

Avalanches



Trouver la bonne « distance » dans le suivi de demandeurs d'asile en psychiatrie de ville

A propos d'une expérience auprès de migrants d'Afrique subsaharienne

A Jean-Charles Flamant

Je remercie Roselyne Boyet, tutrice pour ce mémoire, les participants, intervenants et animateurs du DIU, les répondants au questionnaire, les intervenants du CADA de Villefontaine, Philippe Champavert, Jeff Brûlet, Guy Ardiet, Marie-Françoise Gausset, Nicolas Klausser (AIDES), Benjamin Demagny, Olivier Lefebvre et Julien Salle du Comede et tous ceux qui ont échangé avec moi et fait part de leur expérience.

Abréviations utilisées :

ADDE : Avocats pour la Défense des Droits des Etrangers

ADA : Accueil des Demandeurs d'Asile (Grenoble) (<http://ada-grenoble.org>)

AFSI : Aide aux Familles en Situation Incertaine (La Verpillière)

APARDAP, Association de Parrainage Républicain des Demandeurs d'Asile et de Protection (Grenoble)

CCAS : centre communal d'action sociale

CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

CIMADE : **Service œcuménique d'entraide** (*Comité inter mouvements auprès des évacués*)

CMPA : Centre Médico-Psychologique Adulte

CNDA : Commission Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité pour la santé des exilés

JCF : Jean-Charles Flamant

MARS : Médecin de l'Agence Régionale de Santé

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PTSD : Post-Traumatique Syndrom Disorder (ou syndrome de stress post-traumatique) (Cf. DSM 5)

RRPP : Réseau de Recherche des Pratiques Psychothérapeutiques (animé par Jean-Michel et Monique Thurin)

Plan

Introduction : Sujet, méthode et limites	p 1
I- Cabinet de psychiatrie:	p 5
Environnement : ville nouvelle, CADA, Structures sociales et associatives	p 5
Cadre du soin en psychiatrie libérale : entreprise, isolement, option psychothérapique	p 7
II- Situation clinique générale :	p 12
Période initiale et plongée dans un nouvel univers	p 12
Paradoxe des Ressentis de proximité et d'éloignement : perte des repères	p 16
Année 2014-2015	p 20
III- Expériences similaires et collègues en contexte libéral	p 24
Questionnaire auprès de collègues et échanges avec d'autres praticiens	p 24
IV- Dégagement, prendre de la distance	p 28
Distance et trauma	p 29
Distance liée au contexte et réalité externe	p 30
Déplacement du cadre de soin habituel : certificats et contexte juridico-politique	p 33
Distance dans la relation thérapeutique, partage du traumatisme : empathie, contre-transfert :	p 37
Conclusion et pistes d'amélioration	p 42
Bibliographie	p 45
ANNEXE 1 : Texte législatifs	p - 1 -
ANNEXE 2 : Cas cliniques	p - 2 -
ANNEXE 3 : Questionnaire auprès des collègues	p - 3 -
ANNEXE 3 : Recours contre un refus de titre « étranger malade »	p - 14 -

INTRODUCTION :

« Les malheureux supplient silencieusement qu'on leur fournisse des mots pour s'exprimer. Il y a des époques où ils ne sont pas exaucés. Il y en a d'emblée où on leur fournit des mots, mais mal choisis, car ceux qui les choisissent sont étrangers au malheur qu'ils interprètent. » Simone Weil, in La personne et le sacré ou l'enracinement.

Le lundi 15 avril 2013 à 9 heures du matin, *il* est entré dans *notre* cabinet de psychiatres au moment où je cherchais fébrilement les numéros de téléphone des patients à prévenir.

Mon collègue Jean-Charles Flamant (JCF)¹ n'aurait dû revenir que le mercredi suivant. Croyant disposer de deux jours de répit, pris de court par cette entrée inopinée, je suis allé lui parler dans la salle d'attente.

Je l'avais déjà vu : c'était un de ces nombreux migrants que JCF recevait. L'air préoccupé, austère, contrastant avec une chemise multicolore. Je l'identifiais, à tort ou à raison, comme Congolais.

Je lui expliquai la situation en quelques mots, debout, dans une grande proximité physique. Je lui dis cette chose impossible en ce beau jour de printemps alors que rien encore ne semblait avoir changé et qu'attendait sur son bureau une grosse pile de dossiers aux noms africains. Je lui dis que son thérapeute était mort deux jours avant, emporté par une avalanche en montagne. Foudroyé, l'homme se jeta contre le mur derrière lui. Je pensai qu'il aurait aussi bien pu se jeter sur moi. En annonçant sa mort, c'était comme si je tuais mon collègue devant ce patient. Comme si je le frappais, agent obligé d'une violence à laquelle il m'était impossible de me soustraire et dont je devrai assumer toutes les conséquences.

- « Qu'est-ce que je vais dire à mes filles ? » dit-il, avant de disparaître.

Le film de cet échange est inscrit dans ma mémoire. A cet homme, je n'ai pas eu le temps de dire ce que je répéterai souvent à ses autres patients: mon ami et collègue les respectait profondément et n'aurait jamais voulu les abandonner ni infliger à ces patients demandeurs d'asile, victimes de violences infligées par d'autres humains, le choc de sa disparition brutale. Ce premier échange me laissa un sentiment de gâchis irrécupérable. Je venais d'infliger une violence à ce patient. L'étranger que j'étais pour lui avait peut-être brisé l'effort de

¹ Je désignerai Jean-Charles Flamant par JCF, qu'il s'agisse du thérapeute en relation à ses patients ou du collègue et ami.

reconstruction dans lequel il était engagé avec mon collègue. La violence de sa réaction ne présageait-elle pas une décompensation, un suicide ? Pour couronner le tout, je l'avais laissé partir sans même lui demander son nom, sans ouvrir l'avenir.

J'ai appelé l'équipe du CADA de Villefontaine avec lequel JCF travaillait, demandant de prévenir l'ensemble des *demandeurs d'asile* afin d'éviter la répétition et la brutalité de telles situations et tenter de retrouver cet homme, dont je ne doutais pas qu'il était venu avec ses filles au cabinet².

Je voulais contrôler le choc que je vivais alors pour amortir celui qui frapperait ces gens que je supposais éprouvés par l'exil et les persécutions, ayant perdu leurs étayages familiaux et sociaux et pour qui ce deuil ajouterait à leur désespoir, contribuerait à un éthos de persécution³.

Moi, blanc, né Français, disposant de papiers, travail, revenu, toit, famille, n'ayant subi ni prison ni torture, j'allais expliquer ce qui était arrivé à ces Africains présumés dépourvus de (presque) tout. S'il me fallait informer tous les patients, le groupe des migrants me paraissait devoir être spécialement « soigné » du fait de leur vulnérabilité supposée et par fidélité à l'attachement et l'investissement de JCF pour ces patients que j'envisageais comme une sorte de fratrie.

Mon sujet

Cette première rencontre inaugurerait une situation professionnelle difficile. Le ressenti personnel rapporté ci-dessus comportait les éléments centraux à la question générale qui fait l'objet de ce mémoire : un **sentiment paradoxal de proximité-familiarité et d'éloignement-étrangeté**, un sentiment **d'effraction**, une **ambiance affective intense et ambivalente** mêlant sentiments amicaux et agressifs et enfin, un **sentiment d'impuissance, d'insuffisance et de culpabilité**.

La mort accidentelle du psychiatre avec qui je me suis installé en 1992 sur la base d'affinités professionnelles et personnelles a mis fin à notre institution commune. Très investi dans le soin auprès de demandeurs d'asile, il travaillait avec les CADA du secteur⁴. De mon côté, je n'avais reçu jusqu'alors qu'un seul demandeur d'asile, arménien, sur demande de mon collègue qui suivait son épouse.

² J'avais souvent aperçu des patients avec de jeunes enfants. Je n'ai jamais revu cet homme.

³ Cf. les analyses de Joseph Tonda dans « La guérison divine en Afrique centrale ».

⁴ Sa pratique avec les demandeurs d'asile représentait un tiers de son activité.

