



DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE SANTÉ, SOCIÉTÉ ET MIGRATION

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE MIGRATION AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction de Yannis GANSEL

DUBOIS, Marie

Année 2019-2020



UNIVERSITÉ
JEAN MONNET
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard



Table des matières

Introduction	3
Contextualisation et définitions essentielles.....	5
Aspect pratique de la prise en charge des personnes en situation de migration aux urgences psychiatriques.....	8
Arrivée aux urgences.....	8
Temporalité	9
La question du récit	11
Interprétariat et langue.....	12
Orientations possibles.....	15
Articulation avec les autres professionnels	17
Diagnostics et prise en charge	19
Les traumatismes.....	19
Traumatismes subis dans le pays d'origine	19
Traumatismes subis lors du parcours migratoire.....	20
Traumatismes subis dans le pays d'accueil	21
Concept de vulnérabilité et groupes particulièrement vulnérables.....	22
Séquelles psychiques des traumatismes	23
Diagnostic et prise en charge aux urgences psychiatriques.....	25
Consommation de substances.....	28
Quand la psychiatrie n'est finalement peut-être pas la réponse	28
Le non-choix.....	30
Culture	31
Culture et conséquences possibles sur la symptomatologie	31
Culture médicale.....	33
Réalités administratives, financières, sociales et quotidiennes différentes	35
Statuts administratifs et maintien sur le territoire.....	36
Travail et revenus	38
Lieux de vie.....	39
Couverture de santé	40
Conséquences directes des procédures administratives sur la symptomatologie ; clinique du rejet et du refus en psychiatrie d'urgence.....	41
Formation des professionnels de santé	43
CONCLUSION :	44
BIBLIOGRAPHIE :	45

Introduction

La santé mentale des personnes en situation de migration est un sujet au cœur des préoccupations des professionnels en contact avec ces personnes. En effet, leur prise en charge globale et juste nécessite une approche au moins minime de leur vécu passé et présent, de leur projection dans le futur ainsi qu'une compréhension de leurs attentes, de leurs besoins et de leur représentation du soin. Leur prise en charge en santé mentale soulève un nombre important de questions chez les professionnels. D'abord la question du lieu de soins : devrait-on penser des lieux de soins leur étant dédiés ou au contraire les accompagner vers des lieux de soins de droit commun ? Dans quelle mesure pouvons-nous prendre en charge des traumatismes souvent majeurs, cachés et finalement peu appréhendables par qui ne les a pas vécus ? Comment prendre en charge des personnes alors qu'elles sont dans des situations d'instabilité administrative et de précarité importantes ? Finalement, toutes ces personnes ont-elles foncièrement besoin de soins psychiatriques tels qu'on les procure actuellement en France ?

Tous ces questionnements ont fait partie de mes 7 mois de stage de début de deuxième année d'internat de novembre 2019 à juin 2020 que j'ai effectués à l'UPRM du Centre Hospitalier Le Vinatier. UPRM signifie Urgences Psychiatriques Rhône Métropole, il s'agit donc d'un service intra-hospitalier d'urgences psychiatriques non sectorisé, prenant en charge des situations de crise psychique sur 24 heures maximum. Tous les patients du département du Rhône peuvent être pris en charge dans ce service.

L'UPRM est ouverte 24h/24, tous les jours de l'année. L'équipe est composée la journée d'infirmiers/infirmières au nombre de 6 ou 7, d'un(e) aide-soignant(e), d'un(e) ASH (Agent des Services Hospitaliers), de 3 à 4 médecins psychiatres ou internes, de 2 médecins généralistes, d'une assistante sociale, d'un(e) admissionniste, de 2 secrétaires, d'un cadre de santé. Le rôle de l'admissionniste est d'accueillir le patient et sa famille, de récupérer les éléments administratifs nécessaires à l'entrée du patient ainsi que d'enregistrer les éléments nécessaires aux mesures de soins sous contrainte. La nuit, l'équipe est formée de 4 infirmiers/infirmières, d'un(e) admissionniste, d'un(e) médecin psychiatre et d'un(e) interne en psychiatrie.

Le service est formé d'une salle d'attente avec une banque d'accueil où se trouvent l'infirmier/infirmière de régulation qui accueille et répond au téléphone ainsi que

l'admissioniste. On trouve ensuite des bureaux de consultation et un service d'hospitalisation composé de 3 chambres d'isolement, de 3 chambres simples, de 4 chambres doubles pouvant même être triplées.

Le rôle de l'UPRM est donc de proposer un accueil de toute personne en crise psychique, une évaluation psychiatrique et une orientation appropriée.

Les personnes se présentant à l'UPRM arrivent soit spontanément, accompagnées ou seules, soit orientées par un professionnel soit via un autre service d'urgence en ambulance soit via un service de secours (pompiers, SAMU, SOS médecins) soit via les forces de l'ordre.

Elles sont reçues soit par un(e) infirmier/infirmière dans un premier temps puis par le/la médecin ou interne soit directement en binôme par un(e) infirmier/infirmière et un/une médecin ou interne dans un bureau de consultation. Une évaluation psychiatrique est faite et au terme de la consultation, une orientation est proposée au patient : retour à domicile avec ou sans prescription de médicaments, avec ou sans orientation vers un service de soins ambulatoires, proposition de consultation post-urgences quelques jours après pour réévaluation de la symptomatologie et de la situation, orientation vers une hospitalisation en clinique psychiatrique ou hospitalisation à l'hôpital de Saint Jean de Dieu, au Centre Hospitalier le Vinatier ou à l'hôpital de Saint Cyr en fonction de la sectorisation du patient, en hospitalisation libre ou avec une mesure de soins sous contrainte, en chambre standard ou en chambre de soins intensifs, avec ou sans contention physique.

On compte un nombre de passages et de consultations varié selon les jours, pouvant aller jusqu'à une trentaine sur 24h.

Mon rôle pendant ce stage était celui d'un médecin à part entière, autonome, avec toujours des médecins seniors disponibles pour un accompagnement dans la prise en charge si besoin.

Le matin, tous les patients hospitalisés à l'UPRM sont réévalués, l'orientation est rediscutée si nécessaire, les mesures de restriction de liberté (mesures de contrainte, chambre de soins intensifs, contentions physiques) sont réévaluées également. Une fois que tous ces patients ont été vus, alors nous tâchons de recevoir toutes les personnes se présentant en demande d'une consultation et d'un apaisement de leur souffrance.

Le rythme est intense, les prises de décision se doivent d'être rapides et de répondre au mieux à la crise psychique du patient reçu. Les épisodes d'agitation, les décisions difficiles, les réactions auto ou hétéro-agressives font partie du quotidien de ce service et perpétuent un climat de tension intense et permanente.

Comment la prise en charge des personnes en situation de migration s'organise-t-elle aux urgences psychiatriques ? A quelles difficultés sont confrontés soignants et personnes concernées ? Le rythme intense et rapide de ce service est-il finalement propice à la rencontre de ces personnes et à l'expression de leur demande de soins ?

Je tâcherai dans ce travail de pointer les principaux obstacles à une prise en charge globale des personnes en situation de migration dans un service d'urgences psychiatriques, en m'appuyant sur des vignettes cliniques précises.

Dans un premier temps, nous proposerons des définitions et une contextualisation nécessaires à la bonne compréhension des enjeux de la prise en charge des personnes en situation de migration. Dans un second temps nous tâcherons de décrire les aspects pratiques de la prise en charge des personnes en situation de migration aux urgences psychiatriques. Dans une troisième partie nous nous attacherons à l'aspect de diagnostic et de prise en charge médicale et psychologique. Dans un quatrième temps, les aspects culturels seront développés et enfin dans une dernière partie les liens entre les réalités administratives, sociales, financières, quotidiennes et la prise en charge médicale seront explorés.

De nombreux articles et de nombreuses recherches s'attachent à décrire la santé mentale des personnes en situation de migration, ses spécificités, ses mécanismes multiples et intriqués. En revanche, peu d'articles et peu de recherches se sont spécifiquement centrés sur la prise en charge des personnes en situation de migration aux urgences psychiatriques. Quelques études sont disponibles mais sont de faible puissance avec notamment peu de personnes incluses. J'ai ainsi étudié 5 articles trouvés sur la base de données PubMed. Aucun ne s'attache à décrire la situation en France. Les données de ces articles viendront également alimenter la réflexion.

Contextualisation et définitions essentielles

Pour mieux comprendre et appréhender la multiplicité des situations regroupées sous le terme de « personnes en situation de migration », il apparaît important de définir précisément les termes utilisés. Migrants, exilés, sans papiers, demandeurs d'asile, réfugiés, autant de termes différents bien trop souvent inter changés et confondus dans les réflexions alors qu'ils renvoient à des réalités multiples.

Tout d'abord, lorsque l'on parle d'une personne étrangère en France, on parle alors d'une personne résidant en France mais n'ayant pas la nationalité française. Cette personne a soit une nationalité exclusive d'un autre pays soit n'a pas de nationalité. Les personnes ayant une double nationalité dont la nationalité française ne sont donc pas des étrangers, par définition. Sur le plan juridique, le droit s'appliquant aux étrangers n'est pas le même que celui s'appliquant aux personnes françaises.

Selon les chiffres de l'INSEE, en 2018, il y avait 4.8 millions de personnes étrangères en France soit 7.1% de la population sur le territoire français.

Un immigré est un individu né étranger à l'étranger et résidant en France ; il y a dans cette définition la notion importante de mouvement migratoire. Tous les étrangers en France ne sont pas des immigrés et inversement tous les immigrés ne sont pas nécessairement des étrangers. Le statut d'immigré est stable au cours de la vie contrairement au statut d'étranger puisqu'un étranger ne l'est plus s'il obtient la nationalité française.

Selon les chiffres de l'INSEE, en 2018, il y avait 6.5 millions d'immigrés vivant en France soit 9.7% de la population vivant en France dont 2.4 millions (soit 37%) ayant la nationalité française donc n'étant pas des étrangers. De plus, parmi les 4.8 millions d'étrangers, 0.7 million sont nés en France donc ne répondent pas à la définition d'immigrés. Le nombre total de personnes immigrées en France augmente depuis les années 1940 : elles représentaient environ 5% de la population en 1946 et environ 7.4% en 1975.

Le droit d'asile est un droit universel, fondamental et international visant à la protection des personnes et reconnu dans la convention de Genève de 1951. Le droit d'asile est de la compétence de l'Union Européenne et chaque pays de l'Union Européenne se doit de le retranscrire dans son système juridique national.

Les demandeurs d'asile sont donc les personnes étrangères ayant déposé une demande d'asile dans un pays ; ils sont en cours de procédure et en attente soit d'obtenir le statut de réfugié soit d'obtenir une protection subsidiaire soit d'être déboutés de leur demande. Les demandeurs d'asile sont en situation régulière sur le territoire français durant le temps de la procédure.

Un réfugié est une personne ayant obtenu le droit d'asile dans le pays d'accueil. Pour l'obtention de l'asile, il faut justifier d'une crainte « avec raison d'être persécuté du fait de sa

race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques » chez une personne se trouvant « hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ».

Les personnes dites déboutées sont des personnes étrangères et immigrées ayant fait une demande d'asile qui a été refusée.

Les deux institutions responsables de « l'application des textes relatifs à la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatriide et à l'admission à la protection subsidiaire » (site de l'OFPRA) sont l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) qui statue sur la première demande et la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile) qui examine les demandes de recours après un refus de protection par l'OFPRA.

En 2018, l'OFPRA a enregistré 123 600 demandes d'asile soit une augmentation de 23% par rapport à 2017. 24 600 protections ont été accordées par l'OFPRA en 2018 et 8700 par la CNDA, après un recours. Le taux global d'accord est donc de 36%, ce chiffre étant stable par rapport à 2017. (1)

Les migrants ne correspondent finalement à aucune définition précise, c'est un terme général, recoupant principalement la définition des personnes immigrées.

Le terme de sans-papiers est utilisé pour désigner les personnes en situation d'illégalité sur un territoire donné c'est-à-dire n'ayant pas obtenu de document nécessaire à leur maintien sur le territoire. Il s'agit forcément de personnes étrangères.

Enfin, les personnes apatrides sont des personnes n'ayant pas de nationalité. Elles sont considérées comme étrangères sur le sol français.

