



**DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE
SANTÉ,
SOCIÉTÉ ET
MIGRATION**

**RECITS DE VIOLENCES ET PRATIQUE MEDICALE
DANS UNE PASS**

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction de Gwen Le Goff**

Maude BERTHIER

Année 2019-2020



**UNIVERSITÉ
JEAN MONNET**
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard



Lyon 1



**La responsabilité de chacun implique deux actes :
vouloir savoir et oser dire**

Abbé Pierre

SOMMAIRE

1ERE PARTIE : CONTEXTE DE L'ETUDE

PRESENTATION

CONTEXTE

- 1- Méthode
- 2- Description des entretiens
- 3- Données quantitatives
 - 3.1- Caractéristiques de la population étudiée
 - a- Pays d'origine
 - b- Langue(s) parlée(s)
 - 3.2- Motifs de consultations
 - 3.3- Nombre de patients interrogés sur l'existence de violences subies
 - 3.4- Nombre de patients invités à participer au travail
 - 3.5- Durées des entretiens
 - 3.6- Présentation des personnes interrogées

2EME PARTIE : RETOURS DE RECITS

- 1- Violences rapportées
- 2- Expression des souffrances par l'intermédiaire du corps
- 3- Attentes vis-à-vis du médecin/de l'équipe de la PASS
 - 3.1- Attentes ne relevant pas de nos prérogatives
 - 3.2- Attentes relevant en partie de nos prérogatives
 - Etre rassuré concernant son état de santé par un médecin
 - Rentrer dans un parcours de soins
 - Pouvoir parler de son histoire
- 4- Ressentis suite aux questions posées par le médecin sur les violences
 - 4.1- Compréhension du rôle de ces questions dans la prise en charge
 - 4.2- Sensation de soulagement
 - 4.3- Aide au cheminement – importance de la temporalité
- 5- Ressentis vis-à-vis du statut de « victime »
 - 5.1- Ressentis variables vis-à-vis de cette reconnaissance
 - 5.2- Sentiment de honte – ambivalence
- 6- Importance de la relation soignant – soigné
 - 6.1- Aide à la réassurance
 - 6.2- Besoin d'une écoute active
 - 6.3- Besoin de créer un lien de confiance
 - 6.4- Une reconnaissance importante des patients
 - 6.5- Importance du suivi et de l'existence d'une personne ressource médicale
 - 6.6- Rétablissement d'un sentiment de sécurité
- 7- Réactions physiques des patients lors des entretiens

3EME PARTIE : RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

- 1- Orientation des patients en santé mentale ?
 - 1.1- Existence de besoins
 - 1.2- Structures existantes très sollicitées
 - 1.3- Un travail possible en situation d'insécurité globale ?
 - 1.4- Plus qu'un « Besoin de psy », « Besoin de soutien général », « Empowerment »
- 2- Réflexions sur notre pratique à la PASS et préconisations
 - 2.1- Pistes pour améliorer la prise en charge des patients
 - Dépister de manière systématique les violences faites aux patients
 - Former les équipes à l'écoute active et à la prise en charge du public en situation de précarité
 - Faire remonter les difficultés d'accès aux besoins primaires
 - Informer les acteurs publics sur la souffrance des personnes prises en charge à la PASS
 - 2.2- Pistes pour assurer à l'équipe de professionnels de la PASS une sécurité d'exercice
 - Gestion interne de l'équipe : travail sur l'unité d'équipe - la communication – la gestion des conflits- « tableau des bonnes nouvelles »
 - Mise en place une supervision d'équipe par un intervenant extérieur
 - Vacations de psychologue et/ou psychiatre à la PASS

CONCLUSION

RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

BIBLIOGRAPHIE

1ERE PARTIE : CONTEXTE DE L'ETUDE

PRESENTATION

Depuis le 5 mars 2019, j'ai pris le poste de médecin coordinatrice de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (=PASS) de l'hôpital Edouard Herriot (HEH) à Lyon.

A la PASS, j'effectue 4 demi-journées de consultations (mardi et jeudi matin, vendredi matin et après-midi) durant lesquelles j'accueille en équipe les patients puis les examine. Mes deux demi-journées de coordination (mardi et jeudi après-midi) sont dédiées à la gestion du fonctionnement de notre service, au développement des partenariats et aux échanges avec les instances publiques.

Je suis médecin généraliste de formation et je travaillais avant en libéral dans les pentes de la Croix Rousse à Lyon, où je prenais en charge une patientèle variée dont une forte proportion de patients en situation de précarité.

J'ai quitté cette activité libérale, ressentant le besoin de rejoindre une équipe pluridisciplinaire que j'ai trouvée à la PASS d'HEH, puisque je travaille avec deux infirmiers, trois assistantes sociales, d'autres collègues médecins dont un interne, ainsi qu'un agent administratif.

Nous sommes situés à l'entrée d'HEH, en face du service des urgences traumatologiques, au rez-de chaussée du pavillon K, au sein d'un pôle de santé publique regroupant : centre de prélèvements, CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections sexuellement transmissibles), CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), consultations d'infectiologie, planning familial et orthogénie.

J'ai une activité médicale diversifiée puisque je travaille le lundi à HEH en tant que médecin signeur dans l'Unité d'Accueil et de Soins pour patients Sourds (UASS) au pavillon R et le mercredi en extérieur, au Centre Départemental d'Hygiène et de Santé (CDHS) de Vaulx en Velin et de Villeurbanne, en tant que médecin vaccinateur.

La PASS est un dispositif créé en 1998, précisé par la circulaire DGOS du 18 juin 2013 (1) qui propose un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle.

Son rôle est de **faciliter l'accès aux soins des personnes démunies** et de les accompagner dans les **démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits**. Dans le cadre de cette exercice, nous accueillons des patients de 16 ans et plus en situation de précarité, qui n'ont pas de droits sociaux ou une incomplétude de droits.

En 2018, 80 % de nos patients étaient des demandeurs d'asile.

Le budget de la PASS est couvert par une dotation finançant les missions d'intérêt général, attribuée par l'Agence Régionale de Santé (=ARS).

Sur Lyon, les patients précaires sans droits sociaux (ou sans droits sociaux complets) ont la possibilité de consulter à la PASS d'HEH qui est une PASS généraliste, à la PASS du Vinatier qui a une activité de médecine générale et de psychiatrie, ainsi qu'à la PASS de Saint

Luc Saint Joseph qui a une activité de médecine générale et une activité mobile. Les enfants sont pris en charge à la PASS pédiatrique de l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME).

Nous constatons que les patients que nous prenons en charge à la PASS ont souvent des histoires de vie complexes. Ils déclarent parfois avoir subi des violences, spontanément ou au cours d'une discussion initiée par un membre de notre équipe : infirmier, agent d'accueil, assistante sociale ou médecin. Les violences peuvent être la raison du départ du pays d'origine, avoir eu lieu pendant le trajet migratoire ou être subies sur le territoire français.

Durant cette année 2019, j'ai suivi de nombreux patients et j'ai rapidement pu constater la forte prévalence de violences déclarées par les patients. J'ai donc pris le parti de poser systématiquement la question des violences lors de l'entretien initial avec les patients sous la forme suivante :

« Pensez-vous avoir subi au cours de votre vie ou subissez-vous actuellement des violences physiques et/ou psychiques ? ».

Je pose toujours cette question après avoir interrogé le patient sur son trajet migratoire.

Je me suis inspirée de l'approche d'une consœur qui travaille en PMI (Protection Maternelle et Infantile) et qui m'a expliqué comment elle recevait les femmes potentiellement victimes de violences sexuelles. Elle leur disait simplement que la salle de consultation serait toujours l'endroit où elles pourraient aborder le sujet des violences si elles le souhaitaient et qu'elles étaient libres dans discuter ou non. Trouvant cette approche délicate et respectueuse, j'ai pris le parti de présenter les choses de la même façon.

Cette décision personnelle d'interroger les patients au sujet des violences me questionne beaucoup. Tout d'abord parce que j'ai parfois l'impression d' « ouvrir la boîte de Pandore » sans avoir ensuite de ressource pour assurer une bonne prise en charge psychologique des patients. En effet, sur Lyon, peu de structures d'accompagnement psychologiques et/ou psychiatriques accueillent les patients sans droits sociaux. Dans le cadre de la PASS généraliste d'HEH, nous adressons nos patients à l'équipe de la PASS du Vinatier composée d'une secrétaire formée à l'accueil des patients précaires, de psychologues et de psychiatres.

De plus, lors d'échanges avec mes confrères médecins de la PASS qui y travaillent depuis longtemps, j'ai constaté qu'ils ne posaient pas systématiquement la question. Cela m'a poussé à me questionner : La PASS est-elle donc le lieu adapté à cela ? Ne suis-je pas trop intrusive ?

Pour autant, je ne peux imaginer exercer mon travail sans aborder ce sujet car j'estime qu'une prise en charge de qualité nécessite une considération globale du patient, dans sa dimension biopsychosociale.

De plus, les patients victimes de violences ont vus leurs droits bafoués et leurs vies suspendues à la décision d'agresseurs ayant menacé leurs vies. Dans ce contexte, je vois la consultation médicale comme un moment où les patients peuvent devenir acteurs de leurs vies et ne plus subir les choix des autres.

Toutes ces réflexions m'ont amenée à la question suivante :

Qu'attendent les patients du médecin de la PASS concernant le récit de ces violences ?

CONTEXTE

1- Méthode

Pour avancer dans mes réflexions, j'ai décidé d'interroger chaque patient que je recevais en consultation à la PASS d'HEH sur le sujet des violences, durant la semaine du 31 décembre 2019 au 3 janvier 2020.

En préambule, j'interrogeais les patients sur leur trajet migratoire, souvent informatif sur l'existence potentielle de violences et la perte possible de membres de leur entourage. En effet, l'arrivée en France en traversant la Méditerranée en canot de sauvetage attire déjà notre attention sur l'existence potentielle de violences subies, qu'elles soient physiques ou morales. Ainsi, un article de Forum réfugiés en 2019 introduisait les choses ainsi : « souvent maltraités, exploités voir torturés pour certains pendant ce périple, la traversée de la Méditerranée, que ce soit à partir du Maroc ou de la Lybie, qu'elle ait été voulue ou subie, représente pour la plupart de ces patients l'évènement traumatique majeur de leur parcours » (2).

Le passage par la Lybie par exemple est quasiment systématiquement synonyme de violences : torture, viols, esclavage... Toutefois, quel que soit le mode d'arrivée en France, la probabilité de l'existence de violences est importante.

Ensuite, je posais la question suivante :

« Avez-vous dans le passé ou êtes-vous actuellement victimes de violences physiques et / ou psychiques ?

J'insistais bien sur le fait que le patient n'avait aucune obligation d'en parler s'il ne le souhaitait pas. Je l'informais qu'il pourrait toujours aborder ce sujet dans le cadre de la consultation s'il le souhaitait.

A partir des réponses obtenues, je discutais en fin de consultation de mon travail de mémoire avec les personnes qui déclaraient avoir subi des violences et pour lesquelles certains critères d'inclusion étaient validés.

J'ai présenté ce travail comme un travail de réflexion sur la prise en charge des personnes victimes de violences. J'ai expliqué que les moyens d'assistance aux personnes victimes de violences étaient actuellement limités et qu'une meilleure connaissance du public pris en charge pourrait permettre d'argumenter une demande d'aide et de financement de projets pour les victimes, auprès des autorités publiques.

J'insistais sur le fait que je ne voulais pas de réponse immédiate et qu'il était nécessaire de respecter un temps de réflexion avant d'accepter de participer au travail. Nous avons convenu d'un appel la semaine suivante pour valider ou non la participation à l'entretien.

Pour que ce travail soit réalisable, j'ai dû restreindre la participation aux patients maîtrisant soit le français, soit l'anglais, n'ayant moi-même pas de compétences suffisantes pour échanger dans d'autres langues et n'ayant pas d'interprète à disposition pour ce travail.

De plus, je n'ai pas proposé aux patients dont l'état de santé était trop précaire, au plan psychique et/ou physique, de participer au travail.

2- Description des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans les locaux de la PASS d'HEH, dans mon bureau administratif, dans lequel je ne reçois pas les patients en temps normal.

Pour mettre les patients à l'aise, je leur proposais un thé ou un café, afin de montrer que cet entretien n'avait, comme je l'avais expliqué, rien d'une consultation médicale mais que c'était bien un entretien entre une chercheuse et un patient.

Le choix du lieu d'entretien m'a posé questions. En effet, je souhaitais vraiment différencier clairement ma démarche de recherche, de mon travail de médecin, ce qui ne plaidait pas en faveur de la réalisation de ces entretiens à l'hôpital. Toutefois, je ne pouvais proposer aux patients de les rejoindre à leurs domiciles puisque certains n'en avaient pas ou vivaient en foyer, ce qui ne permettait pas d'assurer une discrétion suffisante. De plus, s'entretenir au sujet des violences dans un lieu public tel qu'un café semblait tout à fait inapproprié.

J'ai informé les patients que je souhaitais enregistrer nos entretiens afin de pouvoir ensuite les retranscrire fidèlement, sans avoir à prendre de notes en leur présence. Je leur ai expliqué qu'une fois retranscrits et anonymisés, les enregistrements seraient effacés.

Les patients m'ont donné leur accord oral et j'ai enregistré nos entretiens avec mon portable.

J'avais établi initialement un canevas d'entretien afin d'effectuer une étude qualitative semi-dirigée, l'objectif étant de laisser la parole aux patients.

Canevas d'entretien :

Concernant les violences:

- 1- Seriez-vous d'accord pour me parler des violences que vous avez subies?
- 2- Quand ont eu lieu les violences : avant/ pendant la migration ou en France?
- 3- Vous attendiez-vous à ce que le médecin vous pose des questions sur les violences?
Si oui: pourquoi?
Si non: pourquoi?
- 4- A votre avis, le médecin doit-il aborder le sujet?
Si oui : pourquoi?
Si non: pourquoi?
- 5- Qu'avez-vous ressenti quand je vous ai posé la question?

Finalement, je n'ai pas utilisé ce canevas en présence des personnes interrogées mais j'ai plutôt décidé de laisser aller les choses d'elles-mêmes en tentant tout de même de répondre aux questions de ce travail. Par exemple, la notion de « statut de victime » n'est pas notée dans le canevas. Cependant, elle m'a semblé très importante à étudier.

3- Données quantitatives

Au cours de cette semaine du 31 décembre 2019 au 3 janvier 2020, j'ai reçu en consultations 21 patients sur 4 demi-journées.

3.1- Caractéristiques de la population étudiée

Sur 21 patients, il y avait 9 femmes et 12 hommes (dont un jeune homme de 17 ans).

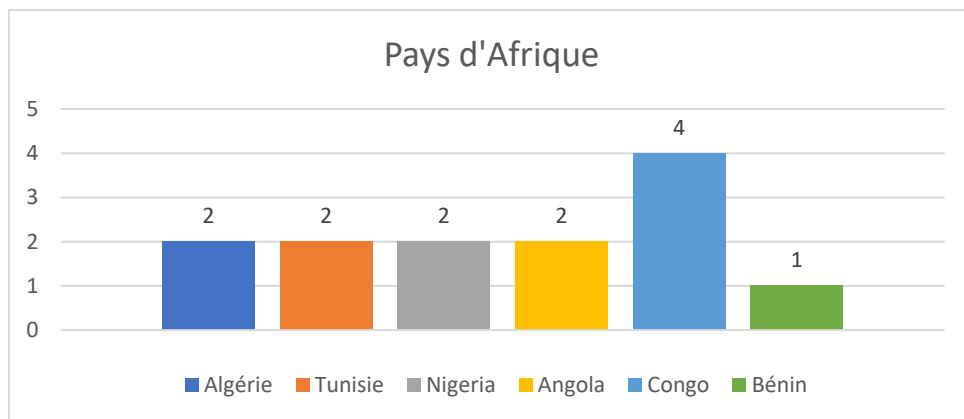
La moyenne d'âge était de 35 ans, la personne la plus jeune ayant 17 ans et la plus âgée 61ans.

a- Pays d'origine

Les pays d'origine étaient variés, avec une majorité de personne venant d'Afrique.

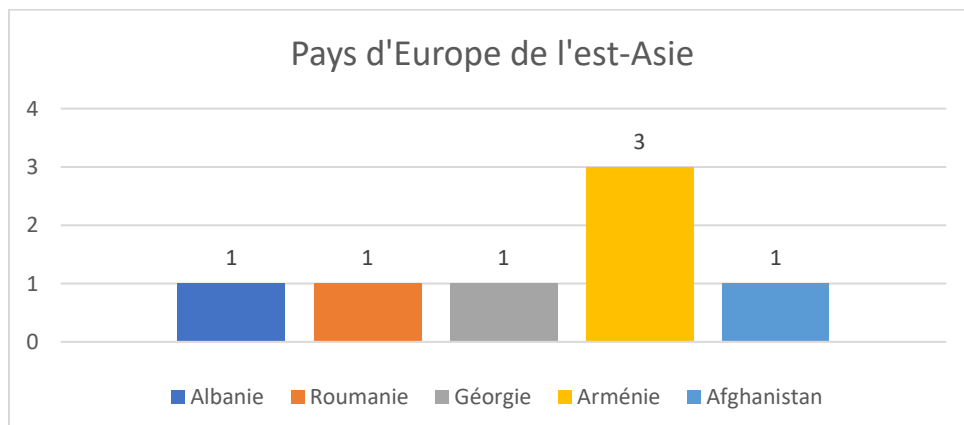
Afrique :

Treize patients venaient d'Afrique dont 9 d'Afrique sub-saharienne (69%).



Europe de l'est-Asie

Sept patients venaient d'Europe de l'est et d'Asie.



Amérique : 1 patient venait d'Argentine.

b- Langues parlées

8 patients parlaient le français et 3 l'anglais, en plus de leur langue maternelle. Les autres patients parlaient : albanais, roumain, géorgien, arménien, dari, pachto, arabe, espagnol, yorouba, portugais et lingala.

3.2- Motifs de consultations

Sur les 21 patients, deux patientes ont expliqué consulter car elles avaient subi des violences et une des patientes venait pour demander un logement sûr dans un contexte de violences.