Après mon refus initial à suivre ses patients, j'ai reçu une grosse cinquantaine de *demandeurs d'asile*, majoritairement venus d'Afrique subsaharienne et souffrant de stress post-traumatique. Aujourd'hui, un quart de mes consultations leur est consacré.

L'étiquette « *demandeurs d'asile* » est impropre. Ces patients ont certes effectué une demande d'asile en France mais je les ai rencontrés et suivis à différents stades d'un parcours qui semblait quasi-immuable : procédure d'asile (audition à l'OFPRA, premier refus du statut de réfugié, recours à la CNDA, refus définitif du statut de réfugié et OQTF⁵) puis demande de titre de séjour comme « étranger malade » suivi aujourd'hui le plus souvent d'un refus du titre par la préfecture, amenant à un recours auprès du tribunal administratif au résultat variable.

Ces refus successifs valant absence de reconnaissance des violences vécues ou du risque à rentrer au pays mettaient ces patients en insécurité sociale, matérielle et psychique, situation a priori incompatible avec un objectif de soin minimal et où les valeurs d'humanité me semblaient bafouées. Bouleversé par ces situations de détresse psychologique et sociale, je vivais un malaise professionnel que j'ai identifié comme difficulté à maintenir une *distance suffisante* avec ces patients et mon travail.

En effet, le deuil partagé avec ces patients semblait abolir l'asymétrie soignant-soigné avec un sentiment de **proximité** inquiétante puisqu'elle indiquait un risque de destruction d'un cadre psychothérapique qui implique une *distance* prudente. A contrario, ces patients semblaient appartenir à un univers tellement éloigné du mien par leurs origines géographiques, culturelles ou anthropologiques, leur fonctionnement psychique opaque, la précarité, que je me sentais incapable de les comprendre vraiment. Cette instabilité dans la *distance* ressentie et l'insécurité sociale et juridique semblaient bloquer toute approche thérapeutique du traumatisme psychique, ce trou noir de leur souffrance qu'ils avaient confiée à JCF et n'évoquaient qu'à peine avec moi.

C'est donc cette difficulté professionnelle vécue dans un contexte particulier, que je veux aborder ici en la formulant ainsi : ***Comment trouver une distance suffisante permettant de travailler avec des patients demandeurs d'asile venant d'Afrique Sub-saharienne dans le cadre d'un exercice libéral ?***

Comment trouver cette *distance* dans ces situations limites, dans l'isolement du cabinet, quand la question psychique est intriquée au plus haut niveau avec les difficultés sociales, dans un contexte socio-politique qui durcit les conditions matérielles et légales des demandeurs d'asile en France.

⁵ OFPRA : *Office français de protection des réfugiés et apatrides* ; CNDA : Commission Nationale du Droit d'Asile ; OQTF : obligation de quitter le territoire Français. Un seul patient parmi eux, Tchadien, avait le statut de réfugié, la majorité ont suivi le parcours « type » décrit en Annexe

Méthode et limites :

Pour répondre à cette question, je confronterai mon expérience à celle de collègues ayant répondu à un questionnaire réalisé pour ce travail (synthèse en annexe 3), à des écrits de chercheurs et praticiens de disciplines humaines et psychiatriques et aux apports du DIU.

Je présenterai **le cadre de mon travail (partie 1), mon immersion dans cette pratique (partie 2), les retours d'expérience de collègues** obtenus après mon questionnaire (partie 3) avant de définir cette **distance problématique** dans le soin que je discuterai en lien aux difficultés objectives (contexte politique, juridique, économique, aspects socio-anthropologiques) et subjectives (partage du traumatisme) (partie 4). En conclusion, je proposerai des pistes pour accueillir ces patients en libéral.

Le deuil *personnel* à l'origine de cette situation pose la question de la limite entre introspection personnelle et questionnement professionnel : question classique adressée à toute pratique qui engage *personnellement* comme un travail psychothérapique ou une recherche anthropologique, laquelle implique, pour accéder à certains rituels, la mise en jeu de l'identité personnelle⁶. Cet aspect personnel, déterminant la situation dont il constituait le point de départ, pouvait difficilement être escamoté. Plus délicate cependant est l'évocation d'actes éloignés d'une neutralité attendue en travail psychothérapique où il s'agit de penser au lieu d'agir, transgressant les règles usuelles, le plus « explosif » étant une aide financière, référant à un modèle « d'assistance » éloigné de l'idéal d'autonomie auquel aspire le soin moderne⁷. Parce qu'il s'agit là de gestes emblématiques du malaise vécu, de la tension entre cadres d'intervention exacerbée par la situation du « libéral » qui offre une « liberté » spéciale, j'ai décidé, conformément à ma méthode de travail habituel, où il s'agit de partir de *ce qui est* pour le réfléchir et non d'appliquer un manuel⁸, il m'était particulièrement important de décrire sans édulcorer.

⁶ Dans son cours à l'EPHE, « Entre intégration et collecte d'informations : de quelques paradoxes de la relation ethnographique », O. Diallo écrit « L'irritation ou la mauvaise conscience, ce sentiment de n'être pas à sa place, qu'engendre cette étrange situation, ont été depuis longtemps décrits, en des termes fort différents, par B. Malinowski, ou M. Leiris. Et pourtant, c'est bien de telles relations initiales, fragiles, déconcertantes que sont nées les plus belles études anthropologiques

⁷ Aberrations a priori difficile à évaluer ! Des témoignages semblent indiquer qu'en telles situations, elles ne sont pas exceptionnelles.

⁸ Cf. Le travail d'évaluation dans le RRPP.

I – LE CABINET DE PSYCHIATRIE

Je présenterai brièvement les **conditions environnementales** (urbanisme, géographie, population, système de soin) et le **cadre de ma pratique** habituelle (dispositif, règles, processus, fonctionnement).

1- L'environnement : la ville nouvelle

Je me suis installé avec JCF en 1992 en Nord-Isère quelques mois après lui à cause de nos affinités amicales et professionnelles, la question économique (partage de frais) étant secondaire. Nous avons créé notre cabinet de psychiatrie après avoir tous deux travaillé plusieurs années sur le 7^{ème} secteur de psychiatrie de l'Isère et au dispensaire de **Villefontaine**⁹. Cette ville nouvelle née sur une commune de moins de 500 habitants en 1968 a dépassé 15000 au début des années 90 pour approcher aujourd'hui 20000. La commune appartenait au Syndicat d'Agglomération nouvelle (S.A.N.)¹⁰, regroupant cinq communes qui expérimentaient un concept de « ville à la campagne » censé éviter les travers urbanistiques concentrationnaires d'après-guerre avec un habitat à taille humaine étalé sur des surfaces anciennement agricoles : petits immeubles et lotissements de villas disséminés entre champs et étangs.

Les communes du SAN ont intégré en 2005 la CAPI (Communauté d'Agglomération des Portes de l'Isère) qui regroupe 21 communes pour 100 000 habitants avec plusieurs parcs d'activité, intégrant 4 pôles d'excellence, 5 pôles de compétitivité, 46 000 emplois avec forte activité logistique. L'ensemble dépend administrativement de l'Isère (préfecture à Grenoble à 70 km) en dépit de sa proximité avec l'agglomération Lyonnaise (30 km).

La population d'origine, campagnarde, fut submergée en vingt ans par les nouveaux arrivants : familles populaires fuyant la périphérie de Lyon et ses cités difficiles (Vaulx-en-Velin, Vénissieux) ou venus de toute la France, attirées par un habitat *humain* accessible financièrement, classes aisées soucieuses d'un cadre de vie « aéré », militants associatifs désireux d'expérimenter des solutions collectives.

⁹ Entre 1985 et 1993, j'ai été interne, assistant, praticien hospitalier à temps partiel sur le 7^{ème} secteur de psychiatrie (Hôpital Général Lucien Hussenot à Vienne et CMPA à Villefontaine).