Ces définitions sont importantes à prendre en compte et à comprendre pour mieux appréhender les situations diverses et variées des personnes en situation de migration qui vont être prises en charge aux urgences psychiatriques.

Aspect pratique de la prise en charge des personnes en situation de migration aux urgences psychiatriques

Arrivée aux urgences

La multiplicité des situations entraîne une multiplicité des modes d'arrivées aux urgences. Comme exposé dans l'introduction, les personnes arrivent soit d'elles-mêmes, accompagnées ou non, soit sur les conseils d'un professionnel médical ou non, soit depuis un autre service d'urgences, soit via un service de secours (pompiers, SOS médecin, SAMU), soit avec les forces de l'ordre.

Une étude espagnole portant sur un service d'urgences rapporte que la proportion d'étrangers consultant aux urgences psychiatriques était significativement inférieure que la proportion d'étrangers dans la zone de l'étude. De plus, les étrangers venaient de leur propre chef de façon significativement inférieure aux natifs et venaient en ambulance de façon significativement supérieure. Il n'y avait pas de différence entre le nombre d'arrivées via les forces de l'ordre entre les deux populations.

Ces résultats sont à interpréter avec prudence du fait de la faible puissance de cette étude et du fait de l'utilisation de la catégorie des étrangers qui est finalement assez large et regroupe un grand nombre de situations différentes (touristes, demandeurs d'asile, étudiants...).

Néanmoins, ils tendent à montrer que les étrangers sous-utiliseraient les structures de soins d'urgences psychiatriques et auraient tendance à moins y venir de leur propre chef, ceci posant la question de leur choix dans les soins. Le fait que les étrangers et les natifs venaient de façon équivalente accompagnés par les forces de l'ordre lutte contre une idée communément admise par certains de la plus grande violence des étrangers dans les pays d'accueil. (2)

De ces 7 mois à l'UPRM, j'aurais tendance à remarquer de façon empirique que les personnes en situation de migration arrivent régulièrement dans des contextes flous et avec une demande de soins vague. Cette question que l'on pose souvent à l'arrivée des personnes « pourquoi venez-vous consulter ? » et l'attente des soignants d'une réponse franche, directe et courte nie toute la complexité et toute la difficulté des personnes à exprimer ce qu'elles ont vécu. Un long parcours ponctué de traumatismes et de sévices ou même de torture subis ne peut se résumer à une phrase ou une réponse courte et directe. Attendons-nous finalement que dès

leur arrivée les personnes répondent « Je viens parce que j'ai subi des traumatismes et les conséquences psychologiques sont majeures et j'ai besoin d'aide » ? Comme dit Agnès Afnaim, médecin généraliste au Centré de Santé Primo Levi, la torture subie « ne fait pas parler, elle fait taire », de plus « la honte de ce qu'ils ont subi intime le silence ». Alors souvent, la première demande, exposée à l'infirmier d'accueil, est décalée de cette horreur subie. Elle passe par des troubles psychiatriques plus faciles à exposer tels que des troubles du sommeil ou bien par des symptômes physiques comme des céphalées. Ces symptômes exposés sont souvent les mêmes et font perdre de vue la singularité de la situation de la personne. Cette demande nous apparaît donc à nous, soignants, floue, décalée par rapport à l'aide qui pourrait être demandée.

Ce fut le cas par exemple pour Mr L dont nous reparlerons par la suite. Mr L a 20 ans, il est arrivé il y a quelques mois en France accompagné de sa mère, depuis leur pays d'origine, l'Angola. Mr L consulte pour la première fois à l'UPRM lorsque je le rencontre. Alors comme d'habitude, je demande à l'infirmière de régulation présente ce jour-là, la raison de sa venue, avant d'aller le rencontrer en consultation. Le motif de consultation, ce n'est pas Mr L qui l'a donné à ma collègue, mais sa mère qui l'accompagne. Elle dit venir car son fils « fait n'importe quoi ». A la banque d'accueil, elle ne précise pas plus les raisons de leurs venues.

Ce sera également le cas de Mr F, dont nous reparlerons également, un patient afghan venant consulter pour la première fois à l'UPRM car il dort moins bien ces derniers jours.

Ces motifs flous et très larges de consultation cachent régulièrement des demandes plus intimes, des choses plus difficiles à dire, que le soignant des urgences va devoir chercher à découvrir au cours de la consultation.

Temporalité

La temporalité des urgences est courte, en une consultation, l'orientation du patient doit être déterminée et si une hospitalisation est décidée, en 24h, le patient doit être dans un autre service.

Cette temporalité peut pousser les soignants à catégoriser les personnes en situation de migration prises en charge pour simplifier les choses et trouver une réponse standardisée à proposer. La catégorisation entraîne en effet une simplification des caractéristiques des

personnes avec une accentuation des différences ou des ressemblances. Dans le cadre de la prise en charge des personnes en situation de migration aux urgences, c'est plutôt l'accentuation des ressemblances qui est à l'œuvre. Cette catégorisation permet de s'affranchir de l'unicité des individus pris en charge et donc de répondre à la demande dans une temporalité courte tel que le travail aux urgences le nécessite. Comme dit précédemment, les plaintes exprimées initialement sont régulièrement les mêmes et ajoutent à la perte de singularité des personnes.

Cette temporalité courte peut également pousser le soignant à des simplifications des symptômes toujours en vue de répondre rapidement et efficacement à la demande. Les consultations sont rapides et centrées sur la demande initiale du patient qui, comme nous l'avons vu précédemment, est souvent en décalage avec le travail psychologique et médical qu'il serait nécessaire de faire pour apaiser les souffrances psychiques. Cette quasi-précipitation peut donc entraîner le médecin sur une fausse piste diagnostic, peut entraîner une perte totale du sens réel de la demande et les soignants peuvent passer à côté d'une souffrance initialement cachée à la vue de tous.

La temporalité courte de cette consultation d'urgence est aussi en décalage avec la temporalité des démarches administratives en cours pour les patients. Par exemple, dans le cadre d'une demande d'asile, l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) a en théorie 6 mois pour statuer sur la demande, en procédure normale. En 2018, l'OFPRA a statué dans un délai moyen de 112 jours et la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile) dans un délai moyen de 195 jours. En moyenne en 2018, il s'écoulait un an entre la demande d'asile et la réponse définitive. (1)

Ainsi, il faudrait donc un an aux institutions du pays d'accueil pour statuer sur une demande d'asile en lien avec des persécutions subies souvent évidentes alors qu'en une consultation d'une dizaine ou d'une vingtaine de minutes, les soignants prennent une décision d'action par rapport à une souffrance psychique qui nécessiterait finalement bien plus de temps pour que sa complexité soit appréhendée.

La prise en charge de ces patients nécessite du temps, de la disponibilité en vue de l'établissement d'une relation thérapeutique basée sur la confiance. Le temps et la disponibilité sont justement deux choses qui manquent cruellement aux urgences psychiatriques. Agnès AFNAIM insiste sur cette notion de temps nécessaire à la prise en

charge de ces patients, « nécessaire pour installer la confiance préalable à l'examen clinique, laisser le patient s'exprimer à son rythme en lui offrant le sentiment qu'il est écouté ».

Ainsi on voit bien que la temporalité des urgences psychiatriques n'est pas optimale pour l'accueil des récits traumatiques et douloureux des personnes en situation de migration.

La question du récit

Souvent au cours de la consultation, arrive un moment où les soignants posent la question du récit du parcours migratoire avec en parallèle une demande de récit des expériences traumatiques vécues. Ces demandes peuvent être brutales et peuvent être vécues de manière très négative par les personnes. Elles peuvent également leur rappeler les entretiens sous forme de questions-réponses de l'OFPRA, si une demande d'asile les concernant est en cours.

Le récit des personnes est troublé par les effets de la mémoire traumatique et par sa fragilité. Raconter son parcours semé d'embuches de façon brute, sans accompagnement ensuite, ce serait comme revivre ce qui a été douloureux sans que des solutions apaisantes soient évoquées.

Alors les soignants s'exposent soit à un silence, soit à une grande distractibilité de la personne, soit à des réactions émotionnelles vives ou encore à des réponses en décalage avec la question posée.

La question du récit d'événements aussi difficiles et traumatiques, au-delà de ce qui peut être imaginé par qui ne l'a pas vécu, est donc centrale dans la prise en charge de ces personnes. Est-il finalement opportun de l'aborder de façon aussi directe dans un lieu où, si un retour à domicile est décidé, il n'y aura pas de suivi dans les suites ?

Au cours des 7 mois passés aux urgences, j'ai appris à me poser systématiquement cette question face à une personne en situation de migration ayant vraisemblablement subi des traumatismes importants. Mais finalement, si le vécu de migration et les traumatismes subis ne sont pas abordés, ne passe-t-on pas à côté d'une partie très importante de la vie de nos patients pouvant expliquer les plaintes justifiant la consultation ? Si l'on s'arrête uniquement à la plainte exposée comme cause de la consultation et qu'on ne cherche pas plus loin, n'élide-t-on pas un pan nécessaire à comprendre pour soigner la personne ? Il s'agit donc de trouver un juste milieu périlleux pour ne pas être trop intrusif et risquer d'aggraver la souffrance

psychique d'un côté et d'un autre ne pas passer à côté d'une plainte cachée derrière des plaintes psychiques plus habituelles ou des plaintes physiques. Encore une fois, cet exercice délicat l'est d'autant plus qu'une décision rapide est nécessaire aux urgences psychiatriques.

Interprétariat et langue

Une autre difficulté de la prise en charge des personnes en situation de migration aux urgences psychiatriques en pratique est l'absence de recours aux interprètes professionnels.

Face à une personne non allophone, l'utilisation de logiciels de traduction non médicaux type « Google Traduction » associée à l'utilisation de la débrouille ainsi que le recours à des interprètes bénévoles (souvent des membres de la famille ou des amis) et des interprètes brokering (d'autres professionnels de l'institution) prévalent.

Evidemment, interpréter est un métier, qui nécessite des connaissances, des facultés et une certaine habitude.

Le recours à des interprètes bénévoles membres de la famille du patient ou amis du patient pose la question du secret médical, de l'éthique et bien sûr de la qualité de l'interprétariat. L'utilisation de logiciels de traduction ne permet qu'une traduction littérale sans analyse du contexte et de la métacommunication qui sont tout aussi importants que les mots. De plus cette traduction est alors seulement écrite contrairement à l'interprétariat qui est oral.

L'intellect, le sens des mots, les connaissances ne suffisent pas pour interpréter. Les sensations et les sentiments sont essentiels.

Alors d'où vient cette absence de recours à l'interprétariat professionnel ? Vraisemblablement d'habitudes pour le moment encore ancrées dans la pratique soignante. Peut-être aussi de certaines craintes des soignants : crainte de se sentir exclu de la conversation, crainte de la bonne qualité de l'interprétariat, crainte de travailler avec une parole différée. Et pourtant sans interprète professionnel, il est certain que beaucoup de nuances et de subtilités sont perdues.

Habituellement, lorsque les patients sont hospitalisés dans les services d'hospitalisation ou lorsqu'il s'agit d'une consultation au CMP (Centre Médico-Psychologique), les choses peuvent être organisées en amont pour qu'un interprète professionnel soit présent lors de

l'entretien ou de la consultation. Aux urgences, l'anticipation et la prévision ne sont pas de mises.

Prenons l'exemple de Mr B. Il s'agit d'un patient reçu pour la première fois à l'UPRM, n'ayant aucun antécédent de soins psychiatriques. Mr B est originaire d'Algérie, il a 21 ans. Il est en France depuis 3 ans. Ayant été piégé dans les mailles d'un réseau de trafic de drogue dès son arrivée en France, il n'a pas eu l'occasion ni d'apprendre le français ni de faire une quelconque démarche administrative. Mr B parle uniquement l'arabe algérien. Mr B est arrivé dans la nuit à l'UPRM, il a été reçu par une médecin parlant la même langue que lui, ce qui a facilité le début de la prise en charge. Lorsque je le revois le lendemain en consultation de réévaluation, aucun professionnel présent ne peut interpréter. Je ne suis donc pas en mesure de le recevoir dès le matin comme habituellement mais je le vois au cours de l'après-midi, avec comme interprète Mme L, la compagne de son meilleur ami ayant fait le parcours migratoire avec lui. Mme L est française, elle n'a jamais vécu en Algérie mais a appris à parler arabe algérien avec son mari.