Une patiente venait car elle se plaignait de troubles anxieux et l'interrogatoire a rapidement fait émerger la notion de violences subies par la patiente dans son pays d'origine.

Une autre venait pour que je lui renouvelle son traitement anxiolytique, prescrit depuis de nombreuses années dans son pays. Elle expliquait que ses troubles anxieux étaient apparus suite aux violences subies par un de ses proches, dont elle avait été le témoin.

Pour les autres, les motifs de consultations étaient variés : problèmes, cardiaque (1), pneumologiques (2), hépatique (1), orthopédiques (5), infectieux (1), endocrinien (1), oncologiques (2), suivi de grossesse (1), douleurs (2).

3.3- Nombre de patients interrogés sur l'existence de violences subies

Malgré mon objectif de questionner les patients sur l'existence ou non de violences subies, je n'ai finalement pas posé la question systématiquement aux patients lors de la consultation à la PASS.

Sur les 21 patients, je n'ai interrogé seulement que 12 personnes sur ce sujet : 10 patients rapportaient l'existence de violences (soit 83%) et 2 patients répondaient par la négative.

Poser cette question semblait intéressant puisque la majorité des personnes interrogées rapportait avoir subi des violences. Cela confirmait mon impression personnelle.

Ensuite, je me suis intéressée aux raisons qui m'ont poussée à ne pas questionner certains patients sur le sujet.

En effet, je me suis abstenue de poser la question à 9 patients (42.8% des patients) sur les 21 patients interrogés. Les raisons étaient multiples.

J'ai constaté que lorsque le patient avait été pris en charge par un confrère avant moi à la PASS et qu'il n'avait pas été questionné au sujet des violences, il m'était difficile de l'interroger sur l'existence de violences, d'autant plus quand le patient présentait une pathologie somatique précise justifiant son recours au médecin. Ainsi, je n'ai pas interrogé 4 patients sur le sujet des violences car ils avaient été pris en charge par un confrère initialement dans un contexte de poly-pathologies.

Un patient présentait une problématique de santé urgente, justifiant toute mon attention et reléguant à mon sens la question des violences au second plan.

Je n'ai pas posé la question à deux patients, en raison de plaintes multiples ayant complètement saturé la consultation et m'ayant empêchée de trouver un moment propice pour

aborder le sujet. Le manque de temps apparaît dans ces situations comme un véritable problème.

Dans le cas de 2 patients, je n'ai pas soupçonné l'existence de violences et n'ai donc pas pensé à leur poser systématiquement la question. En effet, les deux patients venaient pour deux problématiques médicales claires : un problème orthopédique et un renouvellement de traitement et rien ne me faisait suspecter qu'ils soient ou aient été victimes de violences : attitudes détendues, récits mettant en évidence des trajets migratoires simples et existence d'un entourage bienveillant. Avec le recul, je trouve cela tout à fait subjectif et je pense que j'aurais dû leur poser tout de même la question.

Lorsque nous recevons un patient pour la première fois à la PASS, nous faisons une fiche d'observation complète : identité, âge, pays d'origine, date d'arrivée sur le territoire, entourage familial, logement, antécédents médicaux et chirurgicaux, allergies, traitements, consommation de toxiques... Il est plus aisé d'ajouter la question du trajet migratoire et d'interroger sur de possibles violences subies à ce moment-là. Je perçois cette première consultation comme un moment de créer un lien de confiance avec le patient car on aborde avec lui ses antécédents et donc des éléments personnels de sa vie.

J'ai ainsi ressenti une gêne à aborder le sujet des violences avec des patients que je n'avais pas pris en charge initialement, ayant l'impression d'être intrusive, illégitime et de risquer de leur faire répéter les choses, ce qui me semblait très lourd pour eux. Toutefois, si un patient consulte pour un motif peu clair ou pour plusieurs motifs emmêlés sur un fond d'anxiété facilement perçu et qu'il n'a pas été interrogé sur les violences par mon confrère préalablement, je me permets le plus souvent de poser la question. Je n'en ai pas ressenti le besoin dans ces cas-là.

3.4- Nombre de patients invités à participer au travail

Sur les 10 patients rapportant avoir subi des violences, j'ai proposé à 5 patients de participer à mon travail de recherche : trois ont accepté directement et deux ont souhaité réfléchir.

Dans tous les cas, j'ai insisté sur la nécessité de prendre un temps de réflexion avant d'accepter. La participation des patients a été confirmée par un appel la semaine suivante et je n'ai pas recontacté la patiente enceinte qui avait souhaité réfléchir car je la sentais trop « fragile » pour participer.

Quatre patients sont donc venus s'entretenir avec moi durant les deux premières semaines de janvier 2020.

J'ai exclu 4 patients de ce travail en raison d'une barrière de langue impossible à surmonter en l'absence d'interprète : deux patients parlaient arabe (un d'eux parlait aussi un anglais insuffisant pour pouvoir échanger), un patient parlait uniquement l'arménien et un autre l'albanais. De plus, un de ces patients me semblait trop instable au plan psychiatrique, me faisant redouter un effet délétère de ce travail sur son état général.

Le 5^{ème} patient exclu présentait une problématique de santé urgente, reléguant mon travail au second plan.

Trois femmes et un homme ont donc accepté de participer.

3.5- Durées des entretiens

Les entretiens ont duré respectivement : 20 minutes, 26 minutes, 20 minutes et 12 minutes.

Dans deux situations, les personnes interrogées se sont mises à pleurer. Je leur ai proposé d'arrêter l'entretien mais elles ont refusé. Il m'a alors semblé important de continuer le travail malgré tout car cela apportait des informations importantes.

3.6- Présentation des personnes interrogées

Les 4 patients interrogés avaient engagé une procédure de demande d'asile. Je les ai reçus plusieurs fois à la PASS et j'étais finalement leur médecin référent.

Mr A avait 23 ans et venait du Congo. Il était architecte dans son pays. Il a fui son pays en raison de violences et de menaces de mort, en lien avec sa religion. Il rapportait avoir perdu son père et sa sœur pour ces raisons. Il était célibataire et était parti seul de son pays. Il a transité par la Lybie où il a subi l'esclavage. Au moment de l'entretien, il était sans famille à Lyon, sans logement, mais avait quelques amis. Il souhaitait avoir un logement et travailler de nouveau.

Mme B avait 33 ans, était partie du Nigeria en raison de violences physiques perpétrées par un membre de la police à son égard. Elle est partie seule, laissant ses deux enfants et ses parents là-bas. Elle a pu s'échapper de prison grâce à la complicité d'un gardien qui lui a demandé un acte sexuel en échange. Elle avait un commerce au pays et faisait partie d'une coopérative. Elle assumait seule la charge financière de sa famille (enfants et parents). En France, elle n'avait pas de logement et appelait le 115 quotidiennement pour être hébergée.

Mme C avait 34 ans et avait fui le Congo en raison de violences du fait de son appartenance à un parti politique différent de celui au pouvoir. Elle a été agressée chez elle en présence de son mari dont elle n'a plus eu de nouvelles depuis l'agression. Elle ne sait pas s'il est encore vivant. Elle est arrivée en France seule et n'avait pas de logement.

Mme D avait 48 ans et est venue en France avec son fils âgé de 17 ans, en avion. Elle a fui son pays en raison de menaces qui pesaient sur son mari et sa famille en raison des activités professionnelles de son époux. Son mari et ses deux filles sont partis de leur côté et elle n'a plus de nouvelles d'eux. Elle et son fils étaient hébergés en foyer dont ils ont été exclus en raison de l'attitude vindicative du fils. Elle est venue en France pour faire prendre en charge son fils par un psychiatre car elle expliquait qu'il y avait déjà des problèmes en Afrique mais qu'il n'y avait pas d'accès possible à un spécialiste.

2^{ème} PARTIE : RETOURS DE RECITS

1- Violences rapportées

Au cours de ces entretiens, les personnes interrogées m'ont expliqué avoir subi des violences physiques et/ou psychiques, dans leur pays, lors de leur migration mais également après leur arrivée en Europe. Le passage par la Lybie d'un des patients a été, comme dans la majorité des cas, synonyme de violences majeures, avec privation des droits Humains fondamentaux.

Ainsi, lors de l'entretien avec Mr A, le patient a expliqué avoir été victime de violences dans son pays, en raison de son refus d'adhérer à un groupe religieux. Son père et sa sœur ont été tués là-bas.

Ensuite, il a transité par la Lybie où il rapportait avoir été forcé à travailler, ce qui correspond aux nombreux témoignages de migrants ayant subi l'esclavage :

« If I don't work, i will have problems »

« Yes. I work for free. They don't give me money » (Mr A)

Il y décrivait la privation de nourriture :

« They bring everybody to come at work and in the evening, no food, you eat once a day » (Mr A)

Face aux violences subies, le patient expliquait les difficultés rencontrées pour s'y soustraire et rapportait avoir vu des personnes se faire tuer en tentant de s'échapper :

« You can't escape, you can't do anything ».

« They kill many people in my present, who try to escape. They shoot them. » (Mr A)

En Europe, il expliquait avoir subi des violences psychologiques, en lien avec certaines politiques actuelles de refus de l'immigration en Europe. Ainsi, Mr A affirmait ne pas avoir subi de violences en Italie mais il m'expliquait qu'on lui avait dit qu'il ne devait pas rester dans le pays et que personne n'avait besoin de lui :

« I don't have violence in Italy but they told me I should leave Italy ».

« They say I should leave Italy. They are not responsible of me because they don't need me, that's why I leave Italy ». (Mr A)

Cela représentait à mon sens une véritable violence psychologique ce que le patient me confirmait en répondant « yes » à ma réflexion suivante : « It was violent too ». Ce sentiment d'être « indésirable » sur le territoire européen m'avait déjà été rapporté par d'autres patients de la PASS.

Comme fréquemment constaté pour les femmes à travers le monde, deux des trois femmes interrogées rapportaient avoir subi des violences physiques et sexuelles. Selon l'ONU femmes, « 35 pour cent des femmes dans le monde ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime ou des violences sexuelles de la part d'une autre personne (sans compter le harcèlement sexuel) à un moment donné dans leur vie » (3).

Malgré leur faible visibilité, les femmes migrantes semblent plus souvent victimes de violences physiques/sexuelles que les femmes de la population générale, comme le montre l'étude Dsafhir réalisée en 2017-2018 chez des femmes migrantes mises à l'abri à l'hôtel par le Samu Social de Paris, qui retrouve que « 75% déclarent avoir été exposées à une forme de violence assez grave ou très grave au cours de la vie. Parmi elles, 44% déclarent y avoir été exposées dans leur pays d'origine, 16% au cours du trajet migratoire et 46% en France » (4).

Mme B m'a ainsi expliqué avoir été agressée dans son enfance, ce qui illustre les données catastrophiques concernant les violences subies par les enfants dans le monde. Elle expliquait bien les difficultés rencontrées par les femmes et les filles dans son pays pour obtenir une protection contre ces violences, même si elle rapportait le positionnement de la femme du président qui semble être en faveur du respect du droit des femmes.

Elle rapportait avoir subi des violences sexuelles et expliquait leur impact psychologique et social :

- La dépréciation :

« C'est comme si tu sais, ça diminue un peu de la valeur » (Mme B)

- Les troubles thymiques :

« Tu sais, ça démoralise » (Mme B)

- Le sentiment de culpabilité :

« Tu vis avec des amis, tu joues, tu vois la maman, les tensions. C'est toi l'auteur de tout ça » (Mme B)

- L'absence de gestion judiciaire de l'agression :

« Ce n'est pas une question d'aller à la police parce qu'on veut étouffer l'histoire ».

« Viol, pour le moment, on les défend toujours (les agresseurs) »

« Je ne peux pas laisser comme ça, parce que moi on a laissé le monsieur, parce que dans le pays, une fille violée c'est comme une fille négligée » (Mme B)

Elle expliquait également l'impact des violences sur sa vie d'adulte :

- Le fait que ces agressions l'ont blessée à vie :

« J'étais déjà détruite » « Toi, tu es déjà abimée » (Mme B)

- L'existence d'une peur constante :

« J'étais toujours attachée à maman parce que j'avais peur de tout ce qui s'était passé » (Mme B)

- Les difficultés à avoir des relations avec autrui :

« Je ne voulais pas approcher des autres »

« J'étais restée comme ça, je n'approchais pas les hommes jusqu'à ce que j'avais 21 ans ». (Mme B)

Il est très fréquent de retrouver tout ce que décrit Mme B lorsqu'on s'entretient avec des femmes victimes de violences, migrantes ou non.

De ces violences subies dans l'enfance émergeait un sentiment de colère et d'injustice qui a été ravivé par l'agression d'une enfant dans sa communauté :

« Moi je veux venger pour cette fille parce que moi je suis victime. Je ne peux pas laisser comme ça... Ils l'ont détruite. Mais là, non ! » (Mme B)

Dans cette situation, la patiente a agi afin de faire reconnaître cette agression et a été par la suite victime de nouveau de violences sexuelles en représailles :

« Je me suis impliquée, je suis allée pour m'occuper du dossier et pour poursuivre le monsieur et le monsieur s'est retourné vers moi » ... « Et le monsieur là un jour, il a envoyé des gens pour m'enlever, j'étais emprisonnée, il m'a dit que j'avais osé frapper sur sa table, que j'sais que gueuler sur lui et il m'a dit : « tu vas voir ». C'est qu'il m'a punie » (Mme B)

Il est actuellement connu que le viol est utilisé comme arme de guerre (5)(6). Mme C m'a expliqué avoir été agressée avec son mari et violée en sa présence par des militaires, dans un contexte de répression dans les familles d'opposants politiques. Ainsi, elle rapportait les paroles de ses agresseurs :

« Nous allons vous tuer parce que vous avez mis vos têtes dans des choses dans lesquelles vous n'auriez pas dû vous mettre » (Mme C).

Elle expliquait n'avoir reçu aucune aide lors de cette agression :

« Il n'y avait personne pour nous aider, jusqu'à ce qu'ils aient fait ce qu'ils voulaient faire (Mme C).

Parfois, en consultation, les femmes rapportent avoir été obligées d'accepter d'avoir des relations sexuelles afin de pouvoir sauver leur vie ou celles de leurs proches. Ainsi, Mme B a dû accepter d'avoir un rapport sexuel avec un de ses geôliers pour pouvoir s'enfuir de détention.

Cela vient faire écho aux nombreuses situations où des patientes m'expliquent être logées chez un ou plusieurs compatriotes, sans contrepartie déclarée initialement. Souvent, après avoir établi une relation de confiance, on comprend vite que « tout se paie » et que le loyer se règle souvent par du travail caché ou des actes sexuels non désirés. J'ai ainsi été amenée à prendre en charge une femme venant pour une demande d'interruption de grossesse. Elle était en pleurs. Elle m'expliquait qu'elle n'avait pas de problème avec son logeur mais qu'elle souhaitait partir de chez lui au plus vite, ce qui a attiré mon attention. Très rapidement, la patiente m'a expliqué qu'elle avait eu des rapports sexuels consentis au début pour pouvoir être logée, car « c'était soit cela, soit la rue », puis qu'elle avait été violée. Je lui ai donc conseillé de porter plainte ce qu'elle a refusé de faire, m'expliquant que si elle faisait cela, elle serait à la rue et donc encore plus à risque d'être agressée. Ce lien entre « insécurité résidentielle » et « violences sexuelles en France » a été mis en évidence par Julie Pannetier et ses collègues, après analyse de l'enquête Parcours (7).

J'ai trouvé cette situation personnellement très éprouvante car je n'ai pu obtenir de mise à l'abris de la patiente le jour même de la consultation. J'ai donc laissé repartir cette patiente chez l'homme qu'elle identifiait comme auteur de son viol. Heureusement, j'ai pu obtenir pour elle une mise à l'abris rapide après avoir saisi directement le médecin de l'OFII par mail.

Depuis ma prise de poste, plusieurs des patientes que j'ai suivies ont été agressées sexuellement dans la rue, certaines étant tombées enceintes suite aux viols.

Pour Mme D, les choses étaient différentes puisqu'aucun membre de la famille à sa connaissance n'avait subi de violences physiques. La patiente rapportait qu'elle et sa famille avaient subi des menaces de mort dans leur pays, les obligeant à partir. En raison de ce départ, la famille a été séparée et la patiente est arrivée en France avec son fils, son mari et ses deux filles ayant fui de leur côté.

De ces 4 entretiens ressortait la disparition complète d'un état de sécurité assurant à tout être humain un développement normal, les actes de violence ayant été commis en toute impunité.

2- Expression des souffrances par l'intermédiaire du corps

Il est parfois difficile de savoir ce que veulent dire les patients prise en charge à la PASS - tout comme c'est souvent le cas avec des patients non migrants, vivant en France et maîtrisant le français - lorsqu'ils expriment certaines plaintes, par exemple lorsqu'ils disent qu'ils ont « mal au cœur ». Est-ce une douleur thoracique ? Une envie de vomir ? Le sentiment d'éprouver une grande peine et une détresse morale ?

La barrière de la langue (qui n'est pas toujours surmontable du fait de l'absence d'interprète ou de dialectes rares) rend la précision des symptômes plus complexe qu'en population générale. De plus, je trouve que la temporalité est souvent plus difficile à faire préciser, ce qui peut être expliqué à mon sens par la perte de repères du fait de la migration et aussi par le recours à l'interprétariat.

A cela s'ajoutent les représentations personnelles de la maladie et les croyances qui sont en lien avec l'histoire personnelle du malade et sa culture que je ne connais pas obligatoirement.

Notre formation médicale initiale nous a entraînés à trouver un diagnostic à partir d'hypothèses diagnostiques, elles même issues de symptômes que nous devons organiser, hiérarchiser, classer... Lorsque nous sommes face à un patient présentant des plaintes multiples, nous pouvons rapidement nous sentir envahis et dépassés par cet afflux d'informations qu'il n'est pas simple d'organiser. De plus, nous sommes peu formés à l'écoute active durant nos études et il est connu que le médecin laisse en général peu de temps au patient pour s'exprimer librement avant de le couper et de débiter un entretien dirigé. Dans le contexte des patients allophones, il me semble encore plus probable que le médecin coupe rapidement le patient, d'autant plus si le patient cherche ses mots ou émet des plaintes multiples auxquelles il est difficile de donner une cohérence.