¹⁰ Début des années 1970, l'agglomération de la Ville Nouvelle est créée sur plusieurs communes limitrophes, à proximité de Lyon, Grenoble et Chambéry. Le S.A.N. est une opération d'aménagement du territoire ayant pour mission de pallier la croissance de l'agglomération lyonnaise en favorisant son desserrement vers l'Est sur l'axe Lyon-Grenoble. De nombreux logements sont construits sur Villefontaine et l'Isle d'Abeau, les entreprises à dominante logistique concentrées sur Saint Quentin Fallavier. Cf. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Villefontaine> et <http://www.mairie-ida.fr/fr/ville-isle-abeau/intercommunalite-capi.html>

Riche d'initiatives associatives, la commune a été rattrapée par les problèmes qu'on fuyait : communautarisation, concentration de population défavorisée, malgré le potentiel d'emploi logistique de Saint-Quentin-Fallavier. Aujourd'hui, le logement social à Villefontaine atteint 62% de logements.

Ces données permettent d'envisager un certain profil de patients. Non formé à la pédopsychiatrie, je reçois une majorité d'adultes de tous âges, appartenant en majorité à des catégories sociales en difficulté (invalidité, travail précaire, longue maladie, chômage) ou modestes (ouvriers, manutentionnaires, travailleurs intérimaires), ce qui n'exclut pas quelques cadres et professeurs, etc.

Sur Villefontaine, l'offre de soin « psy » comporte un CMPA (annoncé saturé et pâtissant des changements fréquents de médecins ou de postes non pourvus), des psychologues libéraux, une psychiatre psychanalyste. D'autres psychiatres sont à Bourgoin, annonçant des délais dépassant souvent 6 mois.

Les CADA du secteur :

Les demandeurs d'asile ayant consulté au cabinet sont ou ont été liés à plusieurs CADA : celui de **Villefontaine (ADOMA CADA)**, principal « pourvoyeur » qui accueille **120 migrants** en appartements de trois personnes sur les communes de la CAPI, celui de Bourgoin (CADA ADATE) qui accueille 8 demandeurs d'asile, celui de Pont-de-Chéruy à 20 km qui est un centre d'hébergement collectif pour 130 migrants avec une psychologue et celui du Péage-du-Roussillon qui est un CATDA (centre de « transit » temporaire pour demandeurs d'asile).

Sauf un patient, lié à Forum-Réfugié à Lyon, tous ont connus l'une ou l'autre de ces structures.

Structures sociales officielles et associatives caritatives :

Les CCAS de Villefontaine, l'Isle d'Abeau ou Bourgoin, soutiennent, avec des moyens variables selon les communes, les patients déboutés : aides aux démarches administratives, à l'accès aux droits à la santé (AME), chèques alimentaires, adresse de référence (permettant entre autre l'inscription aux Restaurants du cœur).

A Grenoble, Pôle de références juridico-administratif des demandeurs d'asile, on trouve l'APARDAP (Association de Parrainage Republicain des Demandeurs d'Asile et de Protection qui aide au plan juridique et financier pour les démarches administratives avec accompagnement en préfecture, parrainage), LA RELEVE (accueil et aide aux premières démarches de demande d'asile), la CIMADE (aide juridique sans aide financière),

le Secours Catholique (aide financière, logement, proposition d'activité, cours de français, initiation à des formations, accueil (Grenoble, Bourgoin).

Sur le secteur de Villefontaine, l'AFSI à La Verpillière (Aide aux Familles en Situation Incertaine qui aide les familles de demandeurs d'asile déboutés pour la scolarisation, aide psychologique, etc...), Centre œcuménique à Villefontaine (aide de militants ?).

Les communes du secteur, en particulier Villefontaine, proposent une activité de maraîchage (« le jardin ») qui rassemble de nombreux patients très investis, espace collectif apaisant, de grande utilité (thérapeutique ?).

2- Le cadre du soin en psychiatrie d'exercice libéral

Passer d'un statut de salarié du service public à celui de praticien en exercice libéral fut délicat. À l'attrait d'une liberté de pratique, à l'allègement du poids des hiérarchies hospitalières et médicales, s'opposait une idée négative du privé où l'économique primerait sur le solidaire : les différences de conventionnement, de délais d'attente annoncés correspondent effectivement à de grandes différences dans l'approche, la clientèle, les revenus. L'exercice libéral pratiqué dans notre cabinet avec un conventionnement en secteur 1 (Cf. ci-dessous), s'ils permettent de recevoir tous les patients dont les demandeurs d'asile, fait face à une demande excédant les possibilités d'accueil¹¹.

L'entreprise, conventionnement, paiement à l'acte, revenu.

Un cabinet libéral est une entreprise avec des contraintes économiques et matérielles : comptabilité individuelle et commune, entretien du cabinet commun dans un immeuble de logements sociaux, un *chez soi* personnalisé, familial, sans « barrière » administrative (ni hiérarchie, ni secrétariat), la négociation se faisant directement avec les patients. Le coût du local partagé double évidemment au départ d'un associé, ce qui m'obligea, du fait du refus du bailleur d'ouvrir à une nouvelle association, d'envisager un départ à moyen terme.

La question économique est liée au **conventionnement avec la Sécurité Sociale** avec ses trois modalités. Le **secteur 1** choisi, correspond à l'application des tarifs de la sécurité sociale permettant l'accès aux soins à tous et garantit la rémunération du médecin : un psychiatre psychothérapeute se retrouve en pratique en concurrence « déloyale » avec les psychologues libéraux. Les praticiens en secteur 1 bénéficient de la prise en charge d'une

¹¹ Théorie et pratique sont choses différentes : on peut éliminer certains patients par le simple filtre des délais d'attente, d'un cadre d'accueil rigide, sans même passer par des dépassements d'honoraires.

part importante des cotisations URSSAF en échange de l'application des tarifs conventionnés. Ceux-ci mettent les patients à égalité contrairement au secteur 2 où les médecins ne peuvent appliquer leur dépassement aux bénéficiaires de CMU ou AME, élément avancé par des libéraux en secteur 2 pour justifier la difficulté à accueillir ces patients¹². Dans ma pratique, il est arrivé exceptionnellement qu'un patient en difficultés financières ne pouvant payer une mutuelle (revenus dépassant les seuils d'accès à la CMU) renonce aux soins. Je télétransmets les Feuilles de Soins Electronique (FSE).

La **question du tiers payant** a été mise à l'honneur dans le mouvement de protestation initié en décembre 2014 par les syndicats de libéraux, regroupés au-delà de leurs divergences habituelles contre la réforme promue par la Ministre Marisol Touraine¹³. Dans ma situation, les problèmes de prise en charge sont modérés : refus ou moindre remboursement du tiers payant par la S.S. pour des patients sans médecin traitant, ce qui annule une partie des honoraires pris en charge. Le problème principal est celui de séances manquées ou annulées qui sont « perdues », sauf accord établi au préalable à ce sujet avec le patient pour un règlement (séances dues) : difficulté spécifique de l'activité libérale et qu'ignore un salarié du public que ne pénalisera pas une absence.

En secteur 1, un patient bénéficiant de CMU ou d'AME ne diffère donc pas des autres patients s'il vient à sa consultation : un demandeur d'asile a accès à la CMU, s'il est débouté, à l'AME. C'est la fiabilité aux rendez-vous, dans mon expérience inférieure en moyenne à celle des « autres » patients, qui implique, pour qui suit de nombreux « absentéistes », un impact financier et/ou une perturbation de l'organisation car ces rendez-vous manqués seront souvent « remplacés » mais cette fois en urgence et avec parfois des demandes complexes nécessitant du temps. Un autre inconvénient est de construire ou consolider une *représentation spécifique* de patients « demandeurs d'asile » distingués des patients « habituels » par une faible fiabilité aux rendez-vous, orientant sur une défaillance du lien : pourtant, il se peut que cet absentéisme soit d'abord lié à l'instabilité de l'hébergement, l'impossibilité à financer un transport, les patients venant de loin (parfois Grenoble) ou une confusion temporelle, une anticipation difficile, etc.¹⁴

¹²Réticence allant jusqu'au refus illégal comme l'ont montré des études de testing auprès de praticiens dont des psychiatres. Cf. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire, Fonds CMU - IRDES, mai 2006 et juillet 2009 et Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France, Médecins du monde, octobre 2006. Cf. <http://www.discriminations.inegalites.fr/spip.php?article74>

¹³ On peut distinguer schématiquement (1) un pôle à gauche de généralistes secteur 1 ayant lutté antérieurement pour une médecine de prévention rémunérée, en accord avec le tiers payant mais contestant les complications administratives et la mainmise potentielle des mutuelles sur les pratiques et (2) un pôle à droite de spécialistes en secteur 2 opposés au tiers payant, voulant « responsabiliser » le patient et opposée à toute contrainte « étatique ».