Je n'ose imaginer à quel point rester hospitalisé dans un service d'urgences psychiatriques sans comprendre un traître mot de ce que les professionnels et autres patients disent doit être difficile et effrayant.

Un second exemple peut être celui de deux patients tunisiens, habitant dans un squat ensemble depuis environ 6 mois. Ces deux patients ont développé depuis leur arrivée en France une addiction à la prégabaline, qu'ils achètent sur les trottoirs. La prégabaline est un antiépileptique utilisé également dans le traitement des douleurs neuropathiques et des troubles anxieux généralisé qui peut être mésusé avec des effets euphorisants recherchés principalement. J'ai reçu un de ces deux individus pendant que l'autre était reçu par un collègue. Le patient que j'ai vu en consultation parlait français très difficilement. Il a souhaité que son ami vienne traduire l'entretien. Nous avons donc fait une première partie d'entretien seulement avec le patient puis une deuxième partie avec son ami, faute d'autre solution d'interprétariat. La demande de ce patient n'était malheureusement pas une demande de soins mais plutôt une demande d'ordonnance pour faciliter son accès à la prégabaline. Après lui avoir expliqué qu'il n'était pas possible de faire ceci et lui avoir proposé d'initier un suivi en addictologie qu'il a refusé, il s'est agité en salle d'attente, il hurlait en arabe tunisien et à partir de ce moment-là n'a plus voulu s'exprimer autrement que dans cette langue. C'est alors son ami qui a interprété la suite de l'entretien, ce qui posait question car lui aussi était venu consulter pour lui-même et lui aussi avait cette même problématique addictologique.

L'utilisation d'interprètes brokering peut également soulever quelques difficultés.

Nous pouvons illustrer ceci par une consultation réalisée au milieu de la nuit avec un patient albanais, arrivé en France depuis seulement quelques mois. Dès son arrivée dans la salle d'attente, son visage crispé, ses pleurs, nous ont beaucoup touchés. Malheureusement, ce patient ne parlait ni français ni anglais et aucun de nous ne parlions albanais. Un membre du service de sûreté de l'hôpital a proposé de traduire mais lui parlait serbo-croate. Il nous a dit pouvoir comprendre et interpréter l'albanais mais compte tenu des tensions existantes dans cette partie de l'Europe, il a préféré que nous demandions au patient d'abord s'il acceptait que l'entretien se passe de cette manière. Par chance, le patient a accepté et nous a confirmé que lui aussi comprenait le serbo-croate ce qui a vraisemblablement facilité les choses entre eux. Nous nous retrouvions alors avec 3 langues dans un même entretien.

Au moment où j'ai demandé au patient s'il avait des idées suicidaires, le professionnel membre du service de sûreté de l'hôpital m'a répliqué qu'il ne pouvait pas poser cette question aussi directement et lorsque j'ai insisté pour qu'il le fasse, il s'est senti très mal à l'aise de poser une telle question.

Même quand un langage commun est trouvé, si le langage n'est la langue maternelle ni du soignant ni du patient, les difficultés sont importantes.

On peut alors parler de Mr F, dont nous avons précédemment abordé la situation. Mr F vient d'Afghanistan et est en France depuis un an environ. Il s'exprime dans un anglais parfait mais dit bien à plusieurs reprises que certaines choses sont difficiles à exprimer pour lui dans une langue différente de sa langue maternelle. De même, lorsque je le prends en charge, malgré le fait que je comprends et m'exprime plutôt bien en anglais, je perds en spontanéité, je prépare plus l'entretien et je sens donc que les entretiens paraissent moins humains car je ne sais exprimer mon empathie en anglais au même titre que si Mr F était pris en charge en français.

L'absence de langage commun peut être source d'incompréhension également, de difficultés majorées d'évaluation, notamment du risque suicidaire, et d'établissement d'un diagnostic précis.

Orientations possibles

Au terme de l'évaluation psychiatrique, plusieurs orientations sont possibles pour le patient rencontré.

Un retour au domicile avec une sortie de l'hôpital immédiate est possible, et ceci avec ou sans prescription, presque toujours avec une orientation vers un service de soins ambulatoire ou une plateforme d'aide. En effet, le fait même de venir consulter à l'UPRM est signe de souffrance et ne doit rester sans orientation vers une structure professionnelle en mesure d'accueillir cette souffrance.

Pour les personnes en situation de migration, les orientations sont parfois délicates.

Une étude suisse menée entre 2012 et 2017 a montré que les demandeurs d'asile avaient tendance à être plus hospitalisés que les patients suisses. L'étude propose comme explication possible à cette orientation la sévérité supérieure des symptômes présentés par les demandeurs d'asile (les demandeurs d'asile présentaient de façon significativement supérieure au groupe contrôle des idées suicidaires et des comportements auto-agressifs) ou bien leurs faibles ressources financières limitant les possibilités en ambulatoire et également leur faible soutien socio-familial limitant également les possibilités en ambulatoire. (3)

Certains sont orientés vers la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Pour rappel les PASS ont été créées en 1998 et sont issues de la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion complétée par une circulaire de 2013 posant un cadre plus structurant. Il s'agit d'un dispositif hospitalier et médico-social ayant pour but l'accueil et la prise en charge des publics en situation de précarité ainsi que la délivrance de médicaments.

En Auvergne Rhône Alpes, il y a 7 PASS psychiatriques. Elles sont mal réparties sur le territoire régional.

Le public venant à la PASS a beaucoup évolué au fil des dernières années : actuellement elle accueille beaucoup de primo-arrivants en demande d'asile, de migrants en cours de procédure, de statutaires et de déboutés.

L'augmentation de la file active des PASS est principalement due à l'augmentation du délai d'accès aux droits CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) des personnes, notamment depuis octobre 2019, date à laquelle les demandes d'AME (Aide Médicale d'Etat) ont été centralisées sur la CPAM de Marseille. Cette augmentation de file active est également secondaire aux difficultés majeures d'orientation dans les structures de droits communs avec

un accueil hétérogène par les médecins libéraux et donc une surcharge des médecins accueillant ce type de population au cabinet.

L'adressage dans les PASS depuis les urgences psychiatriques est de plus en plus difficile avec des délais de consultation de plus en plus importants. Contrairement aux CMP (Centres Médico-Psychologiques) qui sont multiples et se veulent le plus près possible des logements des patients pris en charge, les PASS peuvent être loin du domicile des personnes concernées. Ainsi, l'UPRM adresse préférentiellement les patients le nécessitant à la PASS du Centre Hospitalier du Vinatier alors que ces mêmes patients viennent de tout le département du Rhône. Dans ce contexte, la difficulté à l'accès à un suivi psychiatrique de proximité peut avoir pour conséquence la nécessité de trajets longs et coûteux afin de venir consulter à la PASS du Centre Hospitalier le Vinatier.

De même, la PASS du Vinatier offre une dispensation médicamenteuse quotidienne. Les horaires sont néanmoins très réduits (2h par jour le matin) et ne permettent qu'une liberté minimale des personnes concernées.

Les patients peuvent également être orientés vers les CMP avec parfois une réticence à la prise en charge de ces personnes en situation de migration et une difficulté pour la sectorisation.

Cette difficulté à la sectorisation se retrouve également lorsqu'une décision d'hospitalisation est prise. Il convient alors de déterminer si le patient est d'un secteur de l'hôpital du Vinatier, de l'hôpital de Saint Jean de Dieu ou de l'hôpital de Saint Cyr. Si le patient vit dans la rue ou n'a pas de lieu de vie stable, alors en fonction de l'époque de l'année il est pris en charge arbitrairement dans un de ces trois hôpitaux avec un relais en CMP fait dans le CMP correspondant à l'unité dans laquelle il a été accueilli. Si le patient est en foyer, il convient de déterminer si le foyer est considéré comme un logement pérenne ou un logement transitoire. Si le logement est pérenne alors son adresse permet une sectorisation, si le logement ne l'est pas alors la personne est prise en charge au niveau du secteur comme s'il était sans domicile fixe. Un patient habitant dans un foyer transitoire d'un côté de la ville peut donc se retrouver pris en charge dans un CMP de l'autre côté de la ville ne facilitant pas son adhésion aux soins. Cette décision est prise depuis les urgences et pose un problème éthique pour le soignant devant appliquer ces règles.

Les personnes en situation de migration peuvent également être prises en charge dans le cadre des EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) qui permettent « l'aller vers », le travail au plus près des personnes dans leurs lieux de vie, au quotidien. Le travail des urgences se fait

beaucoup en lien avec les EMPP qui adressent régulièrement à l'UPRM les personnes les plus en souffrance et nécessitant le plus une aide urgente et médicale.

Faute d'orientation psychiatrique spécialisée, certaines personnes en situation de migration sont réorientées vers les professionnels de médecine générale. En effet, peu de cabinets libéraux de psychiatrie acceptent la prise en charge de personnes en situation de migration et de grande précarité.

De nouveaux lieux permettent également un accueil inconditionnel moins tourné vers le soin psychiatrique mais plus vers le soutien et l'écoute. On pourra notamment citer l'Espace, ouvert depuis janvier 2020, qui est « un lieu d'accueil, d'échange et d'expression ouvert à toutes les personnes concernées par la migration, qui vise à soutenir le lien social et la santé mentale » (site de l'ORSPERE SAMDARRA). Les professionnels accueillant les personnes dans ce lieu sont psychologues ou médiateur pair. Le lieu se veut coconstruit avec les personnes. Ce lieu n'a pas vocation à être un lieu de soins. Certains patients consultant à l'UPRM n'ayant à priori pas de pathologie psychiatrique en tant que telle mais ayant besoin de soutien, d'un lieu d'ancrage, d'un accompagnement, peuvent être orientés vers ce type de structure, nouvelle et innovante. Il ne s'agirait en effet pas de psychiatriser absolument toutes les personnes en situation de migration consultant à l'UPRM. Mais la frontière entre situation relevant d'une prise en charge psychiatrique ou non est ténue et difficile à délimiter.

Articulation avec les autres professionnels

Il arrive très régulièrement que les personnes en situation de migration soient accompagnées de travailleurs sociaux, de professionnels intervenant dans leurs lieux de vie.

Très souvent, ces professionnels, accompagnant au quotidien la personne concernée, sont de véritables alliés dans la prise en charge et permettent une compréhension très globale de la situation actuelle de la personne avec des réponses et des éléments précis.

Nous pouvons prendre l'exemple de Mr P, âgé de 37 ans et originaire du Cameroun. Mr P est arrivé en France en 2011. Il a un passé très traumatique avec notamment sa mère qui s'est fait tuer au Cameroun sous ses yeux alors qu'il n'avait que 10ans. Depuis son arrivée en France, Mr P consomme du cannabis, de l'alcool et probablement d'autres drogues mais il ne souhaite pas le préciser le jour où je le rencontre aux urgences. Mr P a été diagnostiqué schizophrène,

il est régulièrement suivi sur le CMP et est bien stabilisé sous Abilify (aripiprazole, neuroleptique de deuxième génération). Il n'a jamais été hospitalisé, il s'agit de sa première venue à l'UPRM. Mr P se présente accompagné de deux travailleurs sociaux du CPH (Centre Provisoire d'Hébergement) où il réside. Lorsque je le vois, il est mutique, il semble envahi par des hallucinations mais il n'est pas possible d'en savoir la nature. Il ne répond pas à mes questions. Dans ce cas-là, c'est l'inquiétude des travailleurs sociaux qui l'ont trouvé dans un état inhabituel ces derniers temps qui a permis l'hospitalisation de Mr P. Mr P est bien plus en confiance avec ces travailleurs sociaux qu'il connaît depuis longtemps. Il a pu leur faire part de ses symptômes, de son impression que tout le monde veut le tuer, des hallucinations auditives qu'il ne contrôle plus, de sa tristesse et de ses idées suicidaires de plus en plus envahissantes.

Assez régulièrement, la problématique pour laquelle ces professionnels accompagnent les personnes n'est pas nouvelle et ne remplit pas les critères d'une urgence absolue. Dans ces situations, de nombreuses autres pistes ont été explorées avant cette consultation aux urgences et alors on ressent une grande attente des professionnels et des personnes envers cette consultation. Elle est vue comme un dernier espoir de réponse. La réponse que l'on apporte n'est malheureusement jamais miraculeuse et la colère face à cette réponse peut être importante.