Ce constat implique donc une vigilance accrue du médecin afin de ne pas méconnaître l'existence d'une pathologie organique sous-jacente devant l'existence de plaintes parfois multiples, qui peuvent faire penser à des troubles psychosomatiques.

Toutefois, il ne faut pas non plus « surmédicaliser nos patients ». Il faut toujours garder en tête l'impact des conditions de vie sur la santé de nos patients : comment ne pas avoir mal au dos lorsqu'on dort dans la rue ? Comment ne pas être constipé quand on ne peut accéder aux toilettes régulièrement et qu'on se retient tout le temps ? Comment ne pas avoir mal à la tête quand on ne dort que quelques heures par nuit ?

Parfois, le médecin reste dans l'incertitude quant au diagnostic et il a alors recours à des examens complémentaires pour arriver à faire la part des choses. Cela fixe parfois les patients anxieux dans la somatisation et il semble alors important d'expliquer au patient que le bilan est fait pour obtenir une certitude diagnostique. Cela ne suffit pas toujours à rassurer voir cela peut inquiéter plus le patient.

Dans la Revue Médicale Suisse, les auteurs affirment qu'« un raisonnement clinique rigoureux et systématique est indispensable, afin de trouver un juste milieu entre le recours exagéré aux examens complémentaires (d'ailleurs souvent réclamés par les patients) et la banalisation ou la normalisation excessive des plaintes sous prétexte de comorbidité psychiatrique ou de passé traumatique » et que « le bon sens et l'expérience permettent souvent de temporiser, mais cette stratégie de délai nécessite d'impliquer le patient dans la prise en charge, par exemple en lui demandant de définir exactement la fréquence de survenue de ses symptômes entre deux rendez-vous ». (8).

Personnellement, j'ai maintenant le recul d'une année passée à la PASS et je pense pouvoir dire que j'ai changé d'attitude médicale. Je ne suis spontanément pas un médecin très directif ou fermé à l'écoute des patients. Toutefois, je pense avoir été très directive au début de ma prise de poste. En effet, je me sentais submergée par des consultations où le patient exprimait des maux divers (céphalées, troubles digestifs, prurit, douleurs thoraciques), de temporalité et de caractéristiques difficiles à préciser, ce qui aboutissait à un grand mélange de données difficiles à interpréter. Découlait de ces situations une grande incertitude, me renvoyant à ma responsabilité d'assurer la sécurité du patient et à l'impression anxiogène de risquer de passer à côté d'un diagnostic. A cela s'ajoutait le fait que j'étais seule à prendre en charge le patient et qu'il n'y avait pas de concertation pluridisciplinaire. J'avais le sentiment de devoir urgemment trouver un diagnostic, très probablement en miroir de l'état d'urgence général dans lequel se trouvait le patient alors que je sais maintenant qu'il faut parfois savoir laisser du temps au temps.

En dehors des troubles organiques, il est fréquent que les patients expriment leurs souffrances morales à travers des plaintes physiques. La somatisation n'est pas du tout spécifique à la population migrante, c'est « un phénomène fréquent en médecine générale avec une prévalence en cabinet estimée à 15-30% selon les contextes » (9). Des auteurs expliquent que « pour comprendre le vécu des plaintes somatiques du patient, il est nécessaire de connaître son contexte pré migratoire, son histoire de migration (comment ? pourquoi ?...) et les différences entre sa situation actuelle et les représentations qu'il s'en faisait. Un élément essentiel à rechercher est l'exposition à la violence, en tant que victime ou témoin, que ce soit dans le pays d'origine, pendant la migration ou en terre d'accueil, compte tenu des liens entre l'apparition de symptômes de somatisation après un événement traumatique, le symptôme somatique pouvant être la seule manifestation spontanément exprimée d'un syndrome de stress post-traumatique. » (9). Il faut donc savoir l'évoquer lorsque le patient est soumis à de nombreux éléments de vie difficiles et qu'une cause organique semble raisonnablement

exclue, ce qu'illustre bien cette réflexion : « le corps offre un vocabulaire de résistance aux événements de vie » (9).

Ce constat n'est pas toujours « understandable » par les patients et il faut avoir établi une relation de confiance pour pouvoir aborder les choses. Certains patients ont la conviction intime d'avoir une maladie grave ce qui conduit souvent à des passages répétés aux urgences, la réalisation de nombreux examens complémentaires. Parfois, malgré la normalité de ceux-ci, il nous est impossible d'arriver à les rassurer. Il faut alors mettre des mots sur les maux tout en respectant le rythme des patients qu'il ne faut pas brusquer. Ainsi, je laisse toujours « la porte ouverte » en disant que la salle de consultation sera toujours là pour permettre aux personnes de parler si elles le souhaitent. Comme le montrent les entretiens, parfois ça fonctionne.

Deux patients ont ainsi abordé le sujet le sujet au cours des entretiens.

Ainsi, Mr A rapportait avoir des céphalées lorsqu'on discutait de son passé.

« If you say I'm a victim, yes, I will feel bad because I'm not... I really feel bad because I feel pain into myself » (Mr A)

« Yes, a lot of things in my brain give me headache. Because I think more and more. (Mr A)

Mme B expliquait ressentir également des douleurs et des sensations anormales :

« ... et je sentais en moi, vous voyez, si je me lave, ensuite je sens les piqûres ici » (Mme B)

« Bon, jusque-là, j'ai toujours pris le médicament, je vois que ça aide un peu, j'ai pris les médicaments. Si je l'oublie vous voyez, ça refroidit un peu. De 2h à 5h du matin, j'étais réveillée. Je commençais à penser à quoi faire pour ou

blier... Je ne sais pas là... Je sens comme si la tête, ça s'élargit comme ça et puis ici j'ai très mal au dos aussi. Ça fait « tac, tac, tac » (Mme B)

3- Attentes vis-à-vis du médecin/de l'équipe de la PASS

Les attentes des patients sont multiples et ne relèvent pas toujours des prérogatives de l'équipe, ce qui est alors source de difficultés et parfois de tensions dans la relation soignant-soigné. Ces attentes ne sont pas rocambolesques, elles ont attrait aux droits fondamentaux de l'être Humain.

Elles sont illustrées par la pyramide de Maslow sur les besoins primaires.



Il nous arrive parfois en équipe de faire la remarque que certains patients « sont beaucoup en demande... ». Cette remarque semble très dure d'un point de vue extérieur, voir même inadaptée. Pour être juste, il faudrait dire qu'ils sont en demande des essentiels et qu'ils fixent sur nous beaucoup d'espoir. Comment ne pas le comprendre ?

Mais pour l'équipe, cela va parfois jusqu'à un sentiment d'envahissement de la part du patient, le patient se rattachant à chaque chose pour ne pas sortir de consultation ou d'entretien avec l'infirmier ou l'assistante sociale, appelant des dizaines de fois, se présentant sans rendez-vous pour être informé de nouveau. Cela peut devenir très épuisant.

Il me vient en exemple le cas d'une jeune femme que nous avons prise en charge fin 2019 à la PASS et qui présentait un tableau hyperalgique dû à une pathologie cancéreuse très grave. Dès la première consultation, j'ai rempli le certificat médical de l'OFII que ma collègue a envoyé le lendemain. Nous avons vu (l'infirmier, l'assistante sociale, mes collègues médecins et moi-même) la patiente et sa famille plusieurs fois par mois durant 2 mois avant qu'elle n'obtienne un hébergement. Dans son cas, j'ai contacté le médecin de l'OFII, trois fois par mail directement, afin qu'elle soit priorisée... Deux mois où il a fallu expliquer à cette femme et son mari que tout avait été fait et qu'il fallait « juste » attendre.

Le chercheur d'origine rwandaise, Théogène-Octave Gakuba rapporte ces difficultés concernant les attentes des personnes avec qui il a effectué son travail. En effet, il a réalisé un travail sur « La posture du ou de la chercheur-e dans la relation avec des jeunes ayant un parcours migratoire difficile » (10). Il explique ainsi : « Le fait d'être considéré comme un alter ego et un aîné m'a cependant mis dans une posture embarrassante quand certain(e)s jeunes ont imaginé que je pouvais les aider à résoudre leurs problèmes de la vie quotidienne, notamment concernant l'obtention d'un emploi ou d'un stage d'apprentissage. Chaque fois que j'étais sollicité, j'expliquais aux jeunes mes limites par rapport à leurs attentes, mais j'essayais de les orienter en leur fournissant des informations sur des structures existantes à Genève et les personnes qui pourraient les accompagner » (10).

3.1- Attentes ne relevant pas de nos prérogatives

Lorsque j'ai interrogé le premier patient sur ses attentes lors de sa première consultation à la PASS et sur le fait que le médecin devait à son avis poser des questions ou non sur les violences, le patient n'a rien répondu et un silence s'est installé. J'ai donc reposé la question : « You think it was a good idea that the doctor speak about violences ? Ask you questions ? Or it was a bad idea ? ».

Il m'a alors répondu :

« Yes, he asks me questions, about my body, about my head. I told him I have a problem ».
(Mr A)

Mais très rapidement, la problématique essentielle a été l'absence de lieu où dormir. Ainsi, sa première attente vis-à-vis du médecin était qu'il l'aide à trouver un lieu où dormir :

« I don't have a place to sleep. I sleep outside. Sometimes I sleep with my friends, sometimes I sleep outside. This is the problem I have. I always have. Outside is very cold. This is why I have, please if you can help me for house ». (Mr A)

Comme c'était le cas pour ce patient, nombreux sont les patients, seuls ou en famille, qui expriment en premier lieu une demande d'aide pour accéder un logement. Ils arrivent en consultation avec le certificat médical de l'OFII qu'ils nous laissent à remplir. Très souvent, ils nous expliquent qu'on leur a dit que c'est « le document pour avoir un logement » et ils ont la certitude qu'ils vont l'obtenir rapidement. La réalité est tout autre : nombreux sont nos patients qui attendent plusieurs mois un logement. Ils sont tous différents : familles nombreuses avec nourrissons, femmes enceintes isolées, mineurs dont la minorité a été réfutée, patients âgés et poly pathologiques, jeunes avec cancer évolué, épileptiques, en bonne santé physique mais avec un syndrome de stress post-traumatique ou en bon état de santé général et tous doivent être mis à l'abris car tous sont vulnérables.

Cela met le médecin et l'équipe en réelles difficultés car nous savons la réalité des offres de logement. Aussi, nous informons les personnes que les demandes mettent souvent du temps à aboutir afin qu'ils ne soient pas étonnés. Nous essayons d'apaiser l'effet de cette annonce en nous engageant à remplir le certificat le jour même car nous percevons l'urgence de la demande. Toutefois nous sommes parfois obligés d'attendre l'obtention de résultats d'examen pour étayer notre dossier, ce que les patients ont du mal à comprendre. Il faut alors expliquer que l'OFII priorise les dossiers bien documentés. Cela est assez simple pour les pathologies organiques mais plus complexe pour les pathologies psychiatriques puisque l'accès aux spécialistes est très complexe en terme de délais.

Nous informons les patients que nous n'avons aucun pouvoir décisionnel au sujet de l'accès au logement mais sommes évidemment sollicités à chaque consultation lorsque la situation ne bouge pas. Ainsi, nous sommes mis face à nos limites et surtout aux limites d'un système qui n'assure pas un accès au logement pour tous.

Dans ces circonstances, nous avons été amenés à expliquer que le système est saturé car les personnes dans le besoin sont nombreuses et que nous ne pouvons faire plus... Violences de nouveau, sortant de la bouche des personnes qui sont là pour soigner. Je pense réellement que

ça n'apaise pas de savoir qu'on n'est pas seul à avoir besoin d'un logement... Et pourtant, après avoir donné des explications, tenté de rassurer et sous la pression de demandes incessantes, j'ai déjà tenu ce discours. Avec le recul de cette année passée à la PASS et après en avoir discuté en équipe, nous sommes plus attentifs aux propos que nous formulons.

Il existe aussi des difficultés pour l'accès à l'alimentation. En pratique, nous recevons souvent des patients qui ne mangent qu'une fois par jour, des femmes enceintes en hypoglycémie qui n'ont pas compris où et comment accéder à de la nourriture, des demandeurs d'asile qui ont des cartes de paiement inactives... Le médecin de la PASS compte alors sur les assistantes sociales du service qui fournissent les coordonnées actualisées des lieux où les patients peuvent trouver de quoi s'alimenter ou qui contactent l'OFII pour régler les problèmes en lien avec l'ADA (Allocation pour Demandeur d'Asile). Parallèlement, nous avons pu mettre en place dans le service une petite réserve de collations à donner aux patients qui sont en grande détresse. Il est très difficile pour l'équipe d'imaginer laisser repartir du service une personne qui n'a rien dans le ventre et qui a faim.

Les assistantes sociales ont également les coordonnées des endroits où les patients peuvent assurer leur hygiène (bains douches par exemple) et nous avons une petite dotation de protections féminines afin de lutter contre la précarité menstruelle. De ce côté-là, nos partenariats sont encore à développer.

L'accès à l'alimentation, à l'hygiène et au logement nous paraissent à tous être un minimum pour chaque être humain. Or cela fait défaut.

3.2-Attentes relevant en partie de nos prérogatives

Heureusement, une partie des attentes des patients relèvent bien de nos prérogatives.

La PASS a été créée afin de permettre aux patients sans droit (ou avec droits incomplets) d'accéder aux soins, mission que nous assurons. Toutefois, dans la réalité, la PASS n'arrive pas à assurer la prise en charge de tous les patients qui s'y présentent.

En effet, le début de journée à la PASS commence le plus souvent par une désillusion pour ces patients qui attendent souvent d'être pris en charge depuis très tôt le matin, parfois dès 5 h. Nous commençons chaque journée à la PASS de la même façon : nous ouvrons les portes à 8h45, faisons entrer les patients en salle d'attente et commençons à expliquer le déroulement de la journée. Après avoir vérifié que les patients relèvent bien de la PASS (patients devant voir un médecin et n'ayant pas de droits sociaux ou des droits sociaux incomplets), nous les inscrivons par ordre d'arrivée. Nous ne pouvons accueillir que 6 nouveaux patients par jour lorsque notre effectif médical est au complet. N'étant que 3 PASS adultes sur Lyon, la fermeture occasionnelle de l'une d'entre elle entraîne obligatoirement une augmentation de l'affluence des patients sur les autres PASS. L'afflux de patients est variable mais rares sont les journées où tous les patients ayant attendu devant la PASS pourront être vus par le médecin. Quand c'est le cas, l'équipe se sent réellement soulagée et heureuse de pouvoir apporter une solution à chacun.

Nous avons souvent 10 à 20 personnes en salle d'attente voir plus. Il faut alors expliquer pourquoi il nous est impossible de voir tout le monde et inciter les patients à revenir les jours suivants. Ce système est difficilement supportable, certains patients venant 3 ou 4 jours de suite avant de pouvoir être inscrits. Toutefois, ce système est le seul qui fonctionne à peu près.

Une exception est faite pour les femmes enceintes, les mineurs et les patients en situation de handicap qui sont évalués par l'infirmier et qui se voient remettre un rendez-vous dans les jours suivants. Nous avons déjà tenté de donner des rendez-vous à tout le monde mais le dispositif est très rapidement saturé sur plusieurs semaines.

Ce fonctionnement est souvent mal supporté par les patients, ce que nous pouvons facilement comprendre. Nous tentons toujours d'apaiser les choses en donnant des explications. Cela abouti parfois à des réactions agressives de ceux-ci. Ainsi, récemment, un jeune homme m'a insulté puis a insulté mes collègues qui ont pris ma relève, disant que c'était facile pour nous, nous accusant ainsi : « vous qui avez une maison et qui êtes au chaud à l'intérieur ». Cette tentative de culpabilisation, même si nous l'analysons facilement, nous touche quand même.

- **Etre rassuré concernant son état de santé par un médecin**

Souvent, les patients attendent du médecin qu'il les rassure sur leur état de santé, qu'ils soient symptomatiques ou non. Les patients expriment le besoin d'être informés sur leur état de santé. J'ai en effet pu le constater au cours de cette année à la PASS. Cela nécessite une grande attention de la part des soignants car les patients sont dans un état d'hyper vigilance et sont parfois très angoissés au simple fait de devoir répondre aux questions de l'interrogatoire, pensant que le médecin suspecte déjà une maladie. Cela n'est absolument pas spécifique à la population prise en charge à la PASS mais dans ce contexte globale d'absence de sécurité, toute angoisse supplémentaire est à éviter. Certains n'ont jamais vu de médecin, d'autres ne se sont jamais déshabillés pour être auscultés ou n'ont jamais été installés sur une table d'examen. Il est alors important d'arriver à percevoir les réserves, les résistances des patients et de ne pas les forcer. Ainsi, le Dr Agnès Afnaim du Centre Primo Levi nous a fait prendre conscience pendant son intervention pour le DU qu'il n'était par exemple pas anodin de demander à une personne victime d'agression sexuelle de s'allonger sur le dos (posture dans laquelle elle avait été agressée).

Il est important également de ne pas sous-estimer l'impact de ce qu'on dit sur l'état de santé des patients, d'utiliser des mots compréhensibles et d'avoir recours à des interprètes. L'utilisation de supports visuels est aussi importante car il faut arriver à comprendre quelle représentation le patient a de son corps. Je me suis par exemple rendue compte au bout de 6 mois que les femmes, qui revenaient avec des résultats d'échographies abdominales, ne comprenaient pas souvent ce qu'était l'utérus. Or pour expliquer ce qu'est un fibrome, il faut parler d'utérus. Ayant trouvé des planches anatomiques que j'ai pu faire plastifier par notre cadre, j'utilise maintenant ce support visuel pour donner des explications.

En consultation, il est vraiment marquant de voir à quel point des mots de réassurance simples aboutissent à un apaisement du patient, visible parfois physiquement : décrispation du visage, relâchement musculaire, soupirs, ralentissement de la fréquence cardiaque ou normalisation de la tension artérielle. A l'inverse, on peut rapidement voir une personne angoisser si on s'attarde à regarder un grain de beauté ou à reconstrôler la tension. Il s'agit alors de bien expliquer les choses.

Mr A avait donc en tête ses attentes et les avaient hiérarchisées, partant du besoin d'avoir un endroit où dormir, pour aboutir à une deuxième attente, qui était de savoir si le médecin le trouvait en bonne santé.

