]).

...Bien entendu, la question d'un "enfermement de la personne dans une spécificité"...de l'aspect réducteur de cette vision des choses, pourrait se poser ; le fait d'articuler cette approche aux autres propositions limiterait ce risque : "La France et le Québec ont beaucoup à partager dans l'intérêt de leur population" (Dr Real Morin [9]).

De ce que j'en savais, puis au fil de mes recherches dans le cadre du DIU (contacts, lectures...), il existe des approches, locales, ponctuelles, qui tendent à s'en approcher en partie. Mais bien qu'intéressantes et dynamiques pour certaines, éparpillées et sans réel fil conducteur qui les

rattache à une véritable politique de soins globale.

Si des aides concourant à améliorer le regard que nous portons sur la demande d'asile et à soutenir de nouvelles "créations" dans ce domaine (ex / "Samdarra"), elles restent néanmoins encore, selon moi, pas assez "connues" ou "utilisées" par les professionnels concernés.

Outre la nécessité d'une prise de conscience des pouvoirs politiques de la précarité dans son ensemble et en particulier dans le cas de la demande d'asile, cela implique peut être aussi des changements dans une dimension propre aux soignants, un questionnement de sa pratique, de son regard ?

5- Dans une dimension propre au soignant sur le terrain :

- Changer son regard, ne pas généraliser ; avoir une vision non uniforme des migrants demandeurs d'asile ce qui n'empêche d'avoir un regard global de certains paramètres liés à leur situation (approche populationnelle).
- Combattre les "à priori" et préjugés : (voir [10] [11]).
- Laisser sa place à un mode de vie différent du notre ; le nomadisme peut aussi être inhérent au mode de vie du migrant (mais pas forcément).
- Consolider les liens, avec les autres acteurs du réseau voire les créer, se défaire de l'aspect "concurrentiel" qui existe entre les différents lieux de consultations prenant en charge ce public : il m'a semblé au cours de ma pratique et en ce qui concerne celui là, que les liens qui se font habituellement entre l'hôpital et les CMPs, n'existent pas ou peu entre ces derniers et les intervenants des structures les accueillant aussi (Essor, "Médecin du Monde", hôpital, psychologue). Il arrive même aussi que des professionnels d'une même unité travaille parallèlement, sans réelle complémentarité.

J'ai été positivement surprise par les liens soutenus des travailleuses sociales entre elles, qui s'inscrivent dans une continuité bénéfique et "apaisante", dans une problématique qui isole pourtant souvent.

- Accepter aussi le morcellement des prises en charge, c'est dans la nature même de la demande d'asile..(contraintes sociales, procédure...).

Les réponses politiques futures éventuelles (CMP, ouvertures de structures spécifiques) ne suffiront probablement pas, même dans l'idéal, à combler le manque, à éviter "l'impondérable" ..rester "souple" en modifiant alors parfois le rôle initial de notre spécificité (suivi/urgences).

- Accepter de n'être pas tout puissant, ni dans la maîtrise de tout... Rester humble : Avoir conscience que l'on est seulement un maillon de la chaîne, mais que chaque acte à son importance.

- Se protéger, ne pas être seul, échanger d'où l'importance des supervisions..
- S'informer, se sentir concerné ; actualiser, enrichir ses connaissances géopolitiques..faire circuler l'information : au cours de mes contacts avec les CMPs, un seul a mentionné la "PASS" ; une interlocutrice d'un CMP ne savait pas qu'il y avait un CADA sur son secteur.
- Se former/formation continue, s'intéresser aux travaux de recherche (Orspere/Samdara) "intellectualiser" (ce qui permet de prendre du recul par rapport à notre pratique).
- Rester combatif mais philosophe ..

VIII - CONCLUSION

A- Synthèse

Sensibilisée au sujet de l'exil, de la demande d'asile et souhaitant associer à cela mon vécu infirmier, ce travail dans le cadre du DIU, m'a permis une réflexion et une prise de recul, en particulier dans le cadre de ma profession aux urgences Psy.

Que la souffrance de ces consultants soit consécutive à leurs angoisses, à leur propre folie ou à la folie de leur situation, elle est confrontée au malaise des institutions...à la folie d'un système, réactivant ainsi leur propre traumatisme.

Le parcours du combattant se poursuit dans les soins, ceux là devenant alors secondaires à des considérations matérielles et administratives qui semblent assez importantes pour justifier une mise à l'écart...voire un rejet de cette population.

Bien que consciente des problèmes rencontrés par la psychiatrie sur un plan plus général mais ne pouvant, en tant que soignante, me contenter de ces seules explications, j'ai tenté de chercher un peu plus loin ce qui pouvait nous mettre en difficultés.

Mes contacts, mes échanges avec d'autres professionnels du milieu social, médical ou paramédical ont parfois fait écho à mes propres questionnements ou malaises. Associés à mon travail de recherches/lectures, prises en compte/interventions/DIU, ces paramètres...s'ils m'ont confortée dans mon impression d'un flou régnant dans le domaine de la prise en charge Psy liée à la problématique du demandeur d'asile... m'ont permis de réfléchir à des solutions possibles, de mon point de vue, afin de tenter d'améliorer ces manquements.

Cela passerait par un dosage intelligent et réfléchi entre un ensemble de paramètres existant déjà, respectant l'individualité du sujet et, peut être, une prise en considération plus "globale" de certains éléments inhérents aux aspects problématiques liés à la demande d'asile ; cela permettrait de combattre un anonymat délétère et néfaste aux soins de ces personnes.

Enfin, outre les réponses en matière de politique psychosociale et la ré-interrogation des professionnels sur leur rôle, une meilleure approche de ces problèmes passe aussi, me semble-t-il, par une évolution des mentalités, une ouverture des esprits "populationnelle".