Nous pouvons prendre l'exemple de Mr G, jeune homme d'une vingtaine d'années originaire de Guinée, qui consulte accompagné d'une bénévole l'ayant accueilli chez elle pendant longtemps ainsi que d'un directeur d'école supérieure, école où il est actuellement logé. Depuis quelques mois, les relations entre Mr G et les autres élèves habitant à l'école se sont dégradées. Mr G s'énerve plus rapidement, peut parfois proférer des menaces et élever la voix, jusqu'à faire peur à certains élèves. Mr G a déjà un rendez-vous programmé avec une équipe mobile de psychiatrie qui a été sollicitée par les élèves de l'école il y a quelques temps. En entretien, on ne retrouve pas d'élément clinique bruyant. Mr G rapporte qu'il est complexe pour lui de vivre avec d'autres jeunes qui n'ont que peu de choses en commun avec lui, qui parfois ne comprennent pas ses réactions alors qu'elles lui semblent justifiées. La période du Ramadan, pendant laquelle je rencontre Mr G, est également fatigante physiquement pour lui et il se plaint du bruit que certains autres élèves font la nuit. Le directeur et la bénévole rencontrés dans un second temps craignent une pathologie psychiatrique délirante, sans réellement pouvoir nous donner d'élément supplémentaire, en dehors de cet énervement grandissant depuis des mois. On sent tout de même qu'ils attendent une réponse, une solution

miraculeuse pour que ceci cesse. Or évidemment la solution de cette situation complexe ne se trouve pas en urgence sur une consultation et ne se trouve pas non plus dans une décision d'hospitalisation qui ne renforcerait que les problèmes d'intégration de ce jeune patient.

L'articulation avec les autres professionnels intervenant auprès des personnes en situation de migration rencontrées aux urgences psychiatriques est donc à la fois source de richesse clinique et source de difficultés de compréhension.

Diagnostics et prise en charge

Les traumatismes

Une partie très majoritaire des personnes en situation de migration rencontrée pendant les 7 mois que j'ai passés à l'UPRM a vécu des traumatismes et des pertes multiples.

Classiquement, on regroupe ces traumatismes dans trois grandes catégories : les traumatismes vécus dans le pays d'origine, les traumatismes subis lors du parcours de migration et les traumatismes vécus dans le pays d'accueil.

Traumatismes subis dans le pays d'origine

Ils sont multiples et malheureusement se déclinent à l'infini. Ils peuvent être la cause directe ou non de la décision d'immigration.

On pourrait prendre de très nombreux exemples de patients rencontrés dans le cadre de mes 7 mois à l'UPRM. Reprenons l'exemple de Mr B, jeune patient de 21 ans venu d'Algérie. Mr B explique d'emblée les raisons l'ayant poussé à quitter son pays natal. En effet, il serait tombé amoureux de la fille d'un dirigeant militaire, ils auraient été en couple, cachés de tous. Leur union aurait été découverte et Mr B aurait subi de très nombreuses menaces de la famille de cette jeune fille. C'est alors, aidé par certains membres de sa famille, qu'il aurait quitté le pays.

On peut également parler de Mr V, patient d'une quarantaine d'années, syrien. Il explique avoir été maire d'une grande ville syrienne mais aurait dû précipitamment quitter le pays avec sa femme et ses 7 enfants du fait de menaces de mort répétées.

Les menaces de mort, les guerres, les crimes contre l'humanité, les incertitudes politiques, les restrictions des libertés fondamentales, la pauvreté, la famine, sont autant de raison qui

poussent ces personnes à fuir.

Certains ont même été torturés, la torture étant définie comme tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne.

Le livre Les Raisins de la Colère de John STEINBECK raconte l'histoire d'une famille nombreuse, formée initialement d'un grand père et d'une grand-mère, d'un père et d'une mère, d'un oncle et de 7 enfants, d'un pasteur et de leurs chiens, aux Etats Unis dans les années 1930, qui migre au sein même du pays, du fait de la perte de leurs terres agricoles rachetées par de grandes firmes et banques. La mise en route n'est pas choisie, cette famille perd, du jour au lendemain, tout ce qui faisait sa richesse et sa fierté. La pauvreté, la perte de ce qui est cher, l'impression de ne pas être pris en compte dans sa souffrance par les personnes les chassant sont autant de raison poussant cette famille à prendre la route, dans des conditions inhumaines.(5)

Traumatismes subis lors du parcours migratoire

Le parcours migratoire est habituellement semé d'embûches. On parle actuellement de « migrerrance » avec des parcours migratoires de plus en plus longs, des arrêts multiples, volontaires ou involontaires, des déviations.

Pour atteindre l'Europe, il y a la voie terrestre mais également la voie maritime. Au fur et à mesure des fermetures de frontières, des réorganisations des pays d'accueil pour limiter l'afflux de migrants sur leurs terres, des renforcements des contrôles douaniers, les parcours changent et se modifient, demandant une adaptabilité importante des personnes concernées. La mer Méditerranée est un passage dangereux pour toute personne s'y risquant. En octobre 2013, la marine italienne lance l'opération Mare Nostrum ayant pour but de sauver les exilés. Cette opération prend fin en octobre 2014, soit un an après sa mise en place, et est remplacée dès novembre par l'opération Triton de l'agence Frontex ayant pour objectif la surveillance des frontières européennes.

Ce parcours coûte cher, les passeurs se multiplient. Depuis l'année 2000, les populations déplacées auraient dépensé 15.7 milliards d'euros pour atteindre l'Europe. Depuis cette même année il y aurait eu 22 000 morts parmi ceux ayant tenté de traverser la mer Méditerranée. (6)

A l'UPRM, j'ai ainsi pu rencontrer Mr R, un jeune homme de 20 ans, venu du Sénégal. Dans son parcours, il a dû traverser la Libye, pays connu pour les horreurs qu'on y subit en tant que migrant. Il a ainsi été kidnappé et emprisonné avec son ami et compagnon de voyage. Au bout

de 3 mois d'emprisonnement dans des conditions vraisemblablement atroces mais qu'il ne décrit pas lors de notre rencontre, lui et son ami ont décidé de s'échapper. Mr R a réussi, mais son compagnon de voyage a été tué par balles sous ses yeux lors de cette tentative de fuite. Mr B, le jeune homme algérien dont nous avons déjà parlé précédemment, a, quant à lui, déboursé 700 euros auprès de passeurs pour la traversée en radeau de la mer Méditerranée. Un ami qu'il s'était fait lors de sa remontée vers la côte depuis Biskra dont il était originaire, est mort noyé lors de cette traversée.

Alors les traumatismes ne sont pas seulement les violences que l'on vit personnellement mais également les pertes, les deuils, les violences subies par ceux qui deviennent des êtres chers.

Dans Les Raisins de la Colère, le chemin n'est pas de tout repos. Au fur et à mesure de l'avancée vers la région américaine ciblée, les pertes se multiplient : des membres de la famille meurent, épuisés par le parcours en camion, long et peu confortable ; des amis faits au gré des rencontres sur le chemin disparaissent, s'épuisent ou renoncent. Les conditions de voyage sont mauvaises avec une incertitude persistante sur l'avenir proche et lointain, sur la réussite de ce projet ou non. L'absence de revenus, l'inhospitalité des habitants des régions traversées, la faim, ponctuent ce parcours migratoire familial. (5)

Traumatismes subis dans le pays d'accueil

Une fois le périple censé être terminé, une fois arrivé dans le pays « d'accueil », les violences ne sont pas finies. La violence est alors plus insidieuse. Elle renforce les événements traumatisques subis antérieurement et renforce également « le sentiment d'indignité ». (Agnès Afnaim).

Les immigrés arrivant doivent essuyer un grand nombre de refus, un rejet de leurs demandes aussi bien au niveau administratif qu'au niveau des logements et des aides financières.

S'ils s'engagent dans une procédure de demande d'asile, alors le récit qu'ils doivent joindre à cette demande, réactive les traumatismes subis antérieurement. Dans la même veine, l'entretien à l'OFPRA, sous forme de questions-réponses, et centré sur ce qui serait censé justifier la demande d'asile, ne permet pas un rétablissement traumatisique.

Le durcissement des lois et des conditions d'obtention des différents titres de séjour entraîne une violence supérieure sous forme de rejet de la souffrance vécue.

Par exemple, entre le début des années 1990 et l'année 2018 avec la loi « Asile et Immigration », le titre de séjour pour étranger malade est devenu largement plus difficile à obtenir avec notamment un délai de 3 mois après le dépôt de la demande d'asile pour déposer

une demande de titre séjour pour étranger malade. Le rejet de la souffrance des personnes immigrées est donc finalement orchestré légalement.

Encore une fois, le livre Les Raisins de la Colère illustre bien cette persistance des violences une fois la famille arrivée au lieu ciblé. Ils ne sont en effet pas du tout bien accueillis par les populations, ils vivent dans des campements de fortune et sont régulièrement chassés, avec un nomadisme forcé.

On pourrait faire un parallèle avec les populations dites « roms » en France, vue par la plupart des gens comme nomades, alors même que leur nomadisme est conditionné par la destruction régulière de leurs campements de fortune où ils se sont installés et par le rejet quasiment systématique des populations du pays d'accueil. (5)

Les conditions matérielles de l'accueil des populations en situation de migration est une forme de violence induisant de nouveaux traumatismes.

Ainsi ces trois grandes catégories de traumatismes et de violences subies se retrouvent lors des entretiens aux urgences psychiatriques avec des personnes en situation de migration.

Concept de vulnérabilité et groupes particulièrement vulnérables

Le concept de vulnérabilité est un concept multidimensionnel : dimensions ontologique, philosophique (on serait vulnérable car mortel, faillible), sociologique (lié aux concepts de précarité et d'exclusion), médicale, juridique. Dans la définition juridique de la vulnérabilité, il est nécessaire d'associer une faiblesse et un risque pour parler de vulnérabilité. La vulnérabilité est donc un concept universel, potentiel, individuel, contextuel/relationnel, réversible.

Parmi les personnes en situation de migration, on considère certains groupes de populations comme étant plus vulnérables que les autres. Il s'agit notamment des femmes, des mineurs (accompagnés ou non), des migrants de plus de 60 ans, des étrangers malades et des étrangers en situation de restriction de liberté (en Centre de Rétention Administrative notamment).

Je développerai ici plus particulièrement la condition des femmes migrantes, qui représenteraient jusqu'à 52% de la population en situation de migration.

Les femmes subissent des traumatismes identiques à ceux subis par les hommes mais sont également victimes de traumatismes qui leur sont plus spécifiques. Dans le pays d'origine, les traumatismes subis sont liés aux mariages forcés ou précoces qui concernent 700 millions de

femmes dans le monde, aux complications de l'accouchement avec 800 décès par jour secondaires à l'accouchement, aux mutilations sexuelles qui concernent une fille ou femme toutes les 5 minutes dans le monde, aux viols et notamment aux viols conjugaux qui ne sont pas pénalisés dans tous les pays du monde. Le viol est également utilisé dans certains pays comme une arme de guerre. Pendant le parcours migratoire, le faible accès aux produits d'hygiène complique les périodes de menstruation, la grossesse est également un facteur de vulnérabilité majeur au cours du parcours. La prostitution et les agressions sexuelles sont légion, au cours du parcours mais également à l'arrivée dans le pays d'accueil.

A l'UPRM j'ai ainsi pu rencontrer Mme A, une femme de 46 ans, venue du Congo en septembre 2019. Dans le village congolais d'où elle était originaire, elle a été accusée de sorcellerie car, après une dispute avec une tante enceinte, cette tante aurait perdu son bébé. Chassée de son village, elle s'est retrouvée au poste de police. Elle rapporte un grand nombre de violences de la part des policiers congolais avec des viols multiples, des violences physiques et des humiliations et insultes. Secourue par sa sœur, qui l'a sortie du commissariat, elle n'a pas eu d'autre choix que de fuir, laissant derrière elle 4 enfants de 14 à 4 ans.

J'ai également pu rencontrer Mme O, une jeune femme de 23 ans, originaire du Nigéria et enrôlée dans un réseau de prostitution. Hébergée par le proxénète du réseau, apeurée par les menaces qu'il profère en réponse à son envie de fuir ce réseau, elle ne voyait pas d'autre solution que de faire ce qui lui était demandé, malgré l'horreur de ce « travail », les violences physiques et sexuelles subies de cet homme et des clients.

Séquelles psychiques des traumatismes

Selon les chiffres disponibles, 30 à 65% des personnes en situation de migration répondraient au diagnostic de trouble de stress post traumatisque.