Ainsi, à ma réflexion suivante : « So what is important is that the doctor say to you it 's ok, your check is good », il répondait :

« Yes, the doctor told me that everything was ok »

Et à ma question : « It was important for you ? », il répondait :

« Yes, important ». (Mr A)

Cette réassurance concernant son état de santé semblait très importante pour lui.

Mme B expliquait qu'elle était venue à la PASS car elle avait besoin de connaître son état de santé :

« Pour la première fois, vous voyez, je vous avais expliqué que j'avais peur, peur d'avoir des maladies, des infections graves vous voyez » (Mme B)

Elle était bien au courant des risques liés aux rapports sexuels non protégés :

« J'avais peur du sida, vraiment grave. Là-bas, beaucoup n'ont pas l'idée de se protéger. Il n'y a pas beaucoup d'idée... Quand tu rencontres avec un homme il ne va pas te dire d'aller se faire dépister et il ne veut pas de préservatif donc vous voyez, il est toujours là très à l'aise et il se fout de tout et j'avais aussi peur de ça » (Mme B)

Elle avait besoin de rencontrer un médecin pour être rassurée :

« Je me suis présentée, je voulais que je sois convaincue de tout ça parce que les infections ça tue, ça dérange les filles, ça peut vous compliquer, pour concevoir ». (Mme B)

Elle montrait un bon niveau de connaissance concernant la santé en abordant par exemple le risque de baisse de la fertilité en cas d'infection génitale chez la femme.

Nous constatons souvent une forte demande de prise en charge médicale des patients, qui peut parfois donner l'impression qu'ils s'en remettent totalement au médecin. Or il semble vraiment essentiel de ne pas « décider pour » mais bien « d'accompagner à ». Ainsi, l'obtention de l'accord du patient pour toute réalisation d'examen paraît essentielle, que ce soit pour faire le bilan d'un symptôme ou pour faire du dépistage. Une meilleure compréhension des étapes d'un bilan (pourquoi le fait-on ? comment ? où ?) facilitera très probablement l'annonce des résultats (car on sait globalement ce qui est recherché) et potentiellement le suivi d'un hypothétique traitement.

Avec le public précaire privé de toutes ses sécurités et souvent en difficultés pour s'exprimer et se faire comprendre, le risque que l'équipe soignante décide à la place du patient est à mon sens plus grand qu'en population générale. C'est le constat que fait la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme dans son avis « Agir contre les maltraitances du système de santé » en précisant que « le consentement libre et éclairé peut être brouillé par des soignants et des aidants (familiaux ou amicaux) qui sont dans une démarche qui leur paraît bienveillante mais qui oublie leur absence d'autorité sur les choix du patient ». (11) Il faut donc rester attentifs.

- **Rentrer dans un parcours de soins**

Mme D avait consulté à la PASS en raison de son inquiétude vis-à-vis de l'attitude de son fils. Elle souhaitait bien avant de quitter son pays consulter un psychiatre pour son fils. En effet, elle expliquait :

« On avait déjà le programme d'aller à la capitale. Avec mon fils, pour se rencontrer avec le médecin, le psychiatre ». (Mme D)

Avec ce départ précipité du pays, seule avec son fils, ce besoin était encore plus important, la patiente rapportant les difficultés relationnelles et comportementales rencontrées avec son fils.

- **Pouvoir parler de son histoire**

Lors de l'entretien avec Mme C, il semblait que cette patiente ait consulté pour pouvoir parler de ce qui lui était arrivé. En effet, lorsque je l'ai interrogé sur son motif de consultation, elle a répondu :

« Vous m'avez demandé qu'est-ce qui vous a amenée ici, pourquoi vous êtes ici ? Je vous ai dit Madame que je ne vais pas arriver à vous parler, que tout... que je peux vous parler seulement un tout petit peu ». (Mme C)

4- Ressentis suite aux questions posées par le médecin sur les violences

Il me semblait important de savoir comment les questions posées par le médecin de la PASS étaient perçues par les patients, afin de savoir si cela était bénéfique ou néfaste pour les patients. Plusieurs ressentis ont été exprimés, plutôt positifs.

4.1- Compréhension du rôle de ces questions dans la prise en charge

J'ai demandé à Mr A s'il comprenait pourquoi le médecin posait des questions au sujet des violences et il m'a répondu :

« No, I don't understand » (Mr A)

En fait, il semble qu'à ce moment-là de notre échange, il y ait eu une incompréhension car il a ensuite expliqué pourquoi le médecin devait poser ces questions :

- Afin de mieux connaître le patient :

« Yes, it's possible to the doctor to know me more better » (Mr A)

- Dans le but de le soigner :

« He wants to care about me, to check my body, to treat me, do the necessary » (Mr A)

Il expliquait ainsi que le médecin voulait mieux le connaître afin de mieux le soigner, comprenant ainsi que par le biais de cet entretien, le médecin essayait d'en apprendre plus sur lui afin d'avoir le plus d'éléments pour mettre en place une prise en charge adaptée.

« You want to know me better, that's why you ask me about my situation, to be able to be treated. If I have something in my body, an injury, you have to be able to treat it more better » (Mr A)

Poser ces questions était important à ces yeux.

J'ai interrogé Mme D sur le fait que le médecin devait ou non interroger les patients sur l'existence de violences physiques et/ou psychiques, elle répondait : « il peut » et lorsque je lui demandais s'il devait le faire, si c'était important, elle répondait par l'affirmative :

« C'est important parce que ça peut affecter la santé aussi parce que si la personne n'est pas calme... Si la personne n'est pas calme, n'est pas posée, elle a des problèmes... » (Mme D)

4.2- Sensation de soulagement

Certains patients expliquaient que discuter au sujet des violences leur apportait un soulagement même si cela était également éprouvant.

Mme B était en sanglots pendant une grande partie de l'entretien. Toutefois, lorsque je lui demandais si parler des violences n'était pas plus néfaste que bénéfique, elle répondait :

« Ça ne fait pas du mal, c'est une question de soulagement » (Mme B)

Mme C se retrouvait également rapidement submergée de tristesse et pleurait. Malgré cela, elle affirmait que discuter des violences la soulageait :

« Je voulais continuer de parler parce que ça me fait un peu du bien » (Mme C)

4.3- Aide au cheminement- Importance de la temporalité

Dans ces entretiens, les personnes exprimaient le besoin d'avancer à leur rythme. Cette nécessité de ne pas brusquer les patients paraît évidente. Toutefois, cela implique des consultations répétées ce que notre planning à la PASS ne permet pas forcément. En effet, nous recevons chaque jour à la PASS 6 nouveaux patients et 8 anciens patients sur des créneaux de 30 minutes et il est difficile de pouvoir remettre en suivi régulier chaque patient.

Par exemple, lorsqu'un patient présente des troubles anxieux importants, retentissants fortement sur sa vie quotidienne, il est important d'apporter un soulagement en introduisant un traitement qu'il faut réévaluer rapidement à J7-14, de même lorsqu'on introduit un traitement antidépresseur. L'absence de psychologue ou de psychiatre dans notre unité fait de nous le seul référent permettant de réévaluer la situation du patient et de s'assurer de l'absence d'aggravation des troubles. Cela m'interroge donc sur nos capacités réelles à prendre en charge les patients atteints de syndromes de stress post traumatiques à la PASS. Cependant, nous n'avons pas d'autre ressource et il me paraît impensable de fermer les yeux sur la composante psychologique des plaintes de certains patients. J'ai alors l'impression de faire un travail de qualité discutable.

Pour les problématiques organiques, il m'arrive souvent de remettre le patient en consultation avec l'infirmier à J7, pour par exemple vérifier que la tension artérielle est bien revenue à la

cible ou que la glycémie s'est bien normalisée, ce qui me permet d'avoir plus de marge de manœuvre dans le planning. Dans le cadre du suivi psychologique, cela paraît plus complexe, le récit de violence nécessitant une relation de confiance avec un interlocuteur identifié auquel on se confie avec le temps.

Mme B expliquait bien son besoin de cheminer progressivement :

« Bon, j'arrive à comprendre... il n'y a personne pour parler donc si je reste comme ça, je ne fais que penser aux agressions ... Quand je suis là, si je viens ici on se parle et puis il y a le temps, vous me soulagez, je ris » (Mme B)

Mme C expliquait bien la nécessité de prendre le temps pour évoquer les violences.

« Le constat que je fais, lorsque je suis arrivée ici, partout où je passais, je n'avais pas envie de parler de cela, même pas un petit peu mais avec vous j'ai essayé de parler ».

« Et je vous ai parlé, je vous ai relaté l'histoire et au début ça fait très mal et vous m'avez un peu compris... ce qui m'a aidé un peu »

« Je ne sais pas si vous avez remarqué, parfois quand je parle, je sens trop de douleurs mais parfois ça vient, je parle toujours et ça me fait un peu du bien et si je veux arrêter moi-même, je vous dis je ne fais pas, malgré c'est douloureux, je me sens un peu, c'est comme si je suis en train de me débarrasser de ça. Parce que j'ai remarqué que rester avec ça toujours ça ne va pas m'aider... » (Mme C)

5. Ressenti vis-à-vis du statut de « victime »

5.1- Ressentis variables vis-à-vis de cette reconnaissance

Les avis différaient concernant la reconnaissance du statut de « victime » entre les personnes interrogées et cela semblait être en lien avec leur cheminement personnel vis-à-vis de leur histoire. Ainsi, la notion de temporalité revenait une nouvelle fois.

Mr A reconnaissait son statut de victime :

« Yes, I'm a victim » (Mr A)

Toutefois, il expliquait que si on parlait de lui en tant que « victime », il se sentirait mal:

« I will really feel bad because I feel pain into myself », « I will be worst, i will be worst, too much worst ». (Mr A)

Il disait que cela lui faisait repenser au passé et qu'il n'était pas prêt :

« It's not good for me to be thinking ». (Mr A)

En effet, il expliquait connaître son passé et que le ressasser déclenchait trop d'anxiété :

« I know the past : true pain, true pain. Too much thinking. Too much stress ». (Mr A)

Cette description pouvait faire penser au phénomène de reviviscence.

A l'inverse, Mme C exprimait l'importance de cette reconnaissance par l'intonation de sa voix.

« Il y a une chose que je sais, moi j'ai été victime de ça ! ». (Mme C)

Mme D exprimait l'idée qu'en parler, c'était attester que les choses avaient eu lieu.

Elle expliquait ainsi :

« Je dois parler, parce que ce sont des choses qui sont arrivées, il faut seulement parler. Ce n'étaient pas de bonnes choses, c'étaient des menaces. Si on nous attrapait, on allait rester à la prison jusqu'à la mort, jusqu'à la mort ». (Mme D)

5.2- Sentiment de honte - ambivalence

Même si les personnes reconnaissaient avoir été victime de violences dont elles n'étaient pas responsables, un sentiment de honte était majoritairement partagé, empêchant les personnes de parler de leurs agressions. Les représentations sociétales du viol semblaient conduire à ce sentiment de honte.

Mme B reconnaissait la culpabilité de ses agresseurs :

« Non, non, je ne suis pas responsable de ça, non, non, je ne suis pas responsable. »

« Oui, c'est de leur faute » (Mme B)

Toutefois, elle expliquait ne jamais avoir parlé de cela avant, lorsqu'elle me répondait :

« Non, je ne parle à personne, je n'ai jamais expliqué à personne que j'étais victime ». (Mme B)

Ce silence était en lien avec un sentiment de honte car elle expliquait :

« Vous voyez, aussi, quand on dit qu'on a été violé, ça gêne vous voyez ». (Mme B)

Lorsque je la faisais réfléchir sur ce sentiment de honte, elle était d'avis que c'était à l'agresseur d'avoir honte mais il persistait la notion de perte de valeur de la victime :

« Oui, mais les gens ne connaissent pas ça, tu as perdu de la valeur » (Mme B)

Mme C allait dans le même sens lorsqu'elle exprimait la peur de parler des agressions subies et que les gens le sachent :

« J'ai peur de dire ça à d'autres gens ». (Mme C)

Elle racontait un épisode où elle s'était trouvée avec une femme qui lui montrait la vidéo d'une victime, témoignant à visage découvert. Elle disait :

« Je ne voulais pas que la fille qui était à côté de moi puisse comprendre.... que je suis victime ça ». (Mme C)

En même temps, elle encourageait la victime à le faire, doutant de sa propre capacité à témoigner :

« Et là, moi, j'ai encouragé la fille, elle est courageuse. Parce que je ne sais pas si moi je saurais faire ça » (Mme C)

A partir de ce témoignage, la patiente a pu exprimer son sentiment de honte et ses peurs, avec beaucoup de tristesse :

« Parfois je sens que c'est trop, que j'ai honte. J'ai peur, je vois comme s'il n'y aura plus de gens qui vont m'aimer » (Mme C).

Lorsque je m'entretiens avec les patients victimes de violences sexuelles, je retrouve souvent ces sentiments de honte, de culpabilité et de dévalorisation, mettant en avant l'importance de pouvoir proposer une prise en charge psychologique aux victimes.

6. Importance de la relation soignant - soigné

Ces entretiens ont mis en évidence l'importance de la construction d'une bonne relation soignant-soigné dans le rétablissement d'un sentiment de sécurité pour les patients. Cela passe par l'attitude bienveillante des soignants, la réassurance, l'écoute active, que chaque soignant peut mobiliser. Je trouve qu'il est souvent impressionnant de voir ce que nous arrivons à faire avec quelques simples mots. Cela m'étonne d'autant plus que les personnes que nous prenons en charge ont souvent perdu confiance en l'autre... celui qui a agressé ou qui ne leur est pas venu en aide.

La qualité de notre accueil prend tout son sens. Nous avons toujours l'habitude, le matin, en salle d'attente, de souhaiter à chaque arrivant la bienvenue. C'est un moment qui nous paraît essentiel et apaisant, autant pour les patients que pour l'équipe. Cela fait écho à notre mission d'accueil inconditionnel, même si notre capacité d'accueil quotidienne est limitée. Cette capacité de faire de la PASS un lieu où on se pose, ressort de ces entretiens.

Il semble que prendre soin de l'autre en se mettant en situation d'écoute apporte déjà du soulagement. Les patients semblent trouver dans ces échanges l'assurance d'avoir un lieu et des interlocuteurs sur lesquels ils peuvent compter. Cela semble leur permettre de se projeter, malgré l'absence de logement par exemple.

L'attitude empathique de l'équipe est primordiale comme le rapporte Théogène-Octave Gakuba, qui indique que : « être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » » (10).

6.1- Aide à la réassurance

Pour certains patients, malgré toutes les difficultés matérielles rencontrées, le passage à la PASS semble leur redonner confiance en l'avenir.

Ainsi, Mr A expliquait ressentir un véritable soulagement grâce à sa prise en charge médicale. Il pensait qu'en étant pris en charge par le médecin, son passé serait derrière lui :

« When you treat, you take care of me, I believe my past will leave me »

« I will have a good future in my life ». (Mr A)

Mme B semblait prendre confiance en sa capacité d'aller de l'avant grâce à nos échanges. Ainsi, par cette relation de soin, elle se sentait encouragée et assurée de trouver des solutions à ces problèmes :

« Parler avec vous, je sens comme si ça me soulage, ça me soulage vraiment. Je sais que je vais trouver la solution ». (Mme B)

6.2- Besoin d'une écoute active

Mme C mettait en évidence l'importance de se sentir vraiment écoutée :

« Je vous ai relaté mon histoire et au début ça fait très mal et vous m'avez un peu compris... ce qui m'a un peu aidé ». (Mme C)

A l'inverse, lors de l'entretien avec Mme D, alors que je demandais à la patiente si elle avait l'impression que sa souffrance était prise en compte, celle-ci avait gardé le silence puis fini par dire « oui ».

Cette réponse m'a vraiment fait penser qu'elle ne s'était pas sentie écoutée. D'ailleurs, lorsque je lui avais demandé avec qui elle en avait parlé, elle expliquait avoir confié un résumé de son histoire aux autorités administratives, afin d'expliquer sa demande d'asile, sans vouloir en parler plus :

« Oh, les jours qu'on était parti à la préfecture, j'ai parlé, j'ai fait comme... un résumé comme ça, j'ai expliqué ». (Mme D)

Le ton de sa voix était désaffectivé. L'importance de la relation médecin-malade n'était pas flagrante. En effet, je n'ai pas ressenti qu'un lien réel ait été créé. D'ailleurs, c'est l'entretien qui a été le plus bref.

6.3- Besoin de créer un lien de confiance

Le fait que je sois une femme a permis à Mme C de parler plus facilement, ce qu'elle expliquait lorsqu'elle disait :

« Et en plus vous êtes une femme et c'est ça qui m'intéresse »

« Je ne sais pas si je saurais parler de ça devant un homme », « parce que parfois je n'ai pas confiance en les hommes ». (Mme C)

Je constate qu'à la PASS, comme en cabinet de médecine générale, partager la même condition, celle d'être une femme, facilite souvent les échanges.

La patiente mettait en évidence l'importance d'établir une relation de confiance, expliquant qu'elle pouvait s'exprimer librement :

« Là je ne cache pas, c'est comme si je m'habitue à toi, je vous prends comme ma sœur, comme quelqu'un que je confie mon histoire » (Mme C)

Avec cette remarque, il n'y avait plus de relation déséquilibrée médecin-malade mais une relation à même niveau entre humains qui échangent.

6.4- Une reconnaissance importante des patients

Je trouve que les patients expriment facilement leur reconnaissance à notre égard. Cela passe par des mots, des attitudes et parfois des cadeaux difficiles à refuser (plaques de chocolat par exemple). Ainsi, j'ai reçu un bracelet de perles en plastique fait main d'une patiente, que j'ai refusé à deux reprises et que j'ai fini par accepter car elle me l'avait remis autour du poignet et que cela semblait être très important pour elle. Certains patients reviennent dans le service pour nous faire « un coucou », certains veulent nous prendre dans leurs bras... La distanciation entre le patient et le soignant nous est enseignée depuis le début des études médicales : trop de proximité devant être évitée. J'ai appliqué cela au début de mon travail à la PASS puis je me suis vite rendu compte qu'accepter cette reconnaissance était bénéfique, pour les patients bien sûr mais aussi pour moi-même et l'équipe. Les occasions de se réjouir pour les patients à la PASS étant assez rares, il est important d'y porter attention.