¹⁴ On peut aussi relativiser le niveau d'amputation des revenus à la lecture des moyennes des revenus des libéraux.

Les médecins sont rémunérés à l'acte. En psychiatrie, il n'y a en général qu'un acte : la consultation, actuellement rémunérée 43,70 euros : c'est donc le nombre d'actes (lié au temps passé à cet acte) qui détermine le revenu. Mes consultations durent $\frac{3}{4}$ d'heures, ce qui correspond au choix d'un temps de parole *suffisant* (?)

L'isolement

Un patient qui va mal est pris en charge « intégralement » par le praticien seul : aucun équipier infirmier, assistant social ou cadre de santé. Les patients ne relèvent pas de situations ou pathologies obligatoirement légères et sans risque et le relai par l'institution, quand il est nécessaire, n'est pas toujours évident : le thérapeute est au « front » seul, ce qui implique une charge particulière.

Cette solitude et le face à face individualisé amènent une position particulière du thérapeute favorisant l'investissement et la proximité d'avec le patient, augmentant la charge affective. Si la précarité ou la vulnérabilité de ce dernier sont grandes en lien avec une défaillance des supports familiaux ou sociaux (isolement du patient, absence de proches, situation administrative défavorable), la relation thérapeutique prend un caractère particulier, devenant non seulement cette relation jamais encore vécue par les patients dans une thérapie donnant place à leur vie intérieure et la subjectivité, offrant une reconnaissance nouvelle, mais aussi, parfois, semble être la « seule relation » réelle fiable. Cet investissement particulier pèse lourd et risque d'ébrécher les frontières de la relation thérapeutique « classique ».

Cet isolement questionne les liens aux autres professionnels de soins : réseaux, établissements de santé, hôpitaux spécialisés ou cliniques, institutions sociales. Sur le secteur de Villefontaine, un questionnaire réalisé en 1989 pour ma thèse de médecine sur des liens entre l'équipe de psychiatrie de secteur et les médecins locaux avait montré leur intérêt poussé pour le soin psychique (supérieur aux praticiens de Vienne par exemple)¹⁵ et il n'est pas douteux qu'une majorité des troubles psychiques soient pris en charge par les généralistes. Cette attitude amène probablement à un respect du travail psychothérapique mais aussi à un certain cloisonnement des tâches susceptibles de contribuer à l'isolement.

Les liens que j'ai avec les psychiatres libéraux du secteur sont faibles : distance géographique, fonctionnements, refus de participer aux rencontres organisées par les laboratoires pharmaceutiques, « bienfaiteurs » soucieux d'organiser la « convivialité » des confrères. Notre association à deux psychiatres était (sur le secteur) le support principal contre cet isolement par la possibilité d'échanges et soutien dans les situations difficiles.

¹⁵ Thèse de Médecine : Le 7^{ème} secteur de l'Isère. Politique de soin et aléas de sa réalisation. Lyon 1, 1989.

Le cadre de soin : option psychothérapique

Si l'exercice de la psychiatrie libérale en France permet actuellement un libre choix d'installation, du conventionnement et du modèle inspirant la pratique (médical objectivant comme la « psychiatrie » biologique ou psychothérapique (psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémique, etc.), le praticien est soumis aux règles de la déontologie et du conventionnement avec la sécurité sociale.

L'exercice libéral dépend du cadre général du système de Santé en France et de la prise en charge financière collective. Un psychiatre de ville inscrit son cadre de travail au croisement des axes *santé collective* - *santé individuelle* (comme acteur social) et aussi *cadre médical objectivant* - *cadre psychothérapique subjectivant* (comme acteur thérapeutique). La pratique psychiatrique varie selon les praticiens mais a toutes chances « d'agglomérer » diverses sources théorico-pratiques et devenir plus ou moins intégrative, ce que montrent nombre d'étude de cas des psychiatres, oscillant entre suivi prescriptif (chimiothérapique ou prise en charge médico-sociale, conseil, paternalisme médico-psychologique) et suivi psychothérapique abstinent.

Mon orientation était « psychodynamique », choix découlant de mon expérience personnelle et professionnelle et d'un questionnement sur le pouvoir médical ou psychiatrique mais sans formation « labellisée » psychanalytique. Après mon installation et une supervision individuelle, j'ai opté pour le support collectif d'un travail d'évaluation en groupe de pairs dans le cadre de recherches sur la psychothérapie (RRPP)¹⁶, mixant outils quantitatifs et qualitatifs à partir d'entretiens transcrits intégralement, approche répondant au besoin de revenir à ce qui se passe en pratique « naturelle », « réelle », quelle que soit la théorie annoncée¹⁷.

L'approche que j'essaie d'avoir ici participe du même esprit : respecter les faits sans éluder les aspects dérangeants telles ces « sorties de cadre » vécues avec malaise, parce que transgressant les repères considérés comme fondations immuables structurant le travail.

¹⁶ RRPPR (Réseau de Recherches des Pratiques Psychothérapiques animé par JM THURIN et son équipe). Cf. <http://www.techniques-psychotherapies.org/fmi/xsl/techpsy/veille>

¹⁷ Une critique des études d'efficacité des psychothérapies est l'absence d'informations concernant le processus thérapeutique puisqu'il s'agit d'étude de résultats : « *Comment savoir (...) si les facteurs qui contribuent à l'évolution des patients sont communs aux différentes formes de traitement ou s'ils ne sont pas plutôt spécifiques d'une orientation particulière, mais appliqués plus ou moins implicitement par tous ? On sait bien par exemple que l'alliance thérapeutique n'est pas définie de la même manière et n'a pas la même importance théorique selon les approches. (...) : que font réellement les thérapeutes ? Appliquent-ils bien le modèle auquel ils se réfèrent ? Appliquent-ils uniquement un et un seul modèle ? Force est de constater que pour répondre à ces questions, le recours aux descriptions de la technique donnée par chaque approche ne suffit pas et qu'il faut impérativement pouvoir observer ce que font réellement les thérapeutes en thérapie.* » Cf. Kramer U., Roten Y. de, Despland J.-N., Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies [Do therapists do what they say they will do? a comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches]. *Pratiques psychologiques* 11(4), pp. 359-370, 2005.

Edmond Gilliéron qui a étudié l'influence du cadre de la relation psychothérapique sur le processus, précise dans son ouvrage *Le premier entretien psychothérapique*¹⁸ : « le cadre comporte l'ensemble des facteurs permettant au thérapeute d'exercer son activité. Il se compose d'éléments de deux ordres : un dispositif, éléments concrets (lieu de l'activité, moyens à disposition, temporalité) et un ensemble de règles qui précisent le statut du thérapeute et le statut du patient. Le cadre qualifie la relation thérapeutique, qu'il délimite par rapport à une relation sociale ou sentimentale. Les caractéristiques du cadre sont étroitement liées à une théorie qui est celle de la guérison. Pour le psychothérapeute, cette théorie décrit le fonctionnement psychique et la nature du changement psychique visé. ». Gilliéron définit le cadre psychothérapique relativement au cadre psychanalytique « lequel ne permet plus, par le face à face, cette neutralité du thérapeute, celui-ci devant pourtant rester abstinent, c'est-à-dire diriger la cure mais non le patient. Mais cette situation « offre [au patient] une certaine emprise sur sa vie intérieure, car le patient peut prendre alors possession du thérapeute par le regard »

Les difficultés du face à face n'ont pas commencé au cabinet avec l'arrivée des migrants : des patients aux parcours instables, en difficulté sociale, aux troubles « limites »¹⁹, confrontent à des mouvements projectifs puissants. Mais les difficultés posées par ces patients aux relations parfois chaotiques sont des attaques du cadre psychothérapique identifiables. Autrement dit, en dépit des sentiments négatifs (ou positifs) puissants qu'ils peuvent susciter, ces patients apportent un problème localisable dans un espace intersubjectif familial.