B- Mon ressenti à l'issue ce DIU :

Mon approche dans ce travail me semble renvoyer, à l'instar de la problématique évoquée, une impression de "flou". Bien qu'étant consciente de cette difficulté, il me semble que j'ai pu moi-même "errer" entre différents paramètres de ce sujet. Mon travail aux urgences où la crise centralise plusieurs facteurs et ne permet pas suffisamment de suivi, de recul dans leur prise en charge, a peut être contribué à cette impression. Enfin, au cours de cette année, l'arrêt en ce qui me concerne des consultations PASS et mon passage de nuit aux urgences, cette unité ayant subi elle-même des changements importants ces derniers mois (agrandissement de la capacité d'accueil, passage en 12 heures des infirmiers et autres difficultés institutionnelles...)... ne m'ont probablement pas aidée à me recentrer. J'ai dû aussi réadapter mon écrit au cours des mois à l'actualité fluctuante du service...mais ce jusqu'à un certain point.

J'ajouterais mes difficultés au manque de temps, pour terminer ce travail comme je l'aurais souhaité et pour citer et mettre en valeur toutes les lectures intéressantes auxquelles j'ai eu accès.

Pour terminer, je conclurai sur le plaisir que j'ai eu à faire ce travail de recherche, à rencontrer d'autres professionnels intéressés et investis dans leur missions, à partager leurs difficultés quel que soit leur domaine professionnel, à échanger avec eux, à apprendre.

La richesse des contributions des différents intervenants DIU, souvent trop limitées par le manque de temps imparti ayant trait aux exigences du Diplôme en lui-même, a peut être été quelque peu frustrant mais me donne l'envie de poursuivre dans ce cursus, pour pallier à cela.

C- Méthodologie :

Dans mon approche, je me suis appuyée, sur des lectures, des échanges, des "enquêtes" auprès de professionnels, sur des lectures, les interventions dans le cadre du DIU, des "chiffres" /DIM, des recherches internet.

IX-Bibliographie

[1] : Croix Rouge

[2] : Jean Michel Belorgey "exils", collections Reflets/réseau Terra

[3] : Joseba Achotegui, "Le syndrome de l'immigrant avec stress multiple et extrême". Espagne, 7ème Congrès National de Psychiatrie, novembre 2002.

[4] : Federico A. Caro "Voyage pathologique : Historique et diagnostic différentiel", Mémoire de DEA Université Paris VII, 2005

[5] : Christian Lachal : "Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés" Le Journal des psychologues 2007/10

[10] Jean-Loup Amselle, anthropologue, auteur de "révolutions : essai sur les primitivismes contemporains" (Stock, 2010)

[6] : Nicolas Bouvier, L'usage du monde, Payot, 1963

[7] : Raynald Pineault, "L'approche populationnelle : fondements théoriques et applications pratiques". Université de Montreal 2006

[8] : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : "L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé", 2004

[9] : Real Morin, "Promotion de la santé, : analyse comparative France-Québec"

[11] : Olivier Chavanon : "à propos des préjugés sur l'immigration" Immigration et fermeté, Ecarts d'identité, 2012

Lectures :

- Toutes les contributions écrites des différents intervenants du DIU
- Revues "Rhizome"
- "Tristes tropiques"/ Claude Lévi-Strauss
- "État des lieux national de la prise en compte de la santé mentale des Réfugiés et Demandeurs d'Asile au sein du Dispositif National d'Accueil"/avril 2012. (réseau Samdarra)
- "Migrations/état des lieux 2012" (la Cimade)
- "Soigner malgré tout" (Médecins sans frontières)/T. Baubet ; Éditions Pensées Sauvages
- "Élise ou la vraie vie" C. Etchelleri
- "Peau noire masques blancs" Frantz Fanon (Points)
- "Race et histoire" C. Lévis-Strauss/Médiations
- "pleure, ô pays bien aimé" À. Paton
- "Baba de Karo" Marie Smith/terre Humaine, Plon
- .. /...

Revue *Ecarts & liens* N° 120/2012. L'expérience interculturelle de l'intégration

- Nouvelles réalités migratoires et nouveaux concepts pour les analyser : L'exemple des notions de transnationalisme et de diaspora Jacques Barou Sociologue, CNRS
- Europe : de l'immigration à l'émigration ? Marco Martiniello
- L'image de l'étranger au prisme des lois sur l'immigration Danièle Lochak
- Immigration et « fermeté » : L'hypocrisie consensuelle du discours politique en temps de crise Olivier Chavanon
- Action sociale : Sortir enfin la tête des épaules ? Olivier Daviet
- Ecarts d'identités contre les replis identitaires Mohamed-Cherif Ferjani
- De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries Richard Rechtman

QUESTIONNAIRE

(PRISE EN CHARGE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUE DU PATIENT DEMANDEUR D'ASILE)

- Êtes vous plus en difficultés lorsque vous accueillez un patient demandeur d'asile ?

- Si oui, qu'elles sont ces difficultés ?

- Votre évaluation liée à "l'importance" de ces difficultés :
 - 1-
 - 2-
 - 3-
 - 4-
 - 5-

- Sur l'aspect plus psychologique de cette prise en charge, que vous renvoie celle-ci ?

(APRÈS LA CONSULTATION)

- Si une hospitalisation n'est pas retenue, vers quel type de structure de soins Psy. ...avez vous déjà orienté le patient pour un suivi ?

- En général, les orientations données (après ce type de consultation) vous paraissent -elles :
 - a. Adaptées
 - b. Possibles
 - c. Par défaut (données)

- Selon vous, quels sont les critères susceptibles d'améliorer les difficultés rencontrées ?