Ainsi, dans ces entretiens, Mr A m'a vivement exprimé sa reconnaissance vis-à-vis de sa prise en charge.

« So I Thank you, I thank you for everything you do for me because I'm happy » (Mr A)

Mme C a exprimé les choses ainsi :

« Comme moi, je vous remercie de me recevoir, de parler avec moi, je vous ai dit, vous me faites du bien. Je suis en train de vous aimer à chaque jour vous me faites du bien, je vous le dis franchement, » (Mme C)

6.5- Importance du suivi et de l'existence d'une personne ressource médicale

Les patients sont rassurés de pouvoir être suivis à la PASS et d'avoir une équipe référente qui les connaît bien. Cela leur apporte en effet une certaine sécurité du côté de la gestion des problématiques de santé. Les patients expriment souvent l'importance d'une prise en charge au long cours et non ponctuelle, même si notre service permet une prise en charge ambulatoire en consultations seulement.

Mr A semblait rassuré que je continue à le suivre, tout comme Mme C :

« You say you still help me ». (Mr A)

« Je veux encore vous conseiller... silence... de m'aider encore » (Mme C)

« Peut-être il va y avoir d'autres personnes comme mon cas. Vous serez là pour lui, pour l'accompagner » (Mme C)

L'existence de consultations de contrôle permet aux personnes de se projeter dans l'avenir. Ainsi, Mme B expliquait l'effet de consultations ainsi :

« Vous voyez quand vous me donnez des rendez-vous je me dis quand je vais aller la prochaine fois, la solution viendra... ». (Mme B)

Une fois leur attestation de droits sociaux obtenue, les patients nous demandent souvent d'être leur médecin traitant. Nous leur expliquons alors qu'il est temps pour eux d'être orientés vers un médecin généraliste de ville, ce qui prouve que les choses avancent favorablement pour eux et nous organisons un rendez-vous avec l'infirmier qui les aide à en trouver leur médecin.

6.6- Rétablissement d'un sentiment de sécurité

Un des points communs à toutes ces personnes interrogées, et en général aux patients suivis à la PASS, est le sentiment d'insécurité initial. Certains n'ont jamais connu de vie réellement « sûre », d'autres vivaient en sécurité et ont vu un événement venir perturber les choses. Ainsi, la demande de « mise en sécurité » est souvent présente dans les demandes des patients.

A travers cette relation médecin-malade, Mme C expliquait avoir eu l'assurance de pouvoir être aidée, aide dont elle et son mari ont manqué lors de leurs agressions :

« Le premier jour vous m'avez dit une chose... Je suis en train de... Parfois quand je marche je pense à la chose que vous m'avez dite pour la première fois, que, « ne vous inquiétez pas, maintenant vous êtes en sécurité ». Lorsque je pense à ça, parfois je me dis, je suis en France donc.... Je ne sais pas si c'est le... Qui est en train de me protéger ou si c'est l'OFII qui est en train de me protéger, je ne sais pas mais je suis en train de me dire que le docteur m'avait dit que je suis en sécurité. Et lorsque je marche, je fais des regards vers les caméras, si je vois une caméra je suis très à l'aise, je me suis dit... Parfois j'ai l'habitude de me dire qu'il n'y aura personne derrière moi qui me fera du mal car tout le monde peut le voir et, je peux crier, je peux interpeler les gens, je ne sais pas s'ils vont intervenir mais peut-être ils vont voir et à partir de cela personne ne peut me faire du mal et là, au contraire, là où j'étais au Congo, comme on me torturait là... » (Mme C)

7. Réactions physiques des patients lors des entretiens

Ces entretiens ont été très forts émotionnellement puisque les patients m'ont livré le récit de leurs vies et des violences subies.

Mme B et Mme C ont exprimé à plusieurs reprises une grande tristesse : elles ont pleuré mais n'ont pas souhaité pour autant interrompre l'entretien.

Mme C s'est faite silencieuse à plusieurs moments... submergée par des souvenirs très difficiles. Toutefois, alors que je lui proposais d'arrêter, la patiente m'a coupée et a repris le fil de son récit. J'ai alors ressenti sa détermination à pouvoir s'exprimer.

Lorsqu'elle continuait à décrire les violences subies et qu'elle pleurait, je lui ai dit que les agresseurs avaient perpétré un « crime » et suite à cette remarque, elle a repris une voix claire, comme un grondement et dit :

« C'est vraiment un crime, parce que pour faire des choses comme ça il faut être vraiment un animal ». (Mme C)

J'ai pu sentir dans le ton de sa voix la colère et la condamnation des actes perpétrés.

Mme C a également exprimé sa colère, autant par des mots qu'en montant le ton de sa voix plusieurs fois lors de l'entretien. Elle a également soupiré, attestant d'un état de soulagement, de répit, lorsqu'elle m'a dit :

« C'est comme si je suis en train de me débarrasser de ça ». (Mme C)

Ces entretiens ont donc été très durs à entendre. Je ne pensais pas que les patients interrogés allaient apporter autant de précisions concernant le récit des violences subies. J'ai ressenti de la peine à voir plusieurs personnes interrogées raconter leur détresse, leur isolement, leurs peurs, pleurer... et une sensation de dégoût lors du récit des agressions.

J'ai hésité à faire interrompre certains récits du fait de leur violence et de l'état de tristesse des personnes qui les rapportaient. Je me suis finalement abstenue. Je pense que cette volonté d'arrêter ces récits venait de mon angoisse de déclencher ainsi des reviviscences chez le patient. En effet, l'exercice médical doit être mu par le principe d'Hippocrate : « primum non nocere ». Ce principe de ne pas nuire m'a vraiment poussée à m'interroger sur ce travail. En effet, lors d'un entretien, j'ai ressenti un moment de réelle inquiétude puisqu'une patiente a raconté l'ensemble de son agression et l'a vécue de nouveau en direct devant moi, ce qui m'a fait craindre une majoration secondaire de ses troubles anxieux. Lors de cet entretien, j'ai demandé à la patiente d'expliquer ce qui l'avait amenée à la PASS et elle a commencé le récit complet des agressions dont elle avait été victime. Cela a rapidement déclenché des pleurs, la patiente n'arrivant plus à parler, ce qui m'a motivée à proposer d'arrêter l'entretien mais la patiente a souhaité le continuer.

Tout cela était-il vraiment nécessaire ?

Est-ce que cela allait aider la patiente ou la plonger dans un état d'angoisse importante ?

Comment devais-je procéder, n'ayant aucune formation à la gestion des reviviscences et aucun confrère psychologue ou psychiatre disponible pour m'aider à gérer la situation ?

La patiente ayant déjà des signes de reviviscence, j'ai essayé de l'accompagner du mieux que je pouvais en respectant le rythme de son récit, en l'écoutant avec attention, en la soutenant par des mots mais également physiquement en la regardant dans les yeux, et en ayant une attitude bienveillante et rassurante.

En même temps, j'ai eu la sensation qu'interrompre une personne qui livre un tel récit aurait été d'une violence inouïe, celle d'exercer un pouvoir de domination, de faire taire, comme si le soignant savait mieux que la personne victime ce qui est bon ou mauvais pour elle, et ainsi de la priver d'exposer ce qui a eu lieu, car cette reconnaissance me semble importante.

Les patients m'ont ainsi admise dans leur cercle intime et j'ai ressenti beaucoup de gratitude car leur participation à ce travail était un cadeau qu'ils m'offraient. En effet, tous voulaient m'aider dans ma démarche.

J'ai ressenti un grand respect vis-à-vis de ces patients qui ont trouvé la force de me parler de ce qu'ils avaient vécu. Les 4 patients interrogés étaient des patients que j'avais vu plusieurs

fois et dont j'assurais le suivi médical. A travers ces récits, les patients m'ont témoigné leur confiance ce qui était très fort émotionnellement. J'ai ressenti la force de la relation que nous avons pu établir et son impact sur les patients.

J'ai aussi compris que donner aux patients la possibilité de s'exprimer sur les violences, c'était choisir de ne plus être ignorant et donc de s'impliquer. Cela a donc des conséquences sur la façon d'exercer puisqu'il faut être en capacité de se rendre disponible pour accueillir le récit et tout ce qui va avec.

Je m'interroge encore sur mes compétences à faire cela.

3EME PARTIE : RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

1- Orientation des patients en santé mentale ?

1.1- Existence de besoins

Nombreux sont les patients à avoir été victimes ou à être victimes de violences, physiques et/ou psychologiques. Tous ne développeront pas de troubles psychiatriques. Toutefois, nous constatons une forte prévalence de patients ayant un syndrome de stress post-traumatique. De plus, certains patients présentaient déjà dans leurs pays des maladies psychiatriques nécessitant une prise en charge adaptée.

Comme nous l'avons vu, il semble vraiment essentiel de respecter la temporalité de chacun.

Il est nécessaire de pouvoir proposer aux personnes en demande et en situation de souffrance psychique, un accès aux spécialistes de la santé mentale.

1.2- Structures existantes très sollicitées

Sur Lyon, les options d'orientation des patients en santé mentale sont très restreintes. Nous travaillons beaucoup avec l'équipe de la PASS du Vinatier, qui accueille volontiers nos patients, dans la limite de ses capacités. Les plannings sont rapidement saturés et il faut parfois plusieurs mois pour obtenir une consultation. Ainsi, nous nous retrouvons souvent en difficultés, devant gérer les problèmes somatiques et psychiatriques des patients, sans pour autant avoir la formation adéquate ni le temps imparti. Cela nous amène à percevoir notre prise en charge comme étant parfois peu efficiente.

1.3- Un travail en Santé Mentale possible en situation d'insécurité globale ?

Pour certains soignants en Santé Mentale, effectuer une prise en charge de patients ne bénéficiant d'aucune sécurité de base, à savoir un logement, un accès à l'alimentation et à l'hygiène, semble très discutable. Ainsi, « la tyrannie de l'urgence et l'interventionnisme humanitaire ne seraient pas compatibles avec un soin psychique caractérisé par une temporalité lente et un espace d'intervention limité à celui du cabinet de consultation » (12).

En tant que médecin généraliste ayant appris les éléments de base de la psychiatrie, je comprends tout à fait ces propos. Comment débiter un travail avec un patient qui a le ventre qui crie famine ou qui ne dort pas ?

En pratique, nous constatons que l'accès à une situation stabilisée pour ces patients est souvent très long. Dans cet espace de temps plus ou moins long, les patients sont en souffrance et souvent en demande de suivi. A la PASS, nous leur prescrivons des anxiolytiques et nous instaurons parfois des traitements antidépresseurs mais cette approche nous semble très limitée car nous n'avons pas la capacité d'instaurer un suivi régulier pour tous. Avoir accès à un psychologue ou un psychiatre, c'est avoir un temps dédié pour pouvoir discuter de sa souffrance avec des personnes formées. Lorsque nous sollicitons l'intervention des psychologues et psychiatres, c'est aussi pour faire en sorte de ne pas être seuls à gérer des situations pour lesquelles nos compétences sont limitées.

Pour les psychiatres, comme pour nous médecins généralistes, cela revient à pratiquer une médecine non conventionnelle, clairement non idéale, adaptée aux situations singulières de chaque suivi, mais qui peut avoir le bénéfice de soulager même transitoirement.

1.4- Plus qu'un « Besoin de psy », « Besoin de soutien général », « Empowerment »

Plus que tout, il semble que le public pris en charge ait besoin d'un soutien global comme mis en évidence par la pyramide de Maslow. Cela passe donc par une réponse adaptée aux besoins primaires pour laquelle équipe de PASS, psychologues et psychiatres ne sont pas compétents.

De là, les patients pourront peut-être arriver à un sentiment de sécurité, et ainsi cheminer pour répondre aux besoins d'appartenance, d'estime et d'accomplissement. L'objectif est que le patient puisse récupérer son autonomie et reprendre le contrôle de sa vie.

2- Réflexion sur notre pratique à la PASS et préconisations

Ce travail sur les violences me paraissait essentiel pour améliorer la prise en charge des patients. Il me semblait également essentiel pour notre équipe afin d'élaborer des pistes de réflexion sur notre pratique.

Ce travail met en évidence les attentes légitimes des patients concernant l'accès aux besoins primaires. L'absence d'accès pérenne au logement fait violence. Ainsi, des personnes ayant subies des violences, se retrouvent en France en situation de violences sociales. Nos capacités d'accueil médical ne sont également pas au niveau de la demande. Notre fonctionnement à la PASS (inscription par ordre d'arrivée le matin) n'est pas idéal.

La recherche de piste d'amélioration dans la prise en charge de notre public est donc essentielle.

2.1- Pistes pour améliorer la prise en charge des patients

- **Dépister de manière systématique les violences faites aux patients**

Initialement, notre questionnaire d'entretiens avec les patients ne contenait aucun élément concernant les violences. Après discussion en équipe (infirmier, assistantes sociales et médecins), nous avons décidé de faire une demande au service d'informatique afin d'ajouter à notre formulaire de prise en charge initiale des patients la question des violences déclarées, physiques et/ou psychiques. Cette démarche est en cours. D'un point de vue purement statistique, cela nous permettra d'apporter des chiffres aux instances publiques pour donner de la visibilité à cette problématique et pour pouvoir aller chercher des financements.

Dépister les violences paraît être un préalable essentiel à une prise en charge correcte des patients. Toutefois, cela nous interroge sur la faisabilité d'un tel dépistage systématique au sein de la PASS. En effet, interroger les patients au sujet des violences nécessite obligatoirement du temps et nous n'avons actuellement que 30 minutes par patient, souvent allophone, pour faire un point général sur la situation clinique. De plus, le patient doit avoir toute l'attention du médecin. Les plannings étant très chargés, les possibilités de suivis

réguliers sont limitées et il semble inimaginable d'encourager un patient à parler des violences sans lui permettre dans un second temps de ré-aborder le sujet.

Il sera nécessaire d'évaluer plus tard l'impact de ce dépistage systématique sur le déroulé des consultations.

- **Former les équipes à l'écoute active et à la prise en charge du public en situation de précarité**

Les membres de l'équipe de la PASS partagent une bienveillance commune à l'égard des patients. Toutefois, cela nécessite de pouvoir être formés pour apprendre à accueillir correctement ces récits.

Par le développement de nos partenariats avec des structures prenant en charge des patients victimes de violence, nous comptons ainsi améliorer nos connaissances et élargir notre réseau pour mieux orienter notre public.

Au sein même de l'hôpital, nous menons des campagnes d'informations auprès de nos confrères afin de les sensibiliser à la prise en charge du public précaire, pour améliorer leurs parcours de soins.

- **Faire remonter les difficultés d'accès aux besoins primaires**

Il est de notre mission de continuer à contacter les autorités compétentes pour leur faire part des besoins du public accueilli et d'envoyer parfois des alertes, lorsque les situations sont à très hauts risques pour les patients. C'est ce que nous faisons déjà. L'accès au logement est vraiment très problématique.

Les statistiques annuelles, issues du recueil de données des assistantes sociales, permettront de continuer à faire remonter aux autorités les besoins du public suivi.

- **Informers les acteurs publics sur la souffrance des personnes prises en charge à la PASS**

Il semblerait intéressant de restituer les résultats de ce travail aux acteurs intervenant dans l'accueil et le suivi des patients de la PASS ainsi que de manière plus générale aux autorités publiques.

2.2- Pistes pour assurer à l'équipe de professionnels de la PASS une sécurité d'exercice

- **Gestion interne de l'équipe : travail sur l'unité d'équipe - la communication – la gestion des conflits- « tableau des bonnes nouvelles »**

Le travail à la PASS est à la fois passionnant, chronophage, anxiogène et nous amène souvent à tester nos limites. Sur une matinée, nous pouvons passer d'une situation catastrophique au plan médicosocial, justifiant une prise en charge pluridisciplinaire attentive, patiente et acharnée, à une situation simple, nécessitant une implication limitée. L'équipe est donc amenée à vivre des « hauts » et « bas » qu'il faut arriver à gérer.

Cela passe par une communication de qualité entre les différents membres de l'équipe : notre agent d'accueil, nos infirmiers, nos assistantes sociales et nos médecins, qui alternent en fonction des jours, ainsi que par une connaissance précise et un respect des missions de chacun.

Arriver à aborder les incompréhensions, les problèmes, les prises en charge variables en fonction des intervenants, prend du temps mais est réellement essentiel. L'organisation d'une réunion d'équipe mensuelle (au minimum) semble nécessaire. Actuellement, nous avons de grosses difficultés à nous y tenir.

Il faut aussi arriver à mettre en avant « les réussites » et non à emmagasiner seulement les difficultés rencontrées. Ainsi, issu du besoin du groupe, nous avons décidé de mettre en place « le tableau des bonnes nouvelles ». Sur celui-ci sont inscrites par exemple, les nouvelles de nos patientes enceintes qui viennent d'accoucher, les résultats de l'opération de Monsieur X... le message laissé par Monsieur Y à l'intention de l'équipe la dernière fois qu'il est passé...

- **Mise en place une supervision d'équipe par un intervenant extérieur**

Une supervision de notre équipe va bientôt voir le jour, permettant à chacun d'y participer, en faisant un turn over, pour que chaque médecin puisse en bénéficier. Cela nous permettra de nous poser ensemble autour d'une table et de nous laisser guider par un professionnel formé à cela. Personnellement, cela me permettra d'être dans une posture de participante et non de coordinatrice, ce qui me déchargera du côté « gestionnaire d'équipe ».

- **Vacation de psychologue et/ou psychiatre à la PASS**

Actuellement, la PASS ne compte ni psychologue ni psychiatre au sein de son équipe. Cela fait défaut. En effet, rares sont les situations simples où les patients suivis ne présentent pas de troubles psychiques ou psychiatriques, en lien avec leur migration ou non. Imaginer pouvoir saisir un collègue aux sujets de situations complexes dépistées lors des consultations serait idéal. Cela aurait plusieurs avantages : fournir une expertise de qualité aux patients puisqu'aucun d'entre nous n'a de formation spécifique en psychologie/psychiatrie et permettre aux patients d'accéder à une réelle prise en charge biopsychosociale. Cela apporterait à notre équipe une force supplémentaire dans le sens où cela nous apporterait des nouveaux points de vue et de réflexion. De plus, cela diminuerait notre sentiment actuel de solitude face aux cas complexes où s'intriquent détresse morale et psychique.