L'étrangeté de l'univers des demandeurs d'asile m'a posé des problèmes d'une autre nature, la réalité externe paraissant surplomber toute demande, écraser leur subjectivité. Au-delà de la familiarité initiale, ces patients semblaient devoir rester à l'extérieur de mon cadre de soin.

18 Edmond Gilliéron, *Le premier entretien en psychothérapie*, Dunod, 1996, p. 84

19 Troubles limites selon l'approche d'Otto Kernberg. *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. (1995)

II - SITUATION CLINIQUE GENERALE

1- PERIODE INITIALE ET PLONGEE DANS UN NOUVEL UNIVERS

Les dés furent jetés avec l'annonce du décès au premier patient entré dans ce cabinet soudain plein d'étrangeté. Annonce donnant corps à l'inconcevable, scène ouvrant aux difficultés à venir.

J'avais vécu cette arrivée inopinée comme une *intrusion*, tandis que je cherchais les coordonnées des patients de JCF. Je tentais de contrôler l'incontrôlable dans ce moment « traumatique » avec dans ma tête une image reconstituée de l'accident d'après le récit rapporté. Ce drame délimitait un avant et un après, résonnait avec des épisodes personnels m'ayant confronté à la mort et à ce qu'elle pouvait susciter chez des témoins. Situation de dédoublement, comme un oiseau surplombant la scène et en même temps acteur, maintenant à distance l'émotion. J'identifiais à tort ou à raison que cet état me rapprochait des patients dont la problématique traumatique, suite aux violences et aux deuils vécus, me semblait devoir être inévitablement réactivée : sans aucun doute, ce deuil choquerait chacun de ces patients, d'autant plus qu'ils avaient, je le présumais, investi massivement la relation thérapeutique avec JCF.

Cette base de représentations prédéterminait le lien noué à des patients que j'identifiais comme un groupe indifférencié de « demandeurs d'asile ». Lien ambivalent : d'un côté, mêlé au probable déni de cette mort, le refus de recevoir et suivre ces patients ultérieurement, de l'autre, besoin d'étayage croisé, consolation partagée, reconstruction, besoin obligeant à faire quelque chose pour « eux ». Quoiqu'il en soit, ces visages familiers d'africains croisés dans la salle d'attente, ce groupe constituant de *notre* cabinet et représentant à mes yeux JCF, quittait l'arrière-plan commun pour surgir dans mon espace personnel professionnel.

Les réactions initiales au deuil empruntent à divers registres contradictoires, allant de l'euphorie à l'abattement : l'action s'imposa par nécessité de gérer le cabinet et « boucler » son activité. J'annonçai sur son répondeur sans ambiguïté sa mort *accidentelle*, ne voulant pas tergiverser par souci d'efficacité, en dépit du choc possible à écouter un tel message²⁰. Je voulais économiser des répétitions délicates, « déblayer » le fardeau anticipé des complications risquant d'interférer avec mon activité qui ne s'arrêtait pas pour autant et couper court à de possibles scénarios de suicide congruents à un éthos de persécution chez des patients déprimés, culpabilisés,

²⁰ Cf la situation 2 évoquant le bouleversement à entendre ce message en un moment crucial.

persécutés pouvant intégrer ce deuil dans la continuité tragique de leur histoire. Je précisais ne pouvoir offrir qu'un dépannage ponctuel.

Sur son bureau, la pile de dossiers aux noms étrangers confirmait l'appartenance de ces « demandeurs d'asile » à une catégorie à part : parmi eux, majorité de personnes d'origine subsaharienne (Congo RDC, Angola principalement, Guinée Conakry) mais aussi Albanais et Kosovars. J'appelais le CADA de Villefontaine, supposé capable de soutenir l'ensemble des patients concernés (et moi-même !) afin qu'ils préviennent les « demandeurs d'asile » puis téléphonais aux *autres* patients.

A cette période initiale dédiée aux actions préventives vis-à-vis de l'envahissement par cette réalité traitée comme une lourde charge administrative, *réalité externe* incontournable, succéda une période de « vérité » : « réaliser » cette mort et la fin du compagnonnage professionnel à l'origine de notre institution impliquant des modifications irréductibles au plan matériel, humain et professionnel.

Au fil des jours, arrivèrent, souvent à l'improviste, ses patients à qui je répétais la litanie de l'accident, désireux de rassurer sur son investissement auprès d'eux. Rencontres amenant une proximité particulière dans lesquelles, je manifestais une d'attention spéciale à leur égard tandis qu'ils semblaient eux-mêmes attentifs à ma situation personnelle de façon symétrique. Résolu à ne pas les prendre en soin *sauf dépannage* autorisait sans doute un contact plus direct, une moindre *distance*.

Ces échanges troublants, la détresse ressentie, la nécessité d'attestations du suivi antérieur impliquant un partage avec eux de la vie de JCF m'ont amené à recevoir et suivre progressivement ces patients : une petite dizaine de « non-migrants » mais **26 migrants suivis antérieurement auxquels se sont ajoutés autant de nouveaux migrants entre avril 2013 et avril 2015**. Parmi eux, 27 ressortissants du Congo Kinshasa, 1 du Congo Brazzaville, 8 Angolais (Angola ou Cabinda, province au Sud-ouest du Congo-Brazzaville), 5 Guinéens, 1 Tunisienne, 1 Tchadien, 2 albanais, 1 kosovar, 1 Algérien. Patients a priori francophones : Congolais, guinéens, algérien, tunisien, tchadien. Les Angolais parlent portugais mais, grâce à leur expérience et aux cours de Français déjà suivis, nous parlions français. Je n'ai eu l'aide d'un interprète que pour 1 patient albanais en demande d'asile aux frais du CADA.

Une première raison à cette disproportion entre migrants et non-migrants reçus découle d'une question administrative. Ces présumés « demandeurs d'asile » venaient demander, au moment où ils étaient **déboutés du droit d'asile** pas tant l'ordonnance que leur médecin traitant pouvait renouveler qu'une **attestation de suivi**

psychiatrique à présenter au médecin agréé pour une demande (ou un renouvellement) de titre de séjour comme « étranger malade »²¹.

Se limiter à ces certificats pour une intervention unique sans plus m'impliquer fut impossible. J'avais face à moi des personnes en détresse majeure, vivant le choc psychologique du refus d'un statut de réfugié par la CNDA, se préparant à la précarité annoncée et sans suivi psychiatrique ou psychologique. Mais si JCF avait reçu ses patients durant leur demande d'asile, travaillé en concertation avec différentes structures impliquées, je les recevais sans préparation, sans connaître leur histoire, dans un contexte d'urgence juridique, **en place de leur psychiatre décédé et au moment où la sécurisation initiale de la demande d'asile « craquait ».** Ainsi, **au deuil de leur psychiatre traitant qui les soutenait face au psycho-traumatismes, s'ajoutait la défiance de l'état à leur égard et les perspectives d'une situation en précarité, cumul de difficultés réactivant la symptomatologie psycho-traumatique.**

Contexte problématique et ambivalent puisque j'étais le représentant non seulement du défunt qui les avait soutenus et dont le décès ne pouvait que résonner avec la spirale du malheur ayant provoqué l'exil, mais aussi **le représentant de l'institution soignante du pays qui les rejetait.** Refus signifiant non-reconnaissance de la réalité du risque à revenir au pays ou de celle des persécutions et injustices subies, refus annonçant des mois (ou années ?) difficiles puisque, sans papiers, ils n'auraient ni droit de travail, ni hébergement, perdraient le bénéfice de réductions dans les transports, l'accès aux activités suivies en lien avec le CADA et qui avaient eu, sinon une fonction proprement thérapeutique, du moins d'apaisement des symptômes, comme j'allais le découvrir dans cette initiation massive. Moindre mal, ils auraient accès aux soins avec l'AME mais ils dépendraient des structures d'hébergement d'urgence saturées²² (donc souvent de la rue) ou des amis rencontrés au cours de leur parcours de migrants, souvent semi-précaires, plus ou moins fiables et exploités ou encore d'associations caritatives (restaurants du cœur, secours catholiques) et d'aide aux demandeurs d'asile sur le plan du conseil (CIMADE) et parfois aussi financiers pour aider à leurs démarches (APARDAP). Avec un peu de chance et des capacités relationnelles, ils obtiendraient l'aide de militants éventuels.