Il est dans un premier temps très important de définir ce qu'est ce trouble. Le DSM-V est la classification des troubles mentaux la plus utilisée en pratique courante. Il y a 8 critères pour répondre à cette définition diagnostique :

- Critère A : avoir été exposé à la mort, à des blessures graves, à la violence sexuelle, effective ou potentielle soit en ayant vécu le traumatisme directement, soit en ayant été témoin, soit en

apprenant que ceci a été vécu par un membre de la famille ou un ami proche soit en vivant des détails pénibles de façon répétée (dans le cadre du travail par exemple)

La plupart des personnes en situation de migration ont subi non pas un traumatisme particulier mais bien plusieurs traumatismes, en tant que victime directe ou en tant que témoin direct ou indirect.

- Critère B : présence d'un ou de plusieurs symptômes parmi les suivants : souvenirs pénibles récurrents, involontaires et envahissants de l'événement traumatisant ; rêves répétitifs pénibles en lien avec l'événement traumatisant ; réactions dissociatives (flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait ; détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ; réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement → **REVIVISCENCES**
- Critère C : évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatisant ayant débuté après ce dernier : évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments pénibles, les rappels externes qui éveillent des souvenirs → **EVITEMENT**
- Critère D : altérations négatives des cognitions et de l'humeur avec au moins deux symptômes parmi les suivants : **incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatisant** ; croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres ou du monde ; **cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui amènent l'individu à se blâmer ou blâmer les autres** ; état émotionnel négatif persistant ; diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives ; sentiment de détachement ou d'éloignement des autres ; incapacité persistante de ressentir des émotions positives → **ALTERATIONS NEGATIVES**
- Critère E : altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatisant, secondaire à cet événement avec au moins deux symptômes parmi : comportement irritable et crises de colère ; comportement imprudent ou autodestructeur ; hypervigilance ; réaction de sursaut exagéré ; problèmes de concentration ; troubles du sommeil → **HYPERVIGILANCE**
- Critère F : la durée des critères B, C, D et E est de plus d'un mois

- Critère G : la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels ou dans les autres domaines importants
- Critère H : la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre condition médicale.

Parmi ces critères, l'incapacité à se rappeler d'un aspect important de l'événement traumatisant, les cognitions persistantes déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant sont des critères rendant difficile le récit des violences subies et expliquant en partie certaines incohérences dans les récits des personnes. En effet, la mémoire traumatisante est différente de la mémoire biographique. Elle est fragile. De faux souvenirs, des souvenirs induits, une déformation des souvenirs sont possibles.

Diagnostic et prise en charge aux urgences psychiatriques

Le nombre de personnes rencontrées aux urgences répondant en partie ou complètement à cette définition du DSM-V est important.

Le trouble de stress post-traumatique est finalement la conséquence « des effets de la mémoire traumatisante et aussi des mécanismes de défense contre cette mémoire traumatisante très coûteuse pour l'organisme. Ces mécanismes de défense sont plus ou moins efficaces, plus ou moins conscients et plus ou moins adaptés. » (Agnès Afnaim).

J'ai pu rencontrer un patient pour lequel la dissociation traumatisante était majeure et franche. Il s'agit de Mr R dont nous avons déjà parlé, ce jeune homme de 20 ans sénégalais qui a vu son ami se faire tuer en tentant de s'échapper d'une prison libyenne. En entretien, Mr R n'est pas là, il est encore en Libye en pensées. Il est sur le qui-vive, assis sur le bord de sa chaise, prêt à fuir au moindre signe. Il a les yeux écarquillés et revoit les scènes libyennes. Il sursaute au moindre bruit et prend alors sa tête entre ses mains en bouchant ses oreilles et en se recroquevillant sur lui-même comme pour se faire tout petit et éviter les balles. Mr R parle à son ami décédé, il le voit. Il est méfiant, sans cesse en insécurité. Il semble triste, abattu. Lorsqu'il est au CADA où il vit, il reste dans sa chambre, replié sur lui-même évitant les bruits, les mouvements de la rue et de la foule.

Néanmoins, souvent, il est difficile de poser ce diagnostic dans le temps d'évaluation clinique imposé par le rythme des urgences. En effet, comme déjà dit précédemment, la torture « fait

taire ». Les traumatismes vécus et subis ne sont pas dits de façon spontanée et dès la première rencontre avec un interlocuteur. La rencontre dans le cadre des urgences est peu propice à l'établissement d'une relation de confiance. Cette confiance accordée à l'autre est difficile pour les personnes en situation de migration ayant été victimes de traumatismes ou de torture. Ces personnes ont en effet été témoins de ce dont l'autre, leur semblable, est capable. Dévoiler ses symptômes, son fonctionnement interne et ses difficultés, exprimer une demande d'aide nécessite cette confiance, impossible à obtenir dans un laps de temps si bref. Alors, à travers les plaintes somatiques ou psychiques communes, il est important de chercher à déceler des signes orientant vers le diagnostic de trouble de stress post-traumatique.

Une étude belge du début des années 1980 s'est proposée d'étudier la somatisation chez des patients immigrés, venant de pays du bassin méditerranéen. Parmi les 189 patients immigrés et étrangers, se présentant aux urgences psychiatriques, 68% mettaient en avance une plainte somatique (contre 24% des 189 patients belges non immigrés). A la fin de l'évaluation psychiatrique, le diagnostic de trouble somatoforme était porté dans une même proportion chez les deux catégories de patients de l'étude. Cette étude tend donc à montrer que les patients immigrés et étrangers, ici originaires d'un pays du bassin méditerranéen, mettent en avant des plaintes somatiques qui la plupart du temps cachent des troubles psychiques plus complexes. Le corps exprime des choses que les mots ne peuvent signifier. (7)

On peut prendre l'exemple de Mr F, ce patient afghan, arrivé en France depuis un an. La première fois qu'il se présente aux urgences, et même les fois suivantes, les motifs de consultation qu'il énonce à son arrivée sont des troubles du sommeil et une fatigue. Derrière ces troubles, on saura au fur et à mesure de la prise en charge de Mr F que se cachent des symptômes dépressifs majeurs avec une perte de l'élan vital et une tristesse importante qu'il avoue du bout des lèvres après plusieurs entretiens. Mr F finira également par dévoiler une impression permanente d'insécurité, une peur intense, chez lui, dehors, une peur que les autres lui fassent du mal, le tuent.

Le cas de Mr F pose également la question du diagnostic différentiel entre épisode psychotique et dissociation traumatisante. Lorsque Mr F se sent en insécurité et pense qu'on va le tuer, expose-t-il des idées délirantes de persécution ? Où est-il en proie à des reviviscences internes ? Mr F, tout au long de sa prise en charge aux urgences, n'évoquera à aucun moment les raisons de sa venue en France ni de potentiels traumatismes subis.

La question du diagnostic différentiel avec un épisode psychotique et une dissociation traumatique est une question importante aux urgences psychiatriques et que je me suis très régulièrement posée.

Nous pouvons prendre Mme O comme exemple, cette jeune patiente de 23 ans nigérienne, enrôlée dans un réseau de prostitution. Lorsque je l'ai prise en charge sur les urgences, elle présentait une instabilité psychique et motrice majeure, une grande agitation. L'entretien en anglais était difficile, elle niait répondre à l'identité que nous avions la concernant. Cette négation de son identité était-elle un évitement traumatique ? Une idée délirante sur la thématique de l'identité ?

Nous avons également reçu, sur la fin de mes 7 mois à l'UPRM, un jeune homme guinéen d'une vingtaine d'années, vivant dans la rue vers la gare de la Part Dieu. Il avait été pris en charge par les forces de l'ordre après de nombreux appels de passants. En effet, d'après les informations dont nous disposions, ce jeune homme se promenait au milieu des rails du tramway, parlant seul, s'agitant par moments. A l'entretien que j'ai réalisé à son arrivée, ce patient ne se souvenait pas de ce qui avait pu motiver l'intervention des forces de l'ordre. Il répétait en boucle devoir trouver un travail. Alors encore une fois, son comportement était-il lié à des reviviscences traumatiques ou bien à un syndrome de désorganisation psychotique ?

Finalement, la clinique des personnes en situation de migration est rarement franche. Elle pose systématiquement question au soignant. Elle vient tester les limites de la nosographie psychiatrique. Il est difficile de mettre ces patients dans des cases.

Cette prise en charge renverse régulièrement la « hiérarchie » soignante habituelle. En effet, dans le cadre de la symptomatologie traumatique « celui qui sait c'est le patient, le médecin qui n'a jamais fait l'expérience de la torture ne peut rien en savoir et ce savoir du patient l'isole » (Agnès Afnaim).

Prendre en charge autant de souffrance est difficile, déjà au cours d'un suivi régulier, mais d'autant plus en urgence. De plus, les conditions de vie souvent complexes, instables et sources de nombreux autres traumatismes, ne sont pas un socle stable pour une prise en charge sereine des traumatismes.

L'objectif du médecin est finalement ici d'apaiser la souffrance, car « on ne guérit pas de la torture » (Agnès Afnaim).

Consommation de substances

A visée d'apaisement des symptômes difficiles à supporter pour ces personnes, nombreuses sont malheureusement celles qui se réfugient dans des consommations néfastes. Il paraît souvent bien optimiste de penser pouvoir aider ces personnes à stopper leurs consommations de toxiques sans agir directement sur la cause de la souffrance causant cette consommation.

Je prendrai l'exemple de Mr D, un patient de 34 ans, originaire d'Arabie Saoudite. Mr D a obtenu le statut de réfugié depuis 2018 mais vit toujours en CADA (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile). Il est seul en France, il n'a pas de revenus. Le début du parcours de migration, il l'a fait avec sa compagne et ses deux enfants en bas âge. Malheureusement, il les a perdus au cours de la route et n'a plus de nouvelles d'eux depuis des années. Depuis son arrivée en France, Mr D souffre d'une dépendance sévère à l'alcool, d'une dépendance majeure à la cocaïne sniffée avec une consommation pouvant aller jusqu'à 6 grammes par jour et également d'une dépendance sévère au cannabis avec une consommation pouvant aller jusqu'à 20 joints par jour. Il est régulièrement suivi au CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Je l'ai rencontré une fois à l'UPRM, alors qu'il tentait d'arrêter seul sa consommation de cocaïne et présentait des symptômes de sevrage majeurs et invalidants (rhinorrhée (écoulement nasal), epistaxis (saignement de nez), vomissements, épuisement physique, troubles du sommeil, anxiété, craving).

L'aide au sevrage de substances est de manière générale complexe aux urgences psychiatriques. Chez les personnes en situation de migration et de grande précarité, les multiples causes traumatiques de la souffrance surajoutent de la difficulté à ce type de prises en charge.

De plus, les consommations et dépendances sont très souvent comorbides de troubles psychiatriques. Il s'agit donc, dès la première consultation aux urgences psychiatriques, de rechercher ces comorbidités en ne s'arrêtant pas aux seuls symptômes addictologiques.

Quand la psychiatrie n'est finalement peut-être pas la réponse

Les situations rencontrées aux urgences psychiatriques posent parfois la question de la nécessité d'une réponse psychiatrique à des situations qu'il s'agit de nuancer.

Nous pouvons prendre l'exemple de Mr L, ce jeune homme de 20 ans, arrivé en novembre 2019 d'Angola avec sa mère, dont nous avons parlé précédemment. Mr L arrive aux urgences sans demande de soins, c'est sa mère qui nous dit qu'elle veut qu'il voie un psychiatre car « il fait n'importe quoi ». Je reçois dans un premier temps Mr L seul. Aucun symptôme franc psychiatrique n'est décelable. Mr L passe la plupart de ses journées dehors, avec des amis de son âge issus également de l'immigration. Il boit de l'alcool de temps en temps en leur compagnie et il lui arrive aussi de consommer du cannabis. Il n'a pas de demande d'aide en vue de l'arrêt de ses consommations qu'il n'identifie pas comme étant un problème. Je rencontre ensuite la mère de Mr L, en présence Mr L. Sa mère est en colère, elle répète de nombreuses fois que son fils fait n'importe quoi, qu'il traîne dehors, qu'il consomme des choses, qu'il va lui attirer des ennuis. Je comprends finalement au fil de l'entretien, que la mère de Mr L a peur qu'il se fasse remarquer par les forces de l'ordre et que cela impacte leur demande d'asile en cours. Mr L et sa mère sont hébergés par une association religieuse et la mère de Mr L me remet un courrier du directeur de cette association, dans lequel celui-ci demande une hospitalisation en psychiatrie sans quoi leur place ne sera plus maintenue à l'association. Mr L n'a aucune demande de soins, ne comprend pas ce qu'il fait aux urgences psychiatriques.