CONCLUSION

Ce travail présente les limites d'un travail observationnel de faible effectif puisque cette étude a eu lieu sur une seule semaine, en un seul lieu, permettant d'accueillir seulement 21 patients. Sur les 21 patients, tous n'ont pas été interrogés au sujet des violences. De plus, sur les patients déclarant avoir été victimes de violence, seuls ceux parlant français ou anglais ont été inclus. Cela a abouti à seulement 4 entretiens, réalisés avec des patients connus, avec qui j'avais en général une très bonne relation de soins, ce qui a pu les rendre moins critiques vis-à-vis de ce travail que la majorité des patients suivis. Aucune conclusion extrapolable à l'ensemble du public accueilli à la PASS d'HEH ne peut donc être faite. Toutefois, cela nous donne des pistes de réflexions.

De ce travail ressortaient beaucoup de points positifs, en lien à mon sens avec l'investissement apporté par les soignants dans cette relation de soins. Pouvoir arriver à restaurer un sentiment de sécurité pour ces patients en situation de précarité était vraiment marquant. Les patients ont exprimé le besoin d'être entendus et accompagnés par une équipe attentive.

Ce travail met évidence les difficultés rencontrées par les patients pour accéder aux besoins primaires. L'accès au logement, à l'alimentation, à l'hygiène semble être le point de départ d'une prise en charge respectueuse des patients et cela fait défaut. De plus, nos capacités d'accueil médical ne sont pas au niveau de la demande.

Permettre au patient d'aborder l'existence de violences par un questionnement systématique du public semble bien perçu par les patients interrogés et plutôt bénéfique. Il ne s'agit pas de forcer le patient à parler mais bien de lui offrir la possibilité de le faire, dans un lieu sûr, où il peut compter sur la bienveillance des équipes.

Interroger les patients sur les violences, c'est accepter d'écouter des récits dont il faudra tenir compte. C'est prendre l'engagement de tenter d'apporter un soutien.

L'équipe de la PASS ne peut répondre à elle seule aux attentes multiples des patients.

Le besoin d'une prise en charge multidisciplinaire du patient au sein d'un réseau institutionnel et associatif concerné, informé et efficient est nécessaire.

RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

ENTRETIEN N°1 : 20min

M : If you're ok, I just want that you do a presentation about you: how old you are, who are you ?

A : My name is N1.

M: Yes.

A : Now, i don't have father, i don't have mother. I don't know if my father was a « countrist », to make me in the house, they have to include... I'm a christian. They want to kill that's why I escape my country.

M: Ok, what dou you say: "countrist", i don't know this name, it's a name of a religion.

A: In Nigeria.

M: In Nigeria.

A: Yes, in Nigeria.

M: And it's not your religion, you're catholic.

A: I'm a christian. I don't really know, I don't understand if my dad is yet, they want to put me, they want to use, they are very dangerous.

M: So you don't know if your father has this religion or not.

A: My father doesn't tell me but when he died, this is the problem because my life was on risk,

they want to kill me that's why I leave my country, to this place. Before I leave, they say I will come to the negotiation, to the aboni, the association. They kill my younger son. When they kill, I have to escape because they say that the only way is that a become a member. I come it's no possible, this why I escape from this place... Because they kill to much.

M : So they kill somebody who was your brother or you sister ?

A : My sister.

M : Your sister, so they kill your sister because she as not the same religion, the same belief.

A : Yes ; that's why I have to join the association or they kill me.

M : They kill other people ?

A : I don't know.

M : So that's why you leave your country ?

A : Yeah,

M : And when do you leave Nigeria ?

A : Il leave Nigeria in 2016

M : And when you were in Nigeria, do you suffer from ... they hurt you ? They do physic violences ? or psychologic violences ?

A : They hurt me a lot, every place I went they hurt me because of this problem I have,

M : So that's why you leave Nigeria and what was your travel ?

Silence

M : From Nigeria to France ?

A : I go to Lybia.

M : Lybia...

A : From Lybia to Italy and to France,

M : And in Lybia, somebody do violences ?

A : When you walk with them, you don't have money. They don't give you money. I was a builder house.

M : Builder ?

A : Yes, it was my profession. I do it in Lybia and I work but they don't give me money. They used to scare me. They don't give money but bread, a long bread like this

(Il me montre la taille du pain avec ses mains)

They use it. They give us to eat, we eat once a day.

M : So they treat you like a slave.

A : Yes, they treat me like a slave.

M : You work for free ?

A : I work for free, they don't give me money. If I don't work, I will have problems. They know me. Every morning, they bring you at work and in the evening, no food, you eat once a day. You can't escape, you can 't do anything.

M : And if you try to escape ?

A : They will kill you. They kill many people in my present, they shoot them.

M : Ok, it's to hard. And for the moment, you go from Lybia to Italy or France ?

A : To Italy,

M : And in Italy, you suffer violences ?

A : In Italy, they say I should leave Italy, they are not responsible of me, they don't need me that's why I leave Italy. They give me 24 hours to leave Italy. That's with I leave Italy to France.

M : You have the impression that's not physical violence but psychologic violences what they do ?

A : In Italy ? I have violence in Italy ? I don't have violence in Italy but they told me I should leave Italy.

M : So it was violent too...

A : Yes.

M : And in France, when do you arrive ?

A : No, I don't have violence.

M : And my question was, when you arrive in the PASS, you met the doctor for the first time, What do you want ? You want that the doctor speak about violences ? Ask you questions or you don't want that ?

A : **silence**

When I arrive in France ?

M : When you saw the doctor, you think it was a good idea that the doctor speak about violences ? Ask you questions ? Or it was a bad idea ?

A : Yes, he ask me questions, about my body, about my head. See to something difficultly, always think, and i don't have a place to sleep. I sleep outside. Sometimes I sleep with my friend, sometimes I sleep outside. This is the problem I have. I always have. Outside is very cold. This is why please if you can help me for house...

M : So at first, it's to ask a place to sleep ?

A : Yes, it's the most important.

M : And for the violences, do you think that it's important to speak about that, to help you to feel better or not ?

A : Yes, I speak to help me to treat myself, to treat me about my body, to know if my body is ok because I don't know if it's ok, because I always feel cold in the night.

M : So what is important is that the doctor say to you it's ok, your chek is good ?

A : Yes, the doctor told me that everything was ok,

M : It was important for you ?

A : Yes, important.

M : And do you understand why doctor ask you questions about that ?

A : No, I don't understand

M : You have the impression that doctor wants know something he doesn't have right to know ?

A : Yes, it's possible for doctor to know me more better.

M : Know you better than you ?

A : Yes.

M : It's possible ?

A : Yes, it's possible because he wants to care about me, to check my body, to treat me, Do the necessary. He knows the kind of treatment he has to give to me. It's the doctor. I can't do it by myself.

M : So that's why it's important that doctor ask questions ?

A : Yes.

M : And sometimes doctor can ask this question to find some diseases, to have informations ?

A : Yes.

M : And sometimes it's to help people to understand that violences they live are not normal, you understand ? That you are victims ?

A : Yes, i'm victim.

M : But if we say to you, « you're a victim », what do you feel about that ?

A : If you say I'm a victim, yes, I will feel bad because I'm not ... I will really feel bad because I feel pain into myself.

M : But when we say that you're victim of violences, it can also make you think that your pain is understood.

A : Yes. I have true pain ; that's why I'm busy, that why I want to stay in France.

M : And you have the impression that if you think about the past, which is very hard...

A : Yes...

M : You will be worse ou better ?

A : I will be worse, too much worse. When you take care of me, I will have a place to sleep... I know the past : true pain, true pain. Too much thinking, too much stress...

M : It's really the subject of my work, because we take care about people like you, who were victims of violences. We ask the question : Do we have to speak with them about the violences they live or not ? Is it more helpfull ? It helps them or deserve them ? I don't have the answer. What is your answer ?

A : I don't understand your point of view.

M : I'm the doctor. If I speak about violences, I ask you : « in the past, you had violences, what was the type of violence ? » I don't know if it's good for you. It will help you to go in the future, do project. Or it will leave you in the past, in pain. I don't know what to do ?

A : Yes, when you treat, you take care of me, I believe my past will leave me. I don't want to have this thinking.

M : So you think that, if i take care of you, i will just put the past behind and there will be just future.

A : Yes, I will have a good future in my life.

M : Because you're waiting for a place to sleep, and if you have a place to sleep, you will have a work and other...

A : Yes, yes.

M : But when we have violences before, it's important to think about, to know that happened. And it's a part of your life, your story.00

A : Yes, it's a part of my life and my story. You will be afraid about many things. So I thank you for everything you do because I'm happy.

M : And that help you, just earing you, earing your story, check your examen and to be sure there is nothing more.

A : Yes.

M : Ok, because sometimes I have the impression that people who had violences have the impression no to be victim but guilty about what happened. And sometimes, I have the impression that it's important the doctor says : « They were guilty, you're not guilty ». You understand ?

A : Yes.

M : Do you have impression to be guilty ?

A : Yes, because I don't have peacefull mind because of troubles in my country, it's very hot... My place is very hot, like killing people, destroy people. They're still killing people.

M : Yes.

A : They're kilng people day and day, that's the problem in my country.

M : But you're not guilty about that !

A : That's why I run from the country.

M : I understand why. An do you have the impression that you feel better ?

A : I'm feeling better.

M : In your story, do you prefer we speak about violences or never speak about violences ?

A : I was speaking about violences before. It helps.

M : And why ?

A : You want to know me better, you ask me about my situation, to be able to treat me. If i have something in my body, you have to be able to treat it more better.

M : It's very important you understand that because we always ask what patients understand. The doctor is curious ? I think that a doctor never be curious about violences without reason. That's what it's important to know if people prefere that we speak about violences or not.

Thank you. You give me a lot of informations.

A : Thank you very much.

ENTRETIEN N°2 : 26MIN

M : Déjà, alors voilà j'aimerais savoir si vous pouvez un peu vous présenter, nous dire votre âge...

B: Oui, je réponds au nom de N2

M: Oui, d'accord, et vous êtes née où alors?

B: A kinshasa,

M: D'accord, ok, euh... vous vous rappelez un peu, je vous ai expliqué que ce travail avait pour objectif de discuter un peu des patients qui ont été victimes de violences, euh... et vous vous m'avez expliqué que vous avez été victime de violences...

B: Oui

M: Vous avez été victime de violences, où?

B: Au Congo, je peux vous raconter, quand j'étais à l'âge de 8 ans, j'étais aussi victime, parce que vous voyez au Congo lorsqu'une fille est violée, c'est comme si c'est une fille négligée, c'est comme si tu sais, ça diminue un peu de la valeur, tu vois, même vis à vis des parents et tu sais ça démoralise.

M: Oui.

B: Oui, là pour ce qui vient de se passer, ce que je vous avais expliqué, là maintenant je suis déjà plus grande ... Comment je peux dire... je suis déjà mère des enfants, vous voyez, j'ai un peu une maîtrise pour ça maintenant malgré ça me prend la tête...

M: oui,

B: Mais je peux maîtriser mais quand j'étais petite ça m'a vraiment déstabilisée ma vie parce que j'étais vraiment ... à l'âge de 8 ans y avait un voisin de parcelle, bon là je ne le savais pas vraiment, il faisait ça...

M: ...

B: L'autre fois quand on a été surpris, ça a fait des dégâts, parce que... oui et puis, bon ce n'est pas une question d'aller à la police parce qu'on veut étouffer l'histoire, ne pas me salir parce que j'étais un peu petite, vous voyez...

M: Oui

B: On était lié avec les amis, comme mon entourage sait toujours déjà, on a rendu à l'amiable mais comme les gens étaient déjà... écoutaient ... le jour-là vraiment ça ne me faisait pas du bien. Si tu joues avec les amis, on te critique et voilà. C'est aussi difficile, parce qu'il a fait ça chez toi, il t'a violée.

Tu vis avec des amis, tu joues, tu vois la maman, les tensions. C'est toi l'auteur de ça. Et j'étais là, vraiment... sanglots

M : Oui,

B : J'étais restée comme ça, je n'approchais pas les hommes jusqu'à ce que j'avais 21 ans. J'étais toujours vierge, j'étais toujours attachée à ma maman parce que j'avais peur de tout ce qui s'était passé. Oui, et je me gênais aussi de parler avec des amis parce que c'est comme si devais déjà... J'étais déjà détruite et je ne voulais pas approcher des autres. Quand tu vas dire que tu n'as pas connu les hommes et il va voir que toi tu es déjà abimée, il va voir... Ça me faisait peur et j'étais restée comme ça jusqu'à l'âge de 21ans, j'étais restée à l'université... Tu sais, je parlais avec les hommes, tu sais je sentais comme ... Tu sais ils m'ont déjà détruite. Donc j'avais peur de ça et ça m'a démoralisée. Et je les sentais pas comment les hommes peuvent s'approcher, même quand les amis parlent, de plaisir, bon, je ne le sentais pas vraiment. Quand je suis allée à l'université, j'ai rencontré un ami, je ne lui disais pas que je n'ai pas connu les hommes, je ne le disais pas. Quand il parle, je veux parler mais quand je rentre à la maison même je me dis... Comment ça va se passer pour moi ? C'est arrivé, j'en ai parlé à un ami. L'ami m'a dit d'aller à l'hôpital en parler avec un médecin. J'y suis allée, je lui ai expliqué... J'ai gardé que j'avais été violée, je lui ai expliqué comment je ne sens pas... tout ne vient pas. Ils m'ont dit : « ça ne vient pas ». Si je vois un homme, s'il me parle je l'écoute mais il y a un ... Je vois comme ci... Ce n'est pas possible.

M : Et donc vous avez vécu des violences quand vous étiez petite et quand êtes devenu grande...

B : Oui, quand j'ai grandi. Quand j'ai rencontré un homme, il m'a dit il ne faut pas penser à tout cela, quand je lui ai expliqué et qu'il m'a dit : « je suis le médecin, il faut m'expliquer pour que je puisse t'aider ». Ensuite, il m'a dit : « il ne faut plus penser à ça. Si tu penses à ça, ça vient... Il faut que tu oublies tout ça quand tu es avec un homme ». Donc tu es une fille, tu dois oublier tout ça. Bon, quand j'ai mis au monde, un enfant, deux enfants, bon, tu vois...

Maintenant ce qui m'est arrivé, c'est vraiment triste, bon, parce que l'histoire-là, je défendais aussi pour le viol. Vous voyez ... au milieu que je suis, je travaillais et je vendais aussi à des petits commerces, il y a un ami qui ... c'est une association de femmes maraichères, car je suis au marché... On fait comme une association, ça va nous soutenir. Et on va même les rencontrer au ministère de l'agriculture et ils vont nous donner le matériel, les outillages... Ils peuvent même vous louer, vous voyez... pour aller cultiver. On m'a dit c'est une bonne idée. Alors j'ai été associée et on commence à parler, parler : il y avait un jour... Il y avait une maman, ça fille avait été victime...

M : Victime...

B: Sa fille de 10 ans. Sa fille a été victime d'un viol. Quand elle est venue, elle m'a expliqué : « tu vois, on l'a violé, on était ensemble au marché, subitement je ne la vois pas, et ça a pris du temps à la chercher et je retrouve ma fille qui a été violée ». Et après ça, je lui demande et elle me dit que c'est un policier. Car au marché, il y a un policier social. C'est vrai c'est un policier. Je lui ai dit « comment on va faire ». J'ai dit : « il faut qu'on se présente ». Non, elle m'a dit : « c'est un policier, ça va compliquer les choses ».

J'ai dit : « VIOL, dans notre pays, pour le moment, on les défend toujours. La première dame a dit que les violences faites à la femme, c'est punissable, il faut aller se présenter ». L'enfant a dit : « il m'a appelé, il m'a donné le bonbon, il m'a pris ». C'est vrai, ça c'est vrai ! Et on est allé présenter là-bas, on a expliqué au commandant là-bas, le commandant ne voulait même pas nous entendre, il disait : « C'est faux ». Quand je suis rentrée, j'ai pensé à tout ce qui

s'était passé à moi, comment la douleur... J'ai vécu avec ça pendant des années, ça m'a donné la colère. Moi je veux venger pour cette fille parce que moi je suis victime. Je ne peux pas laisser comme ça, parce que moi, on a laissé le monsieur, parce que dans le pays, une fille violée c'est comme une fille négligée. Ils l'ont détruite. Mais là, non ! C'est un policier, un agent de l'état.

Je me suis impliquée, je suis allée pour m'occuper du dossier et pour poursuivre le monsieur et le monsieur s'est retourné vers moi. Il m'a dit que le commandant... Moi je parlais, je parlais, c'était comme une vengeance vous voyez donc ça ne me faisait pas du bien.

Et le monsieur là, un jour, il a envoyé les gens pour m'enlever, j'étais emprisonnée, il m'a dit que j'avais osé frapper sur sa table, que j'sais que gueuler sur lui et il m'a dit : « Tu vas voir ». C'est qu'il m'a punie. Je lui ai dit que ce n'est pas ça, que c'est la chose qui m'a poussée à faire ça... Il m'a dit qu'il ne voulait pas libérer ça. Il m'a dit qu'il voulait qu'on s'arrange.

Comment on s'arrange ?!! Et le monsieur il marche très à l'aise et la fille, on ne sait pas ! Il faut qu'il soit puni pour ne pas répéter ça parce qu'il peut atteindre toute une génération, il faut le punir ! Et comme d'habitude là-bas, pour avoir la justice il faut avoir de l'argent, des relations. Il n'y avait personne pour m'aider. Et moi je n'avais personne, je suis restée là, pendant des ... pleurs... pendant des semaines, je souffrais, je souffrais (sanglots)

M : Et donc on vous a agressée là-bas ?

B : Oui, pleurs...

Et le jour où le monsieur s'est présenté devant moi, il m'a dit que la fille...

M : Il vous a dit qu'il l'avait violée ?