Je découvrais ainsi et de manière répétée, comme une sanction collective, la mise en précarité imminente d'une cohorte de patients en panique, impuissant face à des décisions qui m'étaient incompréhensibles au regard des récits de leurs persécutions qui émergeraient au fil des suivis, récits difficiles : arrestations violentes au cours desquelles des proches étaient tués, emprisonnements, tortures et viols répétés, morts programmées auxquelles

²¹ J'étais le mieux placé pour cette attestation, informé de l'investissement de mon collègue. Les dossiers médicaux ne m'appartenaient pas pour autant et ont été confiés à l'Ordre des médecins de l'Isère.

²² Cf. le 115 de l'Isère en grève en décembre 2014. <http://ada-grenoble.org/10-association-ada/101-le-115-en-greve>

ils avaient échappé par miracle, « évasions » possibles par la corruption et l'endettement de l'entourage, arrestations et disparitions ou assassinats de proches « à cause de » ces patients parce qu'on les recherchait, exil financé par l'entourage vis-à-vis duquel ils étaient en dette, familles et enfants quand ils en avaient ou connaissaient leur sort, restés au pays dans l'attente de leur aide financière depuis l'Europe où on les croyait sorti d'affaire pour payer l'école, les soins²³...

Tableaux désespérants avec un sentiment d'inutilité des moyens psychothérapeutiques et médicamenteux quand la situation administrative écrase toute possibilité d'aborder le trauma ancien puisque la priorité est la survie immédiate. Accumulation de « chocs » successifs où la confiance à établir et le lien qui serait la base de l'aide thérapeutique semblait progressivement plus délicate à atteindre du fait d'obstacles multiples pressentis derrière l'illusion de communication d'une langue commune. En effet, la langue maternelle de mes patients majoritaires, Congolais francophones, était le Lingala. Ils venaient d'un pays où la culture et les *religions*²⁴ ancestrales avaient été bouleversées par un siècle de colonisation violente, de prosélytisme religieux chrétien, un pays ayant fourni les matières premières de l'occident au rythme forcé de l'industrialisation et des guerres mondiales jusqu'aux drames de l'indépendance (1960), ayant été meurtri par les dictatures successives de Mobutu puis de Laurent-Désiré Kabila et enfin actuellement de Joseph Kabila, avec les guerres du Congo des années 90²⁵ à la suite du génocide Rwandais dont les millions de morts restaient dans l'ombre de l'histoire occidentale. Un pays vivant au rythme des conflits de la zone des grands lacs, secoué régulièrement par les épisodes de répression politique meurtrière en particulier à Kinshasa²⁶. A la méconnaissance du pays d'origine, de son histoire, de ses langues, de la culture de ces patients, s'ajoutaient cette frontière de l'asymétrie des positions sociales, des sécurités psychiques, physiques et matérielles respectives, l'écart entre un citoyen médecin occidental et un exilé fuyant un des pays les plus pauvres du monde pour sauver sa vie.²⁷

A cette raison administrative à l'origine du suivi de ces patients, s'ajoute un problème d'héritage affectif : poursuite du travail de JCF auprès de ses patients désormais seuls pour qui, de toute évidence, ces soins avaient constitué un pilier essentiel dans leur adaptation à l'exil.

²³ En quelques lignes sont condensées la plupart des situations rencontrées : dans la majorité, des emprisonnements et maltraitances ou tortures physiques.

²⁴ L'usage du mot « religion » à propos des croyances animistes africaines est contestable. (Cf. Joseph Tonga).

²⁵ Première guerre (96-97), deuxième (98-2003), guerre du Kivu (2004-2009), actuellement les conflits au Kivu avec le M23. Estimations entre 3 et 5 millions de morts, une imprécision qui laisse rêveur.

²⁶ *Congo, une Histoire*, David REYBROUK ; article de l'Encyclopédie Universalis. En Janvier 2015, des émeutes contre un changement de constitution ont fait des dizaines de morts à Kinshasa

²⁷ Sur 50 patients demandeurs d'asile, 1 réfugié. Les autres demandant un titre « étranger malade » pour motif psychiatrique en majorité : PTSD et 1 pour psychose. L'équipe du CADA de Villefontaine confirme l'avalanche de refus en 2014, supérieure à 2013 malgré des dossiers de même « qualité ».

Probablement, se jouait un **étayage croisé** entre eux et moi : **ces patients représentaient une part de JCF, je représentais la part symétrique**. Le bouleversement du deuil m'incitait à recréer ma pratique, à me distancier de cette part que je représentais en m'impliquant dans un changement actif plutôt qu'assumer pesamment la charge obligée ou la fuir. M'approprier ce travail semblait une issue meilleure.

2- PARADOXE DES RESENTIS DE PROXIMITE ET D'ELOIGNEMENT : PERTE DES REPERES

Je ressentais des éprouvés « de proximité » : vécus, plutôt que simple empathie, de sympathie, nourris par l'expression de la compassion de patients pour les proches de JCF, sa famille, son entourage et moi-même²⁸. J'avais le sentiment de partager deuil, tristesse et nécessité du rapprochement humain, entre vivants. J'avais le désir de faire de ce mal un bien. Leur attitude me touchait d'autant qu'elle abolissait les frontières de nos différences pour souligner notre humaine appartenance. Un modèle d'échange idéal en cette période intense, qui connaissait pourtant des ratés avec certains patients me restant peu accessibles.

Je résume les aspects de cette proximité : (1) anciens patients de JCF, je leur attribuais une part de sa personne comme je pensais qu'ils m'en attribuaient une autre puisque je n'étais pas un simple associé ni un représentant anonyme de l'institution psychiatrique ; (2) certains m'étaient effectivement familiers pour les avoir vus en salle d'attente dans cette posture les identifiant comme « demandeurs d'asile » : affalés, somnolents, l'air « ailleurs », venus hors RDV, dans une atmosphère de confusion ou d'étrangeté ; (3) ils m'appelaient par mon prénom, utilisant parfois le tutoiement, jamais le vouvoiement ; (4) appelant fréquemment au téléphone, en urgence, en fin d'ordonnance, se présentant au mieux par leur prénom comme si j'étais censé les reconnaître instantanément comme un proche qui aurait cheminé en même temps qu'eux, tandis que, je les confondais au téléphone, gêné.

Contact direct, familiarité, proximité, sentiment de gratitude à l'égard de ceux, nombreux, qui me présentèrent leurs condoléances. Mais aussi, déjà, décalage, gêne, contradiction.

Situation 2

Un Congolais de Kinshasa, intellectuel souffrant d'état de stress post-traumatique suite aux persécutions subies. Militant de défense des droits de l'homme dans un groupe religieux, arrêté par les militaires lors d'une réunion en vue d'un mouvement de protestation, maltraité comme esclave des militaires durant quatre mois en forêt avant d'être « racheté » par un ami de son père l'ayant croisé par miracle. Cet homme avait tôt demandé une aide psychologique, vivant une torture mentale insoutenable. Il m'expliqua avoir téléphoné à JCF juste avant son

²⁸ Tisseron dit dans « L'empathie au cœur du jeu social » (Journal des psychologues d'avril 2011, numéro 286) : « Dans **la sympathie**, on partage les objectifs et les buts de l'autre ce qui n'est pas le cas dans l'empathie. »

passage à l'OFPRA pour trouver un soutien ce qui confirmait la qualité de cette relation. C'est alors qu'il entendit mon annonce du décès de son thérapeute sur répondeur. Jour de l'enterrement et jour du passage à l'OFPRA.

En revanche, la nécessité de retrouver un espace de travail familial **m'éloignait d'eux**. Je n'arrivais pas à retrouver mon cadre de travail habituel, la fiabilité, les repères des suivis habituels, une suffisante confiance dans mon appréciation des patients. Les premiers entretiens faits dans l'urgence administrative, sans suite annoncée détonnaient, avec une perception évitée, gênante d'incompréhension, des difficultés à me représenter leur histoire et sentir le poids d'horreurs imaginées, que je n'osais aborder.