Cette situation pose la question de la place de la psychiatrie dans ces situations complexes et intriquées. Qu'est-ce qu'un service d'urgences psychiatriques peut apporter à ce jeune homme et à cette mère visiblement inquiète des conséquences pour leur futur ? Qu'entend-on de la demande de ce directeur d'association ?

Probablement que des choses difficiles sont vécues par ce jeune patient, probablement qu'un travail psychologique, une lutte contre son isolement social et affectif, une aide à retrouver un rôle qui le gratifierait seraient importants. Mais ce travail ne prend pas forme aux urgences psychiatriques. Ce travail ne devrait pas avoir comme point de départ la psychiatrie, le médical.

Des lieux comme l'Espace dont nous avons déjà précédemment développé le fonctionnement peuvent répondre en partie à ces situations complexes.

Le non-choix

Partons de l'exemple de Mme O, cette jeune patiente nigérienne prise en charge pour une agitation, une instabilité psychique et motrice associées à une négation de son identité, qu'elle soit délirante ou non. L'agitation majeure de cette patiente nous a fait la prendre en charge en chambre de soins intensifs, donc dans une chambre fermée, dont elle ne peut sortir qu'accompagnée de soignants du service. En parallèle, une mesure de soins sous contrainte a été décidée pour la prise en charge de cette patiente. Ainsi, Mme O se retrouve dans une situation de privation de liberté alors même qu'elle est déjà enrôlée dans un réseau de prostitution en dehors de l'hôpital et donc réduite dans sa liberté et ses possibilités.

Malheureusement, certaines situations obligent le soignant et m'ont obligée à prendre des décisions de restriction des libertés d'aller et de venir et des libertés de choix des soins. Ces décisions sont, pour tout patient, difficiles à prendre. Elles placent le soignant dans une position de supériorité de décisions face au patient. Et ceci est vraisemblablement d'autant plus compliqué à vivre chez les personnes en situation de migration. Elles n'ont déjà que peu de libertés en dehors de l'hôpital, avec des obligations administratives notamment. Elles doivent se justifier sans cesse, déjà en dehors de l'hôpital. Le climat de suspicions permanentes dans lequel elles évoluent en dehors de l'hôpital se transpose alors à l'intérieur des quatre murs de cette chambre fermée. L'enfermement a pu également être vécu antérieurement, au cours d'emprisonnements sur le chemin de migration, en CRA (Centre de Rétention Administrative) en France. Une étude a ainsi pu montrer que presque 100% des étrangers immigrés en situation d'enfermement comme dans les CRA présenteraient les critères d'un épisode dépressif caractérisé, et que l'état psychique des personnes concernées se dégraderait avec la durée d'enfermement. (8) Les décisions d'enfermement et de restriction de liberté dans le cadre du soin se doivent donc d'être les plus courtes possibles, comme pour tous les patients, mais encore plus pour ces patients avec des antécédents d'enfermement et de non-choix à propos de décisions les concernant directement.

Le non-choix qui est leur quotidien est également vécu au niveau des soins. Ce type de prise en charge ne permet que difficilement l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance. Le sens de ce type de soins est probablement bien difficile à entendre et à intégrer et est régulièrement vécu comme une violence supplémentaire par le patient en situation de migration. Le soin, se voulant coconstruit, ne l'est alors que peu dans ces situations. Mais ces choix de prise en charge se font systématiquement dans un désir d'apaisement du patient et

s'accompagnent toujours d'explications sur leur fonctionnement, leur nécessité, leur rôle, leur aspect transitoire, leur durée la plus courte possible.

L'établissement d'un diagnostic, même s'il peut être évident dans certaines situations, reste une étape difficile aux urgences psychiatriques. Les personnes en situation de migration répondent rarement aux classifications avec lesquelles les soignants travaillent habituellement. Leurs symptômes sont volontiers trans-nosographiques. La prise en charge qui découle de l'établissement de ce diagnostic se veut coconstruit dans la mesure du possible mais peut faire écho à des situations d'enfermement et de non-choix vécus dans d'autres dimensions de leur vie.

Culture

Culture et conséquences possibles sur la symptomatologie

A l'arrivée d'une personne étrangère et immigrée dans un nouveau pays d'accueil, celle-ci fait face à un phénomène d'acculturation. Ce terme se rapporte en sociologie au processus par lequel un individu apprend les modes de comportements, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit. Pour ce faire, il y a plusieurs stratégies possibles mises en place par l'individu. Le modèle de Berry est un modèle bi-dimensionnel qui propose 4 grands types de réponses à ce conflit interne :

- L'intégration qui est le maintien des éléments de la culture d'origine tout en empruntant des éléments du groupe d'hôtes.
- La séparation qui correspond à la conservation de l'héritage culturel et à l'évitement des échanges avec le groupe d'accueil.
- L'assimilation qui est l'adoption des éléments de la culture d'accueil et l'éloignement de la culture d'origine.
- La marginalisation qui concerne les individus n'établissant de relation, ni avec le groupe d'origine ni avec le groupe d'accueil.

Ces stratégies d'acculturation peuvent entraîner des désordres psychiques avec une perte de l'équilibre entre les différentes identités du patient. (9,10)

On peut parler de Mme P. Il s'agit d'une jeune fille de 22ans, originaire de Malaisie et venue en France pour ses études. En France, elle est seule, toute sa famille est en Malaisie. Elle est étudiante dans une grande école française. Depuis son arrivée en France, Mme P a un style de vie très occidentalisé. Elle ne peut en parler à sa famille, qui serait vraisemblablement assez choquée de ceci. J'ai rencontré Mme P à l'UPRM, où elle a été adressée par les secours contactés par ses amis. Depuis plusieurs jours, Mme P multipliait les conduites auto-agressives avec scarifications multiples sur les cuisses et les avant-bras et tentatives de suicide par mésusage médicamenteux qu'elle ne reconnaissait pas. Elle faisait des allers-retours aux urgences générales et finissait toujours par rentrer chez elle pour recommencer. Finalement une mesure de contrainte avait été décidée dans les urgences générales d'où elle venait, lorsque je l'ai accueillie aux urgences psychiatriques. Mme P se présentait comme une toute petite fille, assez immature, avec une très petite voix, des pleurs importants, une colère face à ces soins qui lui étaient imposés et une peur intense que sa famille soit au courant de ceci. En reprenant avec elle les éléments des derniers jours, on mettait assez facilement en évidence l'important conflit interne entre culture du pays d'origine représentée par sa famille et culture du pays d'accueil représentée par son style de vie depuis son arrivée en France. Mme P était dans un processus d'assimilation important qui entraînait un déséquilibre interne majeur.

Ces phénomènes d'acculturation prennent en compte deux identités complémentaires chez chaque individu : l'identité individuelle et l'identité sociale. Selon la théorie sociale de Tajfel et Turner, chaque individu cherche à avoir une image positive de soi. A noter également que ces théories sociologiques apportent la notion de dominant et de dominé avec en fonction des situations un sujet qui peut être dominé ou dominant. La migration peut entraîner une perte de la positivité de son identité sociale en passant d'une position sociale de dominant à une position de dominé.

Nous pouvons prendre l'exemple de Mr D, ce patient originaire d'Arabie Saoudite et ayant de nombreuses dépendances de substances depuis son arrivée en France. Mr D fait partie d'une famille extrêmement riche et reconnue en Arabie Saoudite. Son père était proche du gouvernement. Des menaces de mort reçues et probablement d'autres faits que Mr D ne mentionne pas quand je le rencontre l'ont forcé à quitter l'Arabie Saoudite, perdant tout statut social et professionnel. Mr D a obtenu l'asile et a donc le statut de réfugié en France, mais n'a ni revenu, ni fonction sociale.

On peut également parler de Mr V, un patient de 42 ans, ancien maire d'une grande ville syrienne, lui aussi ayant obtenu le statut de réfugié. Mr V n'a pas réussi à trouver un nouveau travail depuis son arrivée en France, il vit dans un petit appartement avec sa femme et ses 7 enfants. Son sentiment d'inutilité et de perte de fonction est tellement intense qu'il multiplie les tentatives de suicide. Pendant son hospitalisation aux urgences, il s'est illustré par son caractère très autoritaire. Il a également décidé de débiter une grève de la faim pour protester contre la situation syrienne actuelle. Il n'a supporté aucune des contraintes imposées par l'hospitalisation et a fini par en sortir.

Mr V, par ce comportement autoritaire a probablement cherché à reprendre le contrôle de la situation d'hospitalisation qui était la sienne alors, à reprendre un rôle de dominant. De même, en s'imposant une grève de la faim, il majore ce phénomène de tentative de contrôle de la situation. Ne pouvant contrôler ni son psychisme ni sa place dans la société du pays d'accueil alors il majore le contrôle qu'il a sur son corps.

Culture médicale

Lorsqu'une personne en situation de migration rencontre un médecin français, deux cultures et deux manières d'envisager les symptômes, le soin, le corps et l'esprit se rencontrent et doivent trouver un moyen de cohabiter. Chaque culture donne des causes différentes aux maladies. La culture dite « occidentale » se réfère énormément aux causes biologiques. Les représentations des pathologies sont différentes, propres à chaque individu en fonction de sa culture mais également de ses expériences passées, de ses connaissances, de son éducation. La notion de maladie est une notion universelle mais cette universalité se décline à l'infini. Certaines pathologies n'ont pas de traduction littérale dans certaines langues.

Prenons l'exemple d'une étude réalisée à Abidjan en Côte d'Ivoire, prospective et analytique, portant sur des patients diagnostiqués schizophrènes et venant consulter au Service d'Hygiène Mentale (SHM) entre mars et août 2007. L'étude précise qu'en Côte D'Ivoire, cohabitent une médecine dite moderne et une médecine traditionnelle à laquelle la population est attachée. D'autres médecines parallèles sont également présentes dans le paysage médical du pays. Les résultats de cette étude montrent que parmi les familles de patients schizophrènes, 43.2% pensaient à une origine mystique de la maladie c'est-à-dire que la maladie peut être secondaire à une transgression d'interdits familiaux ou tribaux, peut-être l'agression d'un

tiers, ou peut prendre la forme de l'élection d'une divinité. 93.2% des familles pensaient que la maladie mentale est curable. Parmi les patients schizophrènes, 22.7% choisissaient de se faire soigner au SHM en première intention tandis que 25% se faisaient soigner en première intention dans un centre de soins conventionnels, 20.5% dans une église, 18.2% par un tradithérapeute et 13.6% par des marabouts ou des féticheurs à domicile. 76.5% des patients soignés au SHM associaient des prières et des incantations aux soins prodigués par le SHM. Pour 26.8% des familles, le meilleur moyen de traiter la pathologie serait d'allier médecine traditionnelle et médecine moderne. (11)

Ainsi un patient arrivant à l'UPRM en France ne se voit pas proposer d'autres types de soins que la médecine dite « moderne ». Ceci peut altérer son adhésion aux soins. Les éléments d'éducation thérapeutique expliqués au patient et basés principalement sur des découvertes biologiques et scientifiques risquent de ne pas être entendus par le patient car lui peut avoir une vision différente de sa pathologie. De même l'adhésion aux traitements proposés aux urgences peut se voir diminuée du fait de représentations différentes des thérapeutiques. Les soignants français ne sont pas formés, n'ont pas les représentations, la culture ni la connaissance nécessaires à l'accompagnement des patients en urgence vers des thérapeutiques traditionnelles. Ces thérapeutiques ne sont pas à disposition.

L'étude montrait que la conception de la maladie mentale était ce qui déterminait le plus l'orientation thérapeutique que donnaient les patients à leur prise en charge.

Par exemple, Mr F, ce patient afghan pris en charge plusieurs fois à l'UPRM, a régulièrement dit au cours des entretiens que j'ai faits avec lui, que Dieu cherchait probablement à le punir de quelque chose.