B : Non, tu vois, là où j'étais séquestrée, le monsieur qui a fait l'acte à moi, il m'a dit : « Tu vois, dans la vie, il ne faut pas s'impliquer dans les choses des autres, tu vois, maintenant, là c'est toi qui souffre, les familles ne sont pas à l'aise ». Et moi j'ai dit il ne faut pas faire ça, dans notre pays il n'y a pas de justice. La justice c'est l'argent. Ici il y a la justice mais il m'a dit : « Toi tu n'as pas l'argent, tu n'as pas de famille, tu n'as pas de soutien, tu risques de finir ta vie pour rien ». Parce que comme on vient de te faire, si le monsieur il s'est aperçu que tu sors, tu peux tout gâcher sur lui...

M : Ok, donc en fait ils vous ont menacée.

B : Il m'a dit : « Je peux t'aider, je peux t'aider pour te débarrasser d'ici ». J'ai dit que « Oui, je suis d'accord ». Il m'a dit : « Je vais t'aider, tu vas me donner de l'argent ». J'ai dit que l'argent, je peux appeler ma sœur, pour chercher un petit rien... Oh non, il m'a dit : « Si tu es d'accord, on doit d'abord passer avec toi... je dois d'abord coucher avec toi ». Je lui ai dit : « Quoi, encore ça... ». Il a dit : « Tu es une grande fille, faut comprendre ». J'ai regardé la vie de mes enfants... Parce que mes parents sont déjà vieux, mon père a maintenant l'âge de 80 ans,

M : 80 ans votre papa ?

B : Oui, il est né en 1945, et ma mère maintenant, elle a 66 ans, et elle ne travaille pas, c'est moi qui travaille, je fais des efforts et là où je travaille on me paie un petit 50 dollars, ça fait

pour m'aider, j'ai deux enfants, je paie les frais, je lui ai dit : « Je ne peux pas rester cachée là tout le temps, je dois... je n'ai pas le choix... Je dois le faire ».

M : D'accord. Et c'était comme ça, vous êtes partie avec ce monsieur, il vous a aidée à venir en France ?

B : Non, le monsieur ce n'est pas lui, lui il m'a aidée à sortir de prison. Quand on a fait l'acte, il m'a dit que « Non, maintenant, il faut aller chercher l'argent ». Je lui ai donné le numéro de ma sœur. Il a dit que : « Donne-moi son numéro ». Il ne voulait pas que je parle avec ma sœur, moi je voulais l'appeler, on va se convenir entre toi et moi. Et entre moi et lui, je voulais seulement attendre pour sortir. Mais il a dit : « Il ne faut pas appeler ta sœur, je ne veux pas de téléphone ». Et ma sœur est venue, le lendemain, il m'avait déjà informée dans la journée que le soir il allait venir et dire qu'il venait me prendre pour aller me soulager » donc à la sortie il faut prendre fuite. Quand je suis sortie, je n'ai même pas expliqué ça à ma sœur parce que je voyais que c'était la deuxième fois... pleurs. Trop.

M : Vous savez... Quand vous êtes venue en consultation, je vous ai posé des questions par rapport à ce que vous aviez vécu. Vous trouviez que c'était important d'en discuter et que je vous pose la question ?

B : Sanglots... Vous pouvez poser la question... Sanglots.

M : Mais est-ce que vous pensez que ça a un intérêt pour vous aider ensuite ?

B : Sanglots...

M : Euh... ce que je veux dire c'est... Quand on vous voit comme ça en train de pleurer, déjà on comprend, enfin je comprends pourquoi, mais je me dis : « Est-ce que je ne lui fais pas du mal à lui faire parler de ça ? ». Vous voyez ?

B : Ça ne fait pas du mal, c'est une question de soulagement.

M : D'accord. Vous pensez que c'est important que les victimes, les personnes victimes de violences, puissent en parler devant le médecin ?

B : Oui, c'est important. Sanglots...

M : Quand vous êtes venue à la PASS, qu'est-ce que vous attendiez du médecin ? Finalement, vous êtes venue ici pour chercher quoi ?

B : Bon... pour la première fois, vous voyez, je vous avais expliqué, j'avais peur, peur d'avoir des maladies, des infections graves, vous voyez... Et je sentais en moi, vous voyez, si je me lave, ensuite je sens les piqûres ici. J'avais peur du sida, vraiment grave. Là-bas, beaucoup n'ont pas l'idée de se protéger. Il n'y a pas beaucoup d'idées... Quand tu te rencontres avec un homme, il ne veut pas te dire d'aller se faire dépister et il ne veut pas de préservatif donc vous voyez, il est toujours là, très à l'aise et il se fout de tout et j'avais aussi peur de ça.

M : Je comprends.

B : Je me suis présentée, je voulais que je sois convaincue de tout ça parce que les infections ça tue, ça dérange les filles, ça peut vous compliquer, pour concevoir. C'est pour ça que j'avais peur de tout ça.

M : D'accord. Je ne me rappelle plus, c'est moi qui vous ai posé la question ou c'est vous qui en avez parlé la première ? Quand on s'est vu la première fois en consultation. Je ne sais plus si je vous ai parlé des violences ou si c'est vous qui m'en avez parlé.

B : C'est moi comme ça.

M : C'est vous qui en avez parlé directement. Vous étiez quand même... Vous aviez pris un peu de distance par rapport aux choses parce que vous arriviez à en parler. Parce que certains patients sont dans l'incapacité d'en parler et c'est vrai qu'on ne sait jamais dans ces cas-là s'il faut qu'on en parle ou pas... silence...

Mais vous vous trouvez que c'est important ?

B : Oui, je trouve ça important. Sur la vie de mes enfants. J'ai été de 8 ans à 22 ans ... ça m'a beaucoup travaillé dans ma tête, donc pour ça, oui.

M : Oui, bien sûr. Oui.

B : Oui, je me sens... C'est comme si j'ai besoin de soulagement pour oublier tout ça, pour... Parce que si je pense toujours à ça et je dis que : « Dieu sauve moi, la vie continue toujours ». C'est ça en fait, sur la vie sur terre, on peut tout vivre, on a un peu tout vécu sauf que comme on me prête encore la vie...

M : Et parler de ces violences, est-ce que c'est aussi permettre de vous sentir reconnue comme ayant été victime d'agression ou vous le saviez déjà et... Vous voyez, je me demande, dès fois quand on est victime d'une agression, on se sent responsable de tout ça, est-ce que pour vous c'était le cas ?

B : Non, je ne suis pas responsable de ça, non, non, je ne suis pas responsable.

M : D'accord, ok, vous savez que ce que les gens ont fait, c'était atroce et que c'est de leur faute.

B : Oui, c'est de leur faute.

M : C'est très bien parce que des fois, on ne sait pas s'il faut qu'on arrive à faire comprendre aux patients qu'ils ont subi des choses qui ne sont pas normales à cause de personnes qui leur ont fait du mal et qu'eux n'y sont pour rien.

B : Oui.

M : Certains patients ont du mal à admettre ça. Est-ce que parler de ces violences vous a fait comprendre que vous aviez besoin d'un suivi par rapport à ça, du moral ?

B : Bon, jusque-là, j'ai toujours pris le médicament, je vois que ça aide un peu, j'ai pris les médicaments. Si je l'oublie, vous voyez, ça refroidit un peu. De 2h à 5 h du matin, j'étais réveillée. Je commençais à penser à quoi faire pour oublier... Je ne sais pas là... Je sens comme si la tête, ça s'élargit comme ça... *Mime sa tête qui s'élargit*

Et puis ici j'ai très mal et au dos aussi. Ça fait « tac, tac, tac ». Et j'ai pris encore des médicaments. Je me suis dit : « Il faut que je prenne mes médicaments ».

M : Et alors, avec le médicament, ça a donné quoi ? Ça vous a calmée ?

B : Oui, si je prends ça calme.

M : Ça vous apaise, donc c'est que vous avez besoin d'un traitement de l'anxiété en ce moment, vous avez besoin de ça pour calmer vos angoisses.

B : Mais si je prends ça, je sens vraiment que ça calme et que c'est mieux pour le sommeil.

M : Donc finalement, d'avoir aussi parlé des violences, ça vous a permis d'avoir des médicaments pour calmer l'angoisse.

B : Oui, et parler avec vous, je sens comme si ça me soulage, ça me soulage vraiment. Je sais que je vais trouver la solution.

M : D'accord, ça vous soulage, mais vous arrivez à comprendre pourquoi ça vous soulage de discuter de ça avec moi ?

B : Bon, j'arrive à comprendre... Parce que quand je suis là, il n'y a personne pour parler... Donc si je reste comme ça, je ne fais que penser aux agressions, comment mes enfants... Parce que depuis que j'étais là, j'étais chez des cousines à moi, je ne sortais pas, je n'avais pas d'argent pour faire rentrer les enfants à l'école, que je puisse trouver la solution, que je sois à l'aise. Si je pense à tout ça, et depuis mon enfance, donc je vois que ce sont toujours les hommes qui me punissent... les hommes qui me punissent... Il y a les enfants... Personne qui me soutient et le papa ne s'occupe pas d'eux.

Quand je suis là, si je viens ici on se parle, et puis il y a le temps. Vous me soulager, je ris, vous voyez quand vous me donnez des rendez-vous je me dis quand je vais aller la prochaine fois, la solution viendra ... Et quand vous m'avez donné les médicaments, je vois que ça calme.

M : Donc c'est important que lorsqu'on voit des personnes victimes de violences, il ne faut pas les forcer mais il faut essayer d'en parler avec eux peut-être ?

B : Oui.

M : Vous, il y a des gens qui ont essayé de vous forcer à discuter alors que vous ne vouliez pas ?

B : Non, je ne parle à personne. Je n'ai jamais expliqué à personne que j'étais victime. Je restais toujours sur moi-même. Même si je vais pleurer, je fais semblant devant les gens... Vous voyez, aussi, quand on dit qu'on a été violé, ça gêne, vous voyez...

M : Mais vous voyez, c'est ça que je disais ! Finalement le viol, on a l'impression que ça gêne c'est-à-dire que c'est la victime qui est gênée alors que la personne qui doit être gênée c'est la personne qui a fait ça. Vous vous n'y êtes pur rien. C'est pour ça que je parlais de la culpabilité. Quand on est gêné, c'est qu'on a honte de soi ?

B : Oui.

M : Ce n'est pas à nous d'avoir honte si on a été violenté mais c'est à la personne qui vous a fait du mal d'être honteuse.

B : Oui, mais les gens ne connaissent pas ça... Tu as perdu de la valeur.

M : Vous savez que vous avez de la valeur.

B : Oui.

M : Merci pour votre aide.

Entretien N°3 : 20 minutes

M : Là aujourd'hui je vous ai fait venir, enfin je vous ai proposé de participer à ce travail car je veux faire ce travail sur les patients qui ont été victimes de violences.

C : Oui,

M : Donc vous vous m'avez expliqué que vous aviez subi des violences. Donc déjà je vous remercie de participer à ce travail. C'est un enregistrement mais c'est complètement anonyme donc on n'entendra pas votre voix, on n'aura pas votre nom, personne n'aura jamais votre nom mais c'est pour qu'on discute un peu ensemble du fait qu'à un moment on a discuté des violences ensemble

C : Oui,

M : et je voudrais savoir si vous pourriez un peu nous ré-expliquer un peu ce qui vous a amenée chez nous ?

C : Oui.... Je peux commencer ?

M : Allez-y je vous

C : En fait, je n'avais pas vraiment compris... Donc j'ai été victime de violences sexuelles. Je suis mariée, normalement... Donc on s'est intégré avec mon mari dans un parti, alors ... pour ne pas parler de mon histoire... un jour comme ça la nuit vers 2h du matin il y avait des soldats, on a l'habitude de les appeler les... Ce sont de soldats de la garde du président...et ils sont entrés. Ils sont différents d'autres soldats du pays... Lorsque tu te marches la nuit, tu te vois avec eux. Tu risques vraiment ta mort. Ils ont... je ne sais pas comment dire, ils ont un esprit très compliqué. Toujours ils ont l'habitude de faire aux gens du mal. Et moi ce que je me suis intégrée.... Je ne savais pas que ça allait m'arriver... je n'avais même pas l'idée parce que nous sommes des démocrates, on fait de... on combat pour voir des choses meilleures... pour voir des choses très très meilleures donc je ne veux pas que ... moi je n'aime pas voir mon ami souffrir donc alors ils sont entrés, ils étaient vraiment nombreux ... je crois au nombre de 7 ou 8, je ne ... et ceux qui ont touché... ceux qui ont touché mon corps, c'est eux, 5, que je me souviens ... ils ont commencé à tabasser.... Et quoi, là, c'est quoi... des choses... des armes...

M : des bâtons ?

C : L'arme, alors derrière l'arme, on a l'habitude d'appeler ça en... Ils ont commencé à taper mon mari, ils disaient des choses trop bizarres... nous allons vous tuer parce que vous avez mis vos têtes dans des choses dans lesquelles vous n'auriez pas dû vous mettre, on va vous tuer et jeter vos corps dans le fleuve, donc c'était vraiment difficile madame, et après...

(La patiente est en larmes, submergée de tristesse et en a la voix coupée)

M : ce que je pense c'est qu'il ne faut pas que vous vous sentiez redevable de moi, c'est-à-dire que là c'est un travail avec une participation volontaire donc si vous voulez que j'arrête... Si vous voulez, on peut...

C : Mais parfois ça me fait du bien lorsque j'en parle avec toi.

M : d'accord

C : Ils ont commencé à tabasser mon mari alors moi je criais et il y avait les autres qui m'avaient pris les mains derrière et ils ont commencé à me donner des coups et à me déchirer les habits donc il n'y avait même pas moyen de... Pleurs...

M : Ils ont fait des choses qu'ils n'auraient jamais dû faire et qui sont un crime en fait.

C : C'est vraiment un crime, parce que pour faire des choses comme ça il faut être vraiment un animal !

M : Et en fait, vous voyez, vous avez été victime de tout ça et moi je me posais des questions sur ma façon de travailler c'est à dire je me demandais si les patients avaient besoin... attendaient du médecin, qu'en consultation il pose les questions sur les violences parce que vous voyez, quand je vous vois comme ça, en train de pleurer... tout ça... je, je sens que vous souffrez beaucoup de tout ça et je ne sais pas si c'est pire d'en parler avec vous ou mieux. Je ne sais pas ce que vous en pensez, vous?

C : En pleurs.....

Parfois pour faire sortir tout ça, ça fait mal, c'est vraiment... pleurs... soupirs... silence

Parfois quand je parle de ça c'est comme si je les voyais. Ça me revient dans la tête.

M : Vous revoyez les choses ?

C : Oui, comme ça s'est passé parce que j'avais fait une crise et je me suis retrouvée à l'hôpital et Pleurs ... Le docteur qui m'avait reçu m'a dit que j'étais réveillée après 4 jours, 3 ou 4 jours, je ne m'en souviens plus, il m'avait dit c'étaient 3 jours Pleurs

M : Et en fait, vous avez un peu compris ce qui s'était passé parce qu'en fait, ce que vous expliquez, vraiment c'est que votre cerveau et votre corps et votre esprit ont dû subir des choses insupportables.

C : Ils m'ont déchiré les habits, et ils n'enlevaient pas même leurs habits, ils faisaient juste qu'ouvrir leurs pantalons, ils faisaient seulement que descendre leurs pantalons et il y avait chacun lorsqu'il était en dessus de moi il faisait... pénétrer son truc bizarrement...

M : Est-ce que vous avez l'impression que...

C : Ils m'ont violée...et ils faisaient chacun, lorsqu'il fait son besoin, l'autre au-dessus de moi, il fait ça et moi je pleurais et il y a avait les autres qui me tapaient et les autres qui me forçaient et qui me mettaient les mains derrière et moi qui n'avait plus de force et mon mari, ils vont vraiment taper mon mari. Mais lui je le voyais c'est comme s'il avait encore des forces parce qu'il luttait vraiment, vraiment de se chamailler....

M : Oui, parce qu'il voulait vous protéger, vous mettre en sécurité.... Silence...

Tout ça c'est très très dur et vous voyez, je me demande, parce que vous m'avez dit en début de consultation que vous trouviez finalement que ça allait un petit peu mieux, même si ça ne va pas encore bien. Est-ce que vous avez l'impression qu'en discuter ça vous a aidée ou qu'au contraire c'est trop dur.

C : Le constat que je fais, lorsque je suis arrivée ici, partout où je passais, je n'avais pas envie de parler de cela, même pas un petit peu mais avec vous j'ai essayé de parler.

M : Oui.

C : Oui, et je voulais continuer de parler parce que ça me fait un peu du bien (voix tremblante et pleurs).

M : D'accord.

C : Malgré que c'est douloureux, mais....

M : Ça vous fait avancer ?

C : Oui

M : Mais ça vous fait avancer parce que je ne sais pas si vous avez compris pourquoi je vous ai posé les questions ... déjà je vous ai posé des questions.... Je crois même que c'est vous qui m'en avez parlé en premier, non ? Je ne me rappelle plus. Vous vous rappelez de notre première consultation, comment ça s'est passé ? Je vous ai demandé ?

C : Vous m'avez demandé qu'est-ce qui vous a amenée ici, pourquoi vous êtes ici ? Je vous ai dit Madame que je ne vais pas arriver à vous parler, que tout ... que je peux vous parler seulement un tout petit peu

M : Oui.

C : Et je vous ai parlé, je vous ai relaté l'histoire et au début ça fait très mal et vous m'avez un peu compris... ce qui m'a aidé un peu parce que parfois... et en plus vous êtes femme et ça qui m'intéresse.

M : Oui.

C : Je ne sais pas si je saurais parler de ça devant un homme.

M : d'accord.

C : Parce que parfois je n'ai pas confiance en les hommes.

M : Je comprends. Moi, vous voyez, je pose cette question parce que je pense que c'est vraiment très important d'en discuter avec les patients pour qu'il ait à un moment donné la possibilité d'évoquer les choses et aussi parce que je... ça oriente aussi un peu comment je vais vous prendre en charge, vous voyez. Mais je me demandais si finalement c'était une bonne chose d'en discuter ou pas. Si ce n'était pas trop risqué de vous remettre dans les mauvais souvenirs...