Les premiers entretiens étaient denses : résumés pénibles perçus comme réducteurs et au service d'attestations, ordonnances : actions instituant une posture administrative « active » qui semblait bloquer tout projet « psychothérapique » dont l'idée semblait culturellement dépourvue de sens. Je récoltais des données sociales (situation administrative, démarches en cours, histoire, traumatismes, lien au pays, soutiens locaux, suivis antérieur). Interrogatoires actifs sans insister pour comprendre ces univers mentaux, qui, accumulés, stéréotypés, recueillant des discours tétanisés, semblaient indifférencier ces patients fondus en une représentation générale, *désindividualisante*, pleine de confusions et d'erreurs.

Les patients débarquaient en urgence entre deux consultations pour dépannage, perturbant mon organisation, c'est-à-dire le socle de ma relation aux autres patients, frappant à la porte du bureau, pressés, quand ils ne l'ouvraient pas (inquiète de ne pas savoir si j'étais là ?).

Je marchais sur des œufs autour de la question traumatique : questionner ces vécus de violence extrême, ramener sur la scène des tortures, source de honte, rage, sentiment d'injustice, dont le récit avait été déjà confié en secret auparavant à JCF au fil d'une longue relation, n'était-ce pas raviver inutilement ces douleurs, confirmer l'inutilité des récits précédents, surligner la disparition du thérapeute et la perte des acquis du suivi antérieur et mon incompétence à le remplacer ?

Il m'apparaissait maintenant que **cette relation proximale, idéalisée** dans ce lieu de tolérance et/ou de réparation du cabinet **n'existait qu'à la suite d'une rupture d'humanité**²⁹. L'autorité censée assurer leur

²⁹ Selon Gaël Masset et Sandrine Kalla « *Les interdits fondateurs de la vie en société, ont été transgressés. Le pacte civilisateur a été rompu. La Loi symbolique, part universelle de notre commune humanité, n'est plus organisatrice de relations, où l'autre est respecté dans sa différence. (...) Ils ont été atteints dans leur être par la faute d'un Etat, qui ne tenait plus sa place de tiers.* » in « La figure de la victime : de la reconnaissance à la victimisation », Rapport de l'ORSPERE, 2005.
www.orspere.fr/IMG/pdf/SANTE_MENTALE_ET_DEMANDEUR_D_ASILE.pdf

sécurité avait rompu un pacte d'humanité, brisé la confiance en l'autre. Le **traumatisme questionnait les possibilités d'un lien de confiance puisque les bourreaux étaient humains comme eux et moi**³⁰.

D'autre part, le problème ne relevait pas, a priori d'un conflit interne, cible du psychothérapeute individuel, mais d'un conflit appartenant à la réalité « externe », nécessitant réparation, justice, sécurité, ce qui éloignait du cœur de la pratique. Il ne s'agissait pas seulement d'une violence, injustice vécue au pays mais aussi d'une violence psychique et *peut-être* d'une injustice commise par la France dans l'application de sa politique migratoire dans un contexte stigmatisant la figure de l'étranger. Ils souffraient moins d'une pathologie psychiatrique que des effets précarisant d'une contrainte administrative aberrante : un récépissé les rendait inexpugnables tandis qu'on ne leur donnait pas de droit de travail, atteignant à leur dignité, **les condamnant à une dépendance matérielle et morale.**

Enfin, **les histoires individuelles disparaissaient sous l'uniformité du tableau clinique** réduisant ces patients à des *hommes-machines* répétant un scénario immuable, désespérant, cauchemars terrifiants et flashbacks, réveils en hurlant, épuisement, céphalées permanentes. Ils étaient l'expression multiple d'un même mal, d'une même histoire humaine, celle de la violence de l'homme pour l'homme dans le pays d'origine mais aussi du sacrifice de leurs vies actuelles sur l'autel de la géopolitique. C'était moins une perturbation du monde subjectif individuel que d'une perturbation objective collective, questionnant la nature de l'humanité et le sens de l'action humaine. Et la confiance possible ou impossible dans l'humanité.

Autant d'éléments m'éloignant des références habituelles. Le double étayage qu'implique l'équilibre psychique selon Gilliéron³¹ était mis à mal : **l'étayage endo-psychique** submergé par l'effraction du trauma, **l'étayage sur l'entourage** en défaut par absence ou retournement des instances de sécurité (l'état), l'absence de supports familiaux et amicaux, le défaut d'étayage étatique qui avait soutenu l'espoir de réparation, de guérison. Et l'impuissance du thérapeute à contrer l'action de son pays dont il est un représentant.

Comme le dit un psychiatre en réponse au questionnaire présenté plus loin à propos du suivi d'un demandeur d'asile : « *Je me suis senti également très mal à l'aise avec les prescriptions (...) nécessaires étant donné les symptômes mais choquantes éthiquement puisque les symptômes étaient générés par le contexte inadmissible de l'attente et de l'interdiction de travailler infligées aux demandeurs d'asile (ce patient (...) n'avait aucun ATCD psy ni personnel, ni familial).* »

³⁰ Nombre d'auteurs soulignent cette difficulté à la confiance des patients, possiblement transmise par identification projective ? Contre-transfert ou transmission du trauma ? Cf. Lachal, Schnyder par exemple.

³¹ Le Premier entretien psychothérapeutique, Edmond Gilliéron, Dunod, 1996

Mon ambivalence était grande. A la proximité humaine du partage d'une douleur, à l'idéalisation d'une fraternité fusionnelle née d'un deuil commun, s'opposaient doute, incompréhension, perte des repères et culpabilité professionnelle à constater que l'emprise d'affects puissants comme ceux du deuil influaient sur mon cadre de travail au point d'ouvrir à des transgressions du cadre du soin.

D'un côté, la perception d'une impasse thérapeutique du fait des priorités immédiates (survie) poussant à la transgression, de l'autre un mouvement inverse, contre-attaque sur fond de méfiance vis-à-vis du patient et soi-même. Quand la *distance* dans la relation est une question centrale, quand il semble inacceptable de prendre en soin quelqu'un de proche, que toute implication *excessive* est mise en suspicion, quand ces patients sont dénoncés par les juges de la CNDA comme ayant menti, fait preuve d'incohérence, un soupçon de manipulation vient obscurcir l'idylle de la relation thérapeutique.

La question ne relevait pas de mouvements imperceptibles, d'un aveuglement révélé par les sorties du cadre habituel, d'actions irréfléchies dont on ne prend conscience que tardivement, ce n'était pas des lapsus ou des actes manqués. Le problème relevait d'un conflit éthique dont les termes semblaient clairement posés : **comment travailler avec des patients en telle précarité, absents aux rendez-vous puis débarquant en urgence pour un certificat d'importance, demande impossible à rejeter ? Comment envisager mes entretiens avec des patients dont les représentations du soin psychiatrique (et encore plus psychothérapique) et la culture m'étaient d'autant plus mystérieuses que notre langue commune, les références religieuses chrétiennes, la colonisation ancienne semblaient constituer un socle commun suffisant mais faisaient peut-être illusion ? Des patients pour qui le face à face individuel centré sur la parole renvoyait possiblement à des modèles inconnus, pour qui la structuration psychique avait eu à faire avec des modèles familiaux et sociaux distincts de nos modèles individualistes, s'appuyant sur le groupe, famille élargie, ancêtres, collectifs religieux et politiques, liens de voisinage et de quartier, groupes d'âge. Quel sens avait le cadre de référence psychothérapique supportant mon activité auprès de patients souffrant de « stress » majeur produit de toute évidence par l'actuelle précarité ? Attendaient-ils en priorité une introspection psychothérapique ou une sécurisation de la *réalité externe* ? Quelle possibilité de jeu intersubjectif et intrapsychique avec ces patients ?**

Situation 3

Avant mes vacances d'été 2013, un patient guinéen, ayant fui son pays suite à un conflit violent autour d'un héritage paternel pour lequel on veut le tuer, revient me voir pour son ordonnance. Débouté, sans hébergement ni ressources, les restaurants du cœur du secteur fermés. Dans un discours concentré, usant de cette langue française soignée des africains de l'Ouest, il n'ose me regarder dans les yeux, je sens son « stress ». Je finis par comprendre qu'il a besoin d'argent. Il est seul, sans solution, sa demande est difficile pour cet homme qui a honte : « Ma vie ne sert à rien ». J'hésite puis propose un prêt, soucieux de ne pas l'endetter vis-à-vis de qui devrait rester son

thérapeute. Il dit qu'un prêt n'est pas possible : il peut mourir soudain sans m'avoir remboursé ce qu'il ne peut envisager pour des raisons liées à sa représentation de la mort et/ou de l'au-delà. Je décide de suivre sa logique et fais un don.