Cet élément peut, si on n'y réfléchit pas posément, dans un esprit occidental peu attaché à la religion, être pris pour un élément délirant à thématique mystique. Mais n'est-ce pas tout simplement une représentation qu'a ce patient de ce qui lui arrive ? Si l'on cherche à tout prix à lui imposer une vision occidentale de ses symptômes en utilisant des théories biologiques, ne va-t-on pas plus le déstabiliser alors que sans doute cette explication est pour lui logique et peut-être même rassurante ?

Ainsi, il apparaît important que le médecin et le soignant en général, dès la prise en charge aux urgences psychiatriques, soit prêt à critiquer ses représentations et à accepter les représentations du patient.

L'aspect culturel et les représentations du soin et de la maladie du patient en situation de migration sont des axes essentiels d'interrogation et de réflexion pour tout soignant étant amené à prendre en charge ces patients aux urgences psychiatriques. Sans réflexion sur la manière que le patient a d'expliquer ce qui lui arrive, le soignant perd une occasion d'aller rencontrer le patient sur un terrain qui lui est familier et propre.

Réalités administratives, financières, sociales et quotidiennes différentes

Finalement, les termes d'étrangers, de migrants, d'immigrés ou de personnes en situation de migration regroupent des réalités différentes impliquant des pratiques de soins évidemment différentes. En effet, les soins proposés aux urgences doivent pouvoir être en adéquation avec ce qu'il est possible d'entreprendre par le patient dans sa situation personnelle en prenant en compte ses moyens.

Si nous reprenons l'ensemble des patients dont nous avons abordé les situations cliniques au cours de cet exposé, et de façon plus générale, l'ensemble des patients immigrés ou étrangers rencontrés à l'UPRM, alors nous pouvons facilement constater qu'en termes de situations administratives, il existe d'énormes différences entre eux. L'accueil à l'UPRM est inconditionnel, quelque soit le statut économique, social, administratif et la couverture médicale du patient concerné. Néanmoins, l'orientation proposée à l'issue de la consultation doit prendre en compte un certain nombre de données pour qu'elle soit facilement mise en œuvre et qu'elle soit adaptée.

« L'emprise du social sur la santé et le médical est toujours soulignée par l'épidémiologie. »
(12)

Le concept de précarité sociale est alors important à comprendre : Wresinki, en 1987, définit la précarité comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les

chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

Statuts administratifs et maintien sur le territoire

Il m'est arrivé au cours des 7 mois passés à l'UPRM de prendre en charge des personnes étrangères arrivées en France avec un visa touriste. Je me souviens notamment d'une patiente arrivée des Etats Unis, atteinte d'un trouble bipolaire et que nous avions accompagnée. Les visas touristiques sont valables 90 jours.

Nous avons également pu prendre en charge de nombreuses fois un patient suédois, venu vivre en France pour suivre sa femme française. Il disposait quant à lui d'un titre de séjour « vie privée et familiale » renouvelable tous les ans.

Mme P, originaire de Malaisie, venue pour ses études, disposait d'un visa de long séjour valant titre de séjour mention étudiant, valable un an, lorsque je l'ai rencontrée. Sa situation administrative était stable et n'était pour elle pas une source majeure d'inquiétudes. Sur le plan du parcours migratoire, Mme P était arrivée par avion, après une demande de visa étudiant qui avait été acceptée avant même qu'elle ne parte de Malaisie.

Certains autres patients dont nous avons parlé, étaient en cours de demande d'asile lorsqu'ils ont été amenés à consulter à l'UPRM : Mr L arrivé d'Angola avec sa mère et Mr R arrivé du Sénégal seul via la Libye. Tous deux étaient arrivés via un parcours migratoire d'errance, sans aucune certitude sur la manière dont leur arrivée allait se passer. En tant que demandeurs d'asile, tous deux disposaient d'une attestation pour demandeur d'asiles, c'est-à-dire une autorisation de rester sur le territoire français, d'une durée d'un mois renouvelable, le temps que la demande d'asile soit étudiée par l'OFPRA. Ces deux patients étaient donc tous les deux en situation « régulière » en France, avec néanmoins une incertitude sur l'avenir, et une autorisation uniquement pour un mois, renouvelable certes. Cette durée d'un mois oblige donc ces deux patients à se rendre tous les mois en préfecture pour le renouvellement.

Mme A elle aussi était en cours de demande d'asile lorsque je l'ai rencontrée sur l'UPRM. Mais elle envisageait également de faire une demande de titre de séjour pour étrangers malades pour raisons psychiatriques. Pour rappel, depuis 2018, la demande de titre de séjour pour étrangers malades doit se faire dans les trois mois après le dépôt de la demande d'asile. Sa première consultation à l'UPRM était en date du 18 décembre, alors même que la date

limite de dépôt de cette demande était le 31 décembre. Mme A était donc dans une urgence administrative en parallèle de l'urgence psychique pour laquelle elle se présentait à l'UPRM. Des travailleurs sociaux l'accompagnant nous ont sollicités pour la rédaction d'un certificat médical nécessaire au dossier à faire parvenir à l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration).

Parlons enfin de Mr B, le jeune patient algérien. Lui n'avait aucune démarche de régularisation de son séjour sur le territoire français en cours lorsque nous l'avons rencontré la première fois sur l'UPRM. Il était arrivé sur le territoire par la mer Méditerranée, n'avait été en contact avec aucune association depuis son arrivée, n'avait déposé aucune demande d'asile.

Mr D et Mr V, quant à eux, avaient obtenu le statut de réfugié lorsque j'ai eu à les prendre en charge sur le service d'urgences psychiatriques. Ils bénéficiaient donc d'une carte de résident renouvelable tous les 10 ans. D'un point de vue administratif, leur régularisation était donc assez stable dans le temps.

Ces différentes voies de maintien sur le territoire français sont importantes à prendre en compte dans l'établissement du projet de soins du patient, dès sa prise en charge aux urgences psychiatriques. En effet, le soin ne peut se penser sur le long terme chez un patient avec un visa touristique valable 90 jours. De même, le projet de soin à établir dès les urgences avec un patient en situation « irrégulière » sur le territoire ne se conçoit qu'en envisageant de probables ruptures au gré des difficultés administratives et juridiques qu'il rencontrera.

La précarité chez ces personnes peut donc venir de l'instabilité de leur statut administratif et de l'incertitude que ce statut engendre pour l'avenir. Les lois promulguées ces dernières années augmentent considérablement la difficulté à obtenir un statut administratif stable. Pour les personnes en situation irrégulière, la peur, permanente, d'être retenu en CRA (Centre de Rétention Administrative) ou d'être expulsé du territoire et de devoir à nouveau soit recommencer un parcours d'errance soit recommencer à subir les violences dans le pays d'origine, fige, empêche d'avancer sereinement et fragilise la santé psychique.

Travail et revenus

En termes de possibilité de travail et de revenus, les situations étaient également multiples et très différentes et découlaient plus ou moins directement des situations administratives préalablement présentées.

Le visa touristique ne permet pas un quelconque travail ni d'obtenir un quelconque revenu sur le territoire français. Il ne permet pas de s'établir sur le territoire français et ne permet pas d'aller dans un autre pays que la France. Néanmoins, les personnes ayant obtenu ce visa touristique disposent la plupart du temps de revenus conséquents leur permettant des loisirs sur le territoire. A noter que certains immigrés obtiennent un visa touristique donc entrent dans le pays de façon légale, mais finalement s'établissent sur le territoire et restent plus longtemps que 90 jours. Leur maintien sur le territoire est alors illégal.

La carte de résident « vie privée et familiale » autorise la personne la possédant à travailler. Elle ouvre donc les portes à une situation stable sur le territoire.

A l'inverse, l'attestation pour demandeurs d'asile ne permet pas de travailler en France. Au terme d'un délai d'un an de procédure, si la demande d'asile n'est toujours pas validée par les institutions, le demandeur d'asile peut demander une autorisation de travail auprès du préfet qui peut lui refuser en invoquant la « situation de l'emploi » dans la région. Il n'y a pas de statistiques officielles du nombre d'autorisations délivrées, mais ce nombre est « résiduel » selon Edouard Bera, avocat spécialiste du droit d'asile. En termes de revenus, cette attestation permet de toucher une allocation de l'ordre de 6.80 euros par jour pour un demandeur d'asile célibataire et seul. C'est l'OFII qui gère les conditions matérielles de l'accueil des demandeurs d'asile. Ainsi Mr L et Mr R ne disposent pas du droit de travailler et n'ont comme seule ressource cette allocation, ne permettant aucun accès aux logements de droit commun.

Mr B, en tant que jeune étranger sans procédure en cours de régularisation de son maintien sur le territoire, ne disposait ni du droit de travailler ni d'aucune forme de ressource.

Une fois le statut de réfugié obtenu, alors les personnes ont accès au marché du travail français. En termes de revenus, ils peuvent toucher le RSA sans condition de résidence de 5 ans en France. C'était le cas de Mr V, qui n'avait pas trouvé de travail lorsque nous l'avons pris en charge aux urgences, mais qui touchait le RSA.

Les non-possibilités de travail sont généralement très difficiles à accepter pour les personnes rencontrées avec un sentiment d'inutilité et un ennui importants. Dès les urgences psychiatriques, tout ceci est absolument nécessaire à prendre en considération pour proposer un projet de soins et orienter vers des dispositifs adaptés à la situation d'emploi et à la situation financière d'un patient donné.

La précarité pour les personnes en situation de migration peut donc évidemment découler de l'absence de ressource financière et de l'absence de possibilité de travailler.

Lieux de vie

En termes de lieux de vie et de résidence, les situations étaient également très variables.

Les personnes avec un visa touristique logeaient la plupart du temps dans des hôtels, dans des auberges de jeunesse, des maisons d'hôte ou étaient hébergées par des membres de leur famille.

Lorsqu'un titre de séjour est obtenu, par exemple mention « vie privée et familiale » et qu'un travail est également accessible, alors la personne a accès au marché immobilier « standard » du pays.

Mme P, disposant d'un visa d'étudiante, vivait dans une résidence pour étudiants lorsqu'elle a été prise en charge à l'UPRM. Ce logement était stable, salubre et permettait une certaine tranquillité tout en limitant l'isolement social.

Les personnes en cours de demande d'asile peuvent avoir accès à un logement dans un CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile). Malheureusement, les conditions de vie dans ces établissements sont souvent insalubres, avec une promiscuité majeure entre les personnes accueillies ne permettant aucune intimité. Il existe un grand contrôle des activités des demandeurs d'asile qui doivent par exemple « informer le personnel du foyer de toute absence de plus d'un jour et demander leur autorisation s'ils veulent s'absenter plusieurs jours ».(13) La moitié des demandeurs d'asile ne sont malheureusement pas hébergés en CADA. Ils vivent alors dehors, dans la rue ou trouvent d'autres types d'hébergement. C'était le cas de Mr L, hébergé avec sa mère dans une association religieuse, avec toutes les conséquences que cela impliquait comme nous avons pu le voir dans sa description clinique.

Mr B, vivait quant à lui alternativement dans un squat et chez ses amis. Le lendemain était toujours plein d'incertitude et ce socle d'instabilité rendait complexe l'établissement d'un projet de soins prévu à l'avance et organisé depuis les urgences.

Une fois le statut de réfugié obtenu et en parallèle la possibilité de travailler, en théorie, il est possible d'accéder au marché immobilier français.

Mr V vivait ainsi dans un logement social dans une commune de la métropole lyonnaise avec sa grande famille.

Pour les personnes les plus vulnérables, des Centres Provisoires d'Hébergement (CPH) proposent un hébergement associé à un accompagnement socio-professionnel. Les places sont peu nombreuses et dans l'attente de trouver un travail fixe et un logement stable, nombreux sont les réfugiés vivant dans la rue ou bien, comme Mr D, restant dans les CADA où ils vivaient avant l'acceptation de leur demande d'asile, embolisant ainsi un dispositif déjà proche de l'implosion.

Le lieu de vie du patient influe sur son adhésion aux soins. Le lieu de soin proposé pour la prise en charge ultérieure, après les urgences psychiatriques, doit être facile d'accès pour la personne, si possible proche de son lieu de vie. Le principe de sectorisation en psychiatrie limite parfois cette possibilité, notamment lorsque la personne est orientée vers une prise en charge en CMP. La prise en charge en PASS psychiatrique impose également une venue régulière sur le site du Centre Hospitalier le Vinatier, parfois loin des lieux de vie des patients.