C : Je ne sais pas si vous avez remarqué, parfois quand je parle, je sens trop de douleur mais parfois, ça vient, je parle toujours et ça me fait un peu du bien et si je veux arrêter moi-même, je vous dis je ne fuis pas, malgré c'est douloureux, je me sens un peu mieux, c'est comme si je suis en train de me débarrasser de ça (soupir). Parce que j'ai remarqué que rester avec ça toujours ça ne va pas m'aider... sanglots

M : Alors je pense que... je... ce serait vraiment super si je vous disais : « vous rentrez en consultation et dès que vous sortez, il n'y aura plus jamais aucun mauvais souvenir, vous

oubliez tout ce que vous avez vécu ». Ce n'est pas possible. Mais, euh, moi je pense que c'est aussi redonner votre place à vous, de dire que ce que vous avez vécu ce n'est pas de votre faute et que vous avez vraiment été victime de personnes qui sont criminels.

C : Oui. Sanglots.

M : Et est-ce qu'avant de venir me voir vous aviez l'impression d'être responsable de ça ? Ou vous saviez que non, ce n'était pas de votre faute ?

C : J'ai peur, parfois de dire ça à d'autres gens. Peut-être qu'il y a d'autres gens qui ont l'habitude de dire, qu'il y a des gens qui subissent des conséquences parce que eux même mettent la tête dans des choses... J'ai peur parfois... Mais il y a une chose que je sais, moi j'ai été victime de ça ! Donc ça n'a jamais passé dans mes pensées et parfois je me disais dans ma vie (sanglots), qu'une chose très douloureuse ne peut pas arriver dans ma vie, je me disais ça.

M : D'accord.

C : Sanglots

M : Je me demandais si finalement, euh, c'était important pour vous d'entendre que vous avez été victime de choses insupportables ?

C : Parfois je suis en train... Un jour comme ça, je parlais avec une dame qui m'a montré son téléphone et une vidéo, la fille était victime de... d'abus sexuels. Moi je n'ai pas voulu que la dame qui m'a montré le témoignage... qu'elle puisse savoir que moi aussi j'ai été victime. J'ai écouté ça, elle était joyeuse, elle parlait librement, elle a même voulu montrer sa figure. Et ça m'a étonnée mais je ne voulais pas que la fille qui était à côté de moi puisse comprendre que... je suis victime de ça, je ne voulais. Et là, moi, j'ai encouragé la fille, elle est courageuse. Parce que je ne sais pas si moi je saurais faire ça.

M : Vous avez l'impression d'être honteuse d'avoir subi ce que vous avez subi, d'avoir été agressée ?

C : Parfois je sens que c'est trop, que j'ai honte. J'ai peur, je vois comme si y aura plus de gens qui vont m'aimer. Sanglots

M : Et vous voyez, à l'inverse, la dame qui a eu le courage de se mettre devant une caméra et de raconter ce qu'elle a vécu, pour moi, elle est aussi courageuse que vous, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui peuvent le faire et d'autres qui ne peuvent pas. Vous vous montrez tous les jours que vous êtes courageuse parce que pour en parler, vous avez cette force, cet élan de vous dire que : il faut faire en sorte que ça aille mieux et si vous venez me voir que vous respectez vos rendez-vous, vous sentez bien qu'ensemble on va pouvoir faire avancer les choses.

C : Oui.

M : Je me demandais si vous dire : madame, pendant la consultation, je vous reconnais, que vous avez été agressée et donc que vous êtes victime de personnes atroces, je me demandais si c'était une bonne chose de vous le dire parce que : être victime, c'est vous mettre dans une position où vous êtes ... vous subissez, alors que vous êtes moteur... qu'est-ce que vous en pensez ?

C : Sanglots. Silence

Excusez-moi parce que les pensées, se floutent.

M : c'est normal, vous avez subi des choses qui font que votre cerveau est assailli par plein d'informations et c'est normal...

Qu'est-ce que vous conseillerez au médecin pour prendre en charge des patients qui comme vous ont été victimes de violences ? Est-ce que vous me conseillez de poser la question à tout le monde ?

C : Sanglots.

Comme moi, je vous remercie de me recevoir, de parler avec moi. Je vous ai dit, vous me faites du bien. Je suis en train de vous aimer à chaque jour vous me faites du bien, je vous le dis franchement. Là je ne cache pas, c'est comme si je m'habitue à toi, je vous prends comme ma sœur, comme quelqu'un que je confie mon histoire donc... et je veux encore vous conseiller... Silence... de m'aider encore.

M : D'accord.

C : Peut-être il va y avoir d'autres personnes comme mon cas. Vous serez là pour lui, pour l'accompagner parce que premièrement, le problème c'est quoi, c'est le moral, que ce soit calme.

Le premier jour vous m'avez dit une chose ... je suis en train de ... parfois quand je marche je pense à la chose que vous m'avez dite pour la première fois, que, « ne vous inquiétez pas, maintenant vous êtes en sécurité ». Lorsque je pense à ça, parfois je me dis, je suis en France donc ... je ne sais pas si c'est le... qui est en train de me protéger ou si c'est l'OFII qui est en train de me protéger, je ne sais pas mais je suis en train de me dire que le Docteur m'avait dit que je suis en sécurité. Et lorsque je marche, je fais des regards vers les caméras, si je vois une caméra je suis très à l'aise, je me suis dit... parfois j'ai l'habitude de me dire qu'il n'y aura personne derrière moi qui me fera du mal car tout le monde peut le voir et, je peux crier, je peux interpeler les gens, je ne sais pas s'ils vont intervenir mais peut-être ils vont voir et à partir de cela personne ne peut me faire du mal et là, au contraire, là où j'étais au Congo, comme on me torturait là... Soupir.

J'ai crié, mon mari criait et j'ai senti, il y avait quelqu'un qui avait jeté les pierres au-dessus de notre... On a l'habitude au Congo, il y a des tôles...

M : des tôles, au-dessus du toit.

C : Oui voilà, il y avait des gens qui avaient jeté des...

M : Ils avaient essayé d'aider.

C : Oui, mais ils ne pouvaient pas parce qu'ils ont peur. Moi j'avais l'intention qu'ils puissent nous aider mais il n'y avait personne donc il n'y avait personne pour nous aider, jusqu'à ce qu'ils aient fait ce qu'ils voulaient faire. Pleurs.

M : Donc vraiment proposer aux personnes d'en discuter s'ils le veulent, s'ils ne veulent pas ne pas les forcer mais les accompagner, leur dire que toujours ici ils pourront en parler s'ils en ont besoin, vous pensez que c'est une bonne façon de faire ?

C : Oui, et en plus d'encourager les gens. Je ne sais pas comment, si vous êtes ici en France, c'est vraiment une sécurité pour vous.

M : Oui.

C : D'abord le pays est en train d'aider les gens, comme vous le docteur vous êtes en train de m'aider, c'est vraiment une bonne chose, je me sens très à l'aise même si parfois je dors au 115, parfois je dors à l'église mais je me sens très à l'aise car au Congo, le docteur qui m'avait reçue il a fait seulement son traitement pour que ne puisse pas avoir le... le microbe...

M : de maladies, après l'agression...

C : Oui, mais après il m'a fait sortir de l'hôpital et après...

M : Il n'a pas pu plus vous protéger que ça...

C : Oui donc il m'a vraiment mis dans la rue. Tellement je cherchais la protection je suis tombée dans les mains de quelqu'un qui m'a... vous savez je vous en ai parlé...

M : Oui, on n'en parle pas.

C : Oui.

M : Vous voyez, c'est à mon tour de vous remercier pour l'aide que vous me fournissez car ça me permet d'avancer un peu plus sur ce travail de : comment aider mieux, de mieux en mieux, les patients qui ont été victimes de violences et comment réfléchir pour aborder les choses afin de ne pas remuer trop les choses pour ne pas vous faire souffrir car c n'est absolument pas notre objectif, mais en parallèle ne pas vous laisser partir comme si rien n'avait pu se passer dans le pays duquel vous venez. Merci

C : Merci.

Entretien N°4 : 12 minutes

M : Bonjour Madame, aujourd'hui je vous vois parce que, quand on s'est vu la première fois, vous avez dit que vous aviez quitté votre pays parce que vous aviez subi des violences.

D : Euh oui, donc par rapport à mon mari, parce que mon mari est, travaillait avec les américains à ... Euh, nous ne sommes pas dans la capitale, nous sommes dans la province, la capitale c'est Luanda, et il y a une province c'est D. Maintenant, D a les problèmes avec les G, un mouvement qui reste dans la forêt, qui combat avec toute l'Angola, parce que D c'est une province où il y a du pétrole, ils demandent toujours leur indépendance, ils veulent l'indépendance, rester en dehors de l'Angola.

M : Ok.

D : Oui, ils continuent toujours à demander leur indépendance. Maintenant nous nous sommes seulement à D. Là, mon mari travaille avec l'entreprise des américains qui perfore le pétrole. Mon mari travaillait dans les histoires de courriers, il emmenait les courriers. Il a assez causé à la forêt. Comme il travaillait avec les courriers, il connaissait les secrets de la compagnie donc il était avec ses frères quand il y a des informations avec la compagnie, lui il connaissait maintenant. Il s'entretenait...

M : Avec ses cousins ?

D : Avec ses cousins. Maintenant il y avait des faux là-bas. Il y a eu les américains, les américains venaient, il l'avait signalé et il y avait des américains qui sont morts et on lui a soupçonné de... il travaille dans les courriers donc lui il était... Maintenant nous, on avait déjà un programme parce que nous, avec mon fils, ça n'allait pas. Le problème de la tête, on avait déjà vu ça à partir de là. Maintenant j'avais déjà le projet de voyager avec l'enfant, parce que nous dans la province, il n'y a pas de bon traitement comme le psychiatre, il n'y en a pas. On avait déjà le programme d'aller à la capitale. Avec mon fils, pour se rencontrer avec le médecin, avec le psychiatre.

M : D'accord.

D : Mails là il y a le problème qui arrive. Mon mari qui était cherché. Il a dit, comme toi tu as déjà le programme d'aller avec l'enfant à la capitale pour le problème qu'a l'enfant, moi ici ça ne va pas, je suis cherché donc tu connais toi-même que quand on nous apprend c'est la mort. Comme la province est en train de demander l'indépendance, qu'elle sort du pays, donc c'est grave.

M : Donc vous étiez en danger.

D : Nous étions en danger. Comme j'avais déjà les tickets pour aller à la capitale, lui il a pris les fillettes, ils se sont enfuis. Ils sont venus à la maison, ils ont fait le désordre, ils ont cherché, nous nous avons déjà quitté, lui il est parti avec les enfants. Jusqu'à présent je n'ai pas encore de nouvelles des autres. Maintenant, on est ici comme on était déjà. J'ai expliqué le problème qu'on ne peut rester là-bas, avec l'enfant, parce que mon mari est déjà parti, je ne sais pas où il est parti. On nous a aidés...

M : Pour partir...

D : Pour voyager oui. Maintenant le problème que j'ai, maintenant l'enfant s'aggrave de jours en jours ici. Les rendez-vous que vous avez donné lundi, nous sommes partis là-bas, on nous a donné rendez-vous le mois prochain.

M : D'accord.

D : Mais ça ne va pas, ça ne va pas... J'allais venir avec lui mais il a fui.

M : Mais ça on va en rediscuter après, on va voir...

D : Il me dérange, je ne dors même pas la nuit.

M : D'accord, ok,

D : Ca fait comme-ci, quand je crise tout haut, ça fait monter un peu...

M : Et là, par rapport à votre pays, personne ne vous a fait de mal sur place, on n'a pas essayé de vous taper ?

D : Non, non, non. Nous sommes partis avant. Vous avez même plus moyen de retourner là-bas parce que c'était très grave.

M : Et vous avez été menacés verbalement ?

D : Oui verbalement.

M : On vous a dit qu'on allait vous faire du mal ?

D : Oui.

M : Vous-même, votre mari ou vos enfants ?

D : Euh, mon mari avec les enfants qui sont partis et moi-même aussi. C'est pourquoi je ne sais pas si c'est les problèmes qui traumatisent encore l'enfant parce qu'il dit : on a fui ici, moi je ne dors pas dans ma chambre, comme ça je ne sais pas... mon père est parti où ? Avec mes sœurs, on n'a même pas de contact ». Je ne sais pas si c'est ça qui est en train de...

M : Ca ne l'aide pas du tout, il n'est pas bien j'ai compris.

Est-ce que vous croyez que le médecin, quand il reçoit les patients, comme vous qui avez eu un parcours vraiment difficile, est-ce que vous croyez que le médecin doit demander aux gens s'ils ont été victimes de violences que ce soit physiques ou morales ? Est-ce qu'il faut que le médecin fasse ça ?

D : Il peut...

M : Il peut... Mais est-ce qu'il doit ? Est-ce que c'est important ?

D : C'est important parce que ça peut affecter la santé aussi parce que si la personne n'est pas calme... Si la personne n'est pas calme, n'est pas posée, elle a des problèmes, donc...

M : Et quand le médecin en parle, il ne risque pas d'augmenter le stress des gens, de les faire paniquer ?

D : Je pense que non.

M : Vous pensez que non ? C'est important de discuter de ça ?

D : C'est important oui.

M : Et par exemple, je ne sais plus, moi je vous avais posé la question pour savoir si vous aviez été victime ?

D : Oui.

M : Et, c'était quelque chose qui... spontanément vous vous êtes dit je vais lui répondre ou vous avez hésité. Vos vous êtes dit : je ne vais pas lui en parler, je n'ai pas envie.

D : Non, je dois parler, parce que ce sont des choses qui sont arrivées, il faut seulement parler. Ce n'étaient pas de bonnes choses, c'étaient des menaces. Si on nous attrapait, on allait rester à la prison jusqu'à la mort, jusqu'à la mort. Parce que le problème en Angola maintenant, on peut dire qu'il y a du calme mais nous dans notre province, il y a toujours des problèmes parce que demandez, une ville est restée indépendante du pays, c'est difficile. Moi je pense que même s'ils pouvaient demander ça, ce n'est pas aujourd'hui qu'ils pourront avoir ça. L'Angola ne peut pas laisser la province aller comme ça parce qu'il y a là-bas la richesse du pétrole.

M : Donc tout le monde est intéressé.

D : Ah oui.

M : Et là, par rapport avec votre mari et vos enfants, vous n'avez pas eu de nouvelle ?

D : Je n'ai pas eu de nouvelles, je ne sais pas. Comme on est ... euh...comme ça, la province c'est comme ça, on ne sait pas s'ils sont sortis au Congo. Jusque-là...

M : Et...discuter de ça, vous pensez que ça pourrait aider votre fils ?

D : Oui ça peut aider mon fils aussi.

M : Il arrive à en parler lui, spontanément de tout ça ?

D : Donc lui maintenant avec le problème qu'il a, il s'énerve, il s'énerve parce qu'il dit : « moi avant là-bas j'avais une vie, j'étais dans ma chambre, maintenant ici nous sommes arrivés, je dors ensemble avec toi dans une petite chambre, je ne suis pas... je ne sais pas aux sont parties mes sœurs, où est parti mon père ? »

M : Il a peur pour ses sœurs.

D : Oui, mais à part les problèmes... il y a des fois il parle des histoires avec confiance, parfois il parle des histoires sans conscience. Même là quand je refuse qu'il puisse sortir, il sort ... par la fenêtre, même comme ç. Ca m'inquiète parce que je suis en train de parler à tout moment.

M : Et c'est important pour vous qu'on reconnaisse que vous êtes victime d'agression ? Si vous voulez, des fois on dit aux patients : « est-ce que vous avez été victime de... » mais on se demande si quand on vous demande ça, on ne vous met pas encore en position d'infériorité ?

D : Non, non, c'est normal, je trouve ça normal.

M : Et c'est important que le médecin vous dise que ce que vous avez vécu c'est dur et que c'est normal que vous soyez triste par rapport à tout ça ?

D : Oui.

M : C'est une façon de reconnaître ce que vous avez vécu ?

D : oui

M : Et vous avez l'impression que cette souffrance par rapport à ce que vous avez vécu, est prise en compte ?

D : Silence.

M : Vous avez l'impression que les gens en tiennent compte ?

D : Silence.

Oui, oui...

M : vous avez pu en parler avec qui ?

D : Oh, les jours qu'on était parti à la préfecture, j'ai parlé, j'ai fait comme Un résumé comme ça, j'ai expliqué.

M : D'accord. Merci Mme. Ca me donne des informations.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
Legifrance.gouv.fr
- 2- « Etat des lieux de l'asile en France et en Europe », Forum réfugiés juin 2019, p 239
Dominique Coulot et Corella Damiani.
- 3- « La violence à l'égard des femmes et des filles : quelques faits et chiffres », ONU
FEMMES
- 4- « Parcours migratoires, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes
hébergées en hôtel en Ile-de France ». Enquête Dsafhir, Armelle Andro,
Claire Scodellaro, Mireille Eberhard, Maud Gelly et l'équipe Dsafhir, 340 |
25 juin 2019 | BEH 17-18.
- 5- « Violences sexuelles en temps de guerre », Véronique Nahoum-Grappe, Armée de
terre | « Inflexions », 2011/2 N° 17 | pages 123 à 138, ISSN 1772-3760
- 6- « Violences sexuelles faites aux femmes dans les conflits armés», Amélie Fauchoux,
01/10/19, Altérité et violences.
- 7- « Les violences sexuelles envers les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne après
la migration en France », Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Annabel Desgrées
du Loû, France Lert, Nathalie Lydi pour le groupe Parcours, Numéro 577 • mai 2020 •
Population & Sociétés
- 8- « Patients migrants au cabinet médical : médecine générale ou pratique spécialisée ? »
S. Durieux-Paillard M. Dominicé Dao N. Junod Perron, Rev Med Suisse 2007;
volume 3. 32592
- 9- « Somatisation, migration et culture : alternatives à quelques idées reçues », M.
Dominicé Dao, Rev Med Suisse, 8, 2012, 1404-9
- 10- « Enquêter, former, publier au cœur de la cité », Monica Battaglini, Stéphanie Fretz,
Eva Nada et Laurence Ossipow, ies éditions 2018, P91
- 11- CNCDH • Avis « Agir contre les maltraitements du système de santé », 22 mai 2018
- 12- « Il faut du psy ! ». Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires, Roman
Petrouchine, Julia Maury de Feraudy et Halima Zeroug-Vial, Rhizome 2018/3-4 (N°
69-70), pages 25 à 26