La précarité de ces patients peut venir du lieu de vie ou de l'absence de lieu de vie.

Couverture de santé

Une notion importante à prendre en considération également lorsqu'on accueille un patient étranger aux urgences psychiatriques est sa couverture médicale.

Comme déjà dit, l'UPRM accueille les personnes quelque soit leur couverture médicale.

Néanmoins, toujours pour l'orientation de soins à l'issue de la consultation urgente, il est important d'avoir la connaissance de la couverture médicale dont le patient dispose.

Mr B, qui n'avait aucune démarche en cours au moment de sa première prise en charge à l'UPRM, ne disposait d'aucune couverture médicale. Une demande d'AME a dû être faite en urgence par l'assistante sociale de l'UPRM.

Pour rappel, l'AME (Aide Médicale d'Etat) est un dispositif permettant aux personnes en

situation irrégulière sur le territoire de bénéficiar d'un accès aux soins. Il faut justifier d'une résidence stable sur le territoire d'au moins 3 mois et de faibles ressources financières.

En tant que demandeurs d'asile, Mr L et Mr R bénéficiaient, lorsque je les ai pris en charge, de la CMU (Couverture Médicale Universelle). Mais, depuis l'adoption du décret du 30 décembre 2019, il y a désormais un délai de carence de 3 mois avant de prétendre à l'ouverture de droits à la PUMA (Protection Universelle Maladie).

Ainsi pour que la personne prétende à obtenir une protection sous le régime de l'AME ou de la PUMA, les trois premiers mois de leur résidence en France ne leur permettent aucun droit de santé en dehors de la prise en charge des soins urgents mettant en jeu le pronostic vital, de la prise en charge des soins d'une femme enceinte ou d'un nouveau-né, des soins liés à une interruption de grossesse ou des soins liés à l'éviction de la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité.

La couverture médicale ou son absence rentre également en compte dans le concept de précarité.

Conséquences directes des procédures administratives sur la symptomatologie ; clinique du rejet et du refus en psychiatrie d'urgence

Les personnes immigrées, se lançant dans une longue procédure administrative de demande d'asile, sont dans une position d'attente. Attente face aux institutions, attente de pouvoir de nouveau vivre une vie qu'elles auront choisie, sans les pressions, les peurs et les horreurs subies dans le pays d'origine. L'espoir qui est mis dans cette demande est souvent important, avec une projection dans une vie meilleure. Alors lorsqu'elles essuient des refus, vécus comme d'ultimes rejets, le désespoir et les réactions émotionnelles vives sont possibles et peuvent entraîner une prise en charge urgente en psychiatrie.

2 patients m'ont touchée et marquée au cours des 7 mois que j'ai passé à l'UPRM.

Tout d'abord, il y a eu Mr F. Mr F est un jeune homme de 24 ans, guinéen. Il est en cours de demande d'asile, vit en CADA et est régulièrement suivi à la PASS pour une symptomatologie de méfiance, de persécution. Lorsque je rencontre Mr F, il vient d'être débouté de sa demande d'asile par l'OFPRA. Depuis cette annonce, les professionnels du CADA rapportent une aggravation brutale de la symptomatologie qu'il présente : Mr F est

très persécuté par les professionnels, il les accuse d'être au centre d'un complot avec l'OFPRA, il est de plus en plus tendu, il montre un comportement violent qu'on ne lui connaît pas avec notamment une tentative de mettre le feu au CADA.

Mr F ne tenterait-il finalement pas de mettre du sens, d'expliquer par un complot ce qui pour lui est vraisemblablement inexplicable ?

Il y a aussi Mme C, une femme de 52 ans, éthiopienne, arrivée en France en 2009. Mme C a fui l'Ethiopie avec son mari et ses 6 enfants. Sa famille est restée en Somalie et Mme C a continué le chemin seule, jusqu'en France avec l'espoir de les faire venir un jour. Mme C vit en foyer ADOMA. Elle est régulièrement suivie à la CIMADE (Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués). Lorsque je la rencontre à l'UPRM, elle vient d'avoir un rendez-vous difficile où ses accompagnants à la CIMADE lui ont demandé des papiers et des justificatifs qu'elle n'a pas. Mme C est désespérée, effondrée, elle pense ne plus jamais voir sa famille, elle se sent seule et triste. Mme C a des idées suicidaires intenses, scénarisées par défenestration.

Une étude danoise de 2013 a montré que 60% des admissions aux urgences psychiatriques de patients en cours de demande d'asile étaient liés à des idées suicidaires, très souvent après un rejet définitif de la demande d'asile et une peur intense d'être expulsé. (14)

Ainsi, on voit bien à quel point les procédures administratives sont étroitement liées au bien-être psychique des immigrés rencontrés aux urgences psychiatriques.

Les rejets et refus essuyés au cours de leur combat pour rester sur ce territoire, finalement si peu hospitalier, entraînent régulièrement des pertes d'espoir et des symptômes qu'il faut urgentement prendre en charge.

Une revue propose des conseils de prise en charge des personnes concernées lors de ces moments d'une extrême violence :

- D'abord, elle propose de recourir systématiquement à un interprète professionnel pour que l'annonce se fasse dans la langue maternelle du patient et que des problèmes de compréhension ne se surajoutent pas
- Ensuite elle propose d'orienter si besoin vers un service d'urgences psychiatriques, en fonction de la réaction de la personne, de ses antécédents également

- Mais dans le même temps, la revue propose de maintenir la personne dans un environnement connu, avec des personnes en qui elle a confiance, ce qui n'est pas le cas des urgences psychiatriques
- Les thérapeutiques non médicamenteuses sont à privilégier avec une écoute attentive, une empathie permanente, une attention à couvrir les besoins de base de la personne, à ne pas la forcer à parler, à l'aider à lutter contre l'isolement sans la forcer
- Également, les soins groupaux sont importants pour que la personne ne se retrouve pas forcée dans un face à face à parler de sa situation si elle ne s'en sent pas capable. Encore une fois, les urgences psychiatriques ne sont pas le lieu idéal pour ce type de prise en charge. (15)

Formation des professionnels de santé

Comme nous l'avons vu dans les 4 parties précédentes, l'environnement complet du patient est à prendre en compte pour les soins psychiatriques.

Mais, encore faut-il connaître les définitions des différents statuts, connaître les conséquences de ces statuts. Les soignants et les professionnels de l'UPRM sont très peu uniformément formés à ces problématiques. L'assistante sociale du service joue un grand rôle dans l'accompagnement de ces personnes.

CONCLUSION :

Par bien des aspects, la prise en charge des personnes en situation de migration aux urgences psychiatriques est complexe et donc riche professionnellement et personnellement.

Ces quelques mois à l'UPRM, au côté de patients originaires de continents, de pays variés, aux cultures et aux manières de vivre différentes m'ont permis d'ouvrir les yeux sur plusieurs phénomènes concernant la manière dont le soin urgent peut s'articuler avec les situations variées de ces patients.

Tout d'abord, le terme générique de personnes en situation de migration recouvre des réalités économiques, sociales, financières et administratives diverses. Les particularités de la situation d'un patient donné sont absolument à prendre en compte dans la réflexion médicale afin de lui proposer une prise en charge adaptée et unique, répondant à la singularité de sa personne. La compréhension de concepts globaux tels que la vulnérabilité, la culture, la précarité, permet finalement de s'en affranchir pour prendre en charge un patient dans son unicité et sa singularité.

Les aspects culturels et les représentations de la maladie, des symptômes, du soin psychiatrique sont importants à questionner, à explorer, sans quoi le soignant passe à côté d'une accroche thérapeutique fondamentale.

Malgré les efforts déployés pour prendre en compte tous ces éléments, la prise en charge des personnes en situation de migration, régulièrement dans des situations de précarité importante, reste un enjeu énorme et difficile.

Les modes d'arrivée, la temporalité des urgences, l'articulation avec les autres professionnels agissant pour la personne, les orientations ambulatoires et hospitalières complexes sont autant d'obstacles à franchir pour un soin de bonne qualité.

Les multiples traumatismes rendent la clinique de ces patients complexe, trans-nosographique et forcent le praticien à se détacher des classifications habituelles, à aller au-delà des symptômes exprimés par le patient.

Finalement, même si le lieu même des urgences n'est pas le plus optimal pour la rencontre thérapeutique avec ces patients éprouvés et aux mains d'enjeux politiques et sociaux importants, la rencontre humaine et la relation thérapeutique restent au centre du soin.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Quels sont les chiffres de la demande d'asile en 2018 ? [Internet]. 2019 [cité 11 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=RmjWEmhjwes>
2. Perez-Rodriguez MM, Baca-Garcia E, Quintero-Gutierrez FJ, Gonzalez G, Saiz-Gonzalez D, Botillo C, et al. Demand for psychiatric emergency services and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *Eur J Public Health.* août 2006;16(4):383-7.
3. Schoretsanitis G, Eisenhardt S, Ricklin ME, Srivastava DS, Walther S, Exadaktylos A. Psychiatric Emergencies of Asylum Seekers; Descriptive Analysis and Comparison with Immigrants of Warranted Residence. *Int J Environ Res Public Health.* 21 2018;15(7).
4. Duparc F. Traumatismes et migrations. *Dialogue.* 17 août 2009;n° 185(3):15-28.
5. Steinbeck J. Les Raisins de la colère. Editions Gallimard; 2012. 571 p.
6. Migrants, mi-hommes - #DATAGUEULE 52 [Internet]. 2015 [cité 11 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=KiGiupc3VwA>
7. Van Moffaert M, Vereecken A. Somatization of psychiatric illness in Mediterranean migrants in Belgium. *Cult Med Psychiatry.* sept 1989;13(3):297-313.
8. Procter NG. Emergency mental health nursing for self-harming refugees and asylum seekers. *Int J Ment Health Nurs.* sept 2005;14(3):196-201.
9. Mokounkolo R, Pasquier D. Stratégies d'acculturation : cause ou effet des caractéristiques psychosociales ? L'exemple de migrants d'origine algérienne. *Cah Int Psychol Soc.* 2008;Numéro 79(3):57-67.
10. Cohen-Emerique M. 18. Le décodage et la compréhension des processus d'acculturation. *Polit Interv Soc.* 2015;2e éd.:345-70.
11. Yao YP, Yeo-Tenena YJ-M, Assi-Sedji C, Tetchi EO, Ngongi KPP, Delafosse RCJ. Itinéraires thérapeutiques des schizophrènes à Abidjan. *Inf Psychiatr.* 2009;Volume 85(5):461-9.
12. Lecarpentier M, Lhuilier D. 2. Précarité, santé et soins : une perspective psychosociologique [Internet]. Innover contre les inégalités de santé. Presses de l'EHESP; 2012 [cité 11 juill 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794-page-23.htm>
13. Kobelinsky C. Des corps en attente. *Le Quotidien des demandeurs d'asile. Corps.* 2012;N° 10(1):183-92.
14. Reko A, Bech P, Wohlert C, Noerregaard C, Csillag C. Usage of psychiatric emergency services by asylum seekers: Clinical implications based on a descriptive study in Denmark. *Nord J Psychiatry.* 2015;69(8):587-93.

15. Procter NG. Providing emergency mental health care to asylum seekers at a time when claims for permanent protection have been rejected. Int J Ment Health Nurs. mars 2005;14(1):2-6.

Autres ressources :

- Site internet de l'INSEE
- Site de la CIMADE
- Site de l'UNHCR
- Site de Gynécologie Sans Frontières
- Cours du DIU « Santé, Société et Migration »

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE MIGRATION AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

Mots clés : urgences psychiatriques, vignettes cliniques, migration aux multiples visages

Ce travail cherche à mettre en évidence la manière dont le travail en psychiatrie d'urgence s'articule avec la prise en charge de personnes en situation de migration et de grande précarité. Il tente de pointer les difficultés auxquelles soignants et personnes concernées sont confrontés.

Il prend place à l'UPRM le service d'urgences psychiatriques du Centre Hospitalier le Vinatier où j'ai passé 7 mois de stages dans le cadre de mon internat de psychiatrie.

Tout au long de la réflexion, des éléments des cours du DIU, de mon expérience personnelle, de lectures faites personnellement viennent alimenter mon propos. Celui-ci est également illustré par des vignettes cliniques.

Par bien des aspects, ce travail de prise en charge globale est complexe et demande une adaptabilité constante. Mais, il est d'une richesse incommensurable.