Ce patient reviendra trois mois après, hébergé à Grenoble. Je pense qu'il est venu me montrer qu'il était vivant et se débrouillait. Je lui ai fait une ordonnance pour trois mois. Il ne m'a pas demandé d'argent : je l'ai pris comme une victoire. Je ne l'ai pas revu depuis.

3- ANNEE 2014-2015

Année du DIU et d'échanges avec des collègues, lectures et réalisation du questionnaire (en annexe) permettant un retour d'expériences des pratiques de soins avec ces migrants.

Jusqu'à l'automne 2014, ces patients traumatisés déboutés de leur demande d'asile, obtenaient, après une longue attente, un titre de séjour « étrangers malades » dès qu'un certificat médical attestait de la nécessité et l'existence d'un suivi psychiatrique. En présentant un passeport à la préfecture³², le patient obtenait un titre de séjour avec droit de travail, donc un revenu, logement et une amélioration de son état de santé. A l'automne 2014, la préfecture refuse en série ces titres aux premières demandes comme aux renouvellements contre l'avis du médecin de l'ARS avec OQTF³³. Refus systématiques appuyés sur un document du médecin attaché auprès de l'ambassade de France au Congo affirmant l'existence et la qualité des soins psychiatriques au Congo et en particuliers des traitement des troubles psychotraumatiques³⁴, obligeant les patients à un recours, donc des mois supplémentaires sans papiers pour les premières demandes et un retour à la précarité pour ceux qui travaillaient, certains voyant une perspective d'embauche définitive évanouie. Le recours nécessite un certificat médical détaillé dont le point questionné semble être, non la question centrale du retour au pays dont la perspective est au cœur du problème psychiatrique (peu audible après refus du statut de réfugié ?), non la possibilité effective d'un soin psychiatrique en sécurité au pays mais l'existence du traitement au pays, traitement qui semble réduit aux seuls médicaments en dépit de l'insistance des certificats à ce sujet. Au total, le point décisif relève de l'hypnotique utilisé indisponible au Congo qu'il faudrait remplacer. Ainsi, de la possibilité du remplacement de ce médicament dépend l'avenir du patient. Deux certificats rédigés fin 2014 et basés sur la même argumentation générale, ont eu des effets contraires sur le tribunal administratif, à cause des nuances de rédaction : l'un affirmait explicitement l'impossibilité de substitution du médicament, l'autre implicitement³⁵. Ainsi, la loi du 16

³² Passeport acquis pour 236 à 300 euros selon les cas à l'ambassade du Congo à Paris (auquel il faut ajouter le trajet).

³³ La journée du 12 juin 2015 « Droits au séjour des personnes étrangères malades vivant en France » organisée par le COMEDE, l'ADDE, La Cimade, a largement évoquée la question du refus des préfectures (une vingtaine) contre l'avis du MARS et l'engrenage juridique délétère obligeant le requérant à lever le secret médical. Cf. « Maux d'Exil », revue du COMEDE de juin 2015.

³⁴ Avis du Dr Baume (2013), attaché auprès de l'ambassade de France à Kinshasa, contesté par le COMEDE (Cf. OSAR sur la réalité des soins psychiatriques au pays).

³⁵ L'avocat de ces patients considère que les juges utilisent un point particulier au service d'un point de vue général. Cf. Annexe 4.

juin 2011 qui remplace le critère du traitement *effectivement accessible au pays* pour celui de *l'absence d'un traitement approprié* au pays est-elle désormais interprétée strictement³⁶. Comment comprendre ces refus si ce n'est par suspicion systématique envers la pathologie de ces patients ?

Ainsi, les situations de détresse multipliées et aggravées dans un contexte juridique et politique durci « débarquent » dans la solitude du cabinet, impliquant diverses complications.

La question d'une aide financière ci-dessus évoquée ne sera plus abordée directement mais découlera implicitement de situations inextricables. Cet aspect emblématique de sortie de cadre thérapeutique, puisqu'on ne peut passer du statut de patient à celui de mendiant sans difficultés, soumet la pratique à des questions radicales, questionnant efficacité et humanité : payer au patient un trajet pour aller chez l'avocat (évitant au patient traumatisé sans papier le stress d'un voyage sans billet ou l'abandon de sa démarche), un passeport dont dépend la possibilité du droit de travail qui, seul, le libérera de la dépendance pathogène est parfois une question cruciale. Débat contradictoire où s'affrontent différents systèmes de références ou de valeurs : *cadre soignant / humanité, idéal thérapeutique / pragmatisme* ou *professionnalité / militantisme*. S'il s'agit d'abord de réduire le stress vécu par ces patients dont le trauma ne peut être abordé directement en l'absence de sécurité suffisante, que convient-il de faire ? Ces demandes implicites font vaciller les repères, fragilisent le professionnel. Elles n'ont pourtant rien de délirant car elles sont le produit logique de situations aberrantes créées par les dispositions juridiques produisant les sans-papiers : personnes inexpugnables non régularisables, sans droit de travail donc privées de diverses possibilités d'aides sociales et réductions pour transports³⁷, contraintes à dépendre des réseaux caritatifs, aux ressources limitées, non seulement pour subsister mais aussi pour les frais inhérents aux démarches administratives vitales³⁸. Au praticien en « dernière ligne » se pose alors une question difficile, d'autant qu'aux éléments objectifs cités, s'ajoutent ici les complications subjectives : culpabilité liée au deuil (le survivant ne doit-il pas sauver les patients abandonnés par le défunt ?) et au statut institutionnel du praticien, membre d'une société qui exclut et/ou aggrave la souffrance psychique de ces patients déboutés).

La fiabilité variable aux entretiens, absences et venues hors RDV usantes, déconcertantes, d'un coût notable par « manque à gagner » de consultations non récupérables (coût lié au nombre de patients), situation génératrice d'un probable contre-transfert négatif : colère et/ou sentiment d'être « instrumentalisé », ce qui engendre une culpabilité (la haine du thérapeute pour son patient l'identifiant alors au bourreau).³⁹

³⁶ L'article L 313-11, 11° du CESEDA de la loi du 16 juin 2011 (Cf. Annexe 1)

³⁷ Un titre de séjour permet l'obtention d'une carte Illico qui ouvre à réduction : 10% du coût des trajets SNCF.

³⁸ Restau du cœur et secours catholique pour la subsistance, APARDAP à Grenoble pour l'aide aux démarches juridiques, sans compter l'aide des militants. Le CCAS de Villefontaine apporte également des aides.

³⁹ 1/3 de RDV non honorés en janvier 2015. Certains reportés ultérieurement : surplus de temps.

Les certificats aux rédactions délicates et chronophages. Non pas tant les attestations du suivi psychiatrique dont dépendaient jusqu'en 2013 l'obtention d'un titre de séjour « étranger malade » que les certificats en soutien au recours évoqué ci-dessus contre les refus de préfecture à délivrer ces titres contre l'avis du MARS et qui lèvent le secret médical.

Après une période moins chargée en consultations de migrants et oxygénée par les journées du DIU et des lectures, espaces pour penser et trouver cette *distance suffisante*⁴⁰, développer des stratégies d'approche, questionner les représentations du soin en lien aux pratiques religieuses⁴¹, avec la réalisation d'un questionnaire aux collègues (Cf. partie III)) pour obtenir des retours d'expérience, survient une « semaine d'enfer » : avalanche de refus de titres de séjour « étrangers malades » contre l'avis du MARS pour des patients fortement investis, arrivée de nouveaux patients en stress majeur, accumulation de récits de violences. Certificats détaillés à rédiger pour soutenir un recours contre le refus de la préfecture comportant la même argumentation *périphérique* qui uniformise, réduit à l'identique, à l'inverse du lien thérapeutique qui veut individualiser. Travail supplémentaire, cumul de déceptions et souffrances des patients, doute sur le fondement des certificats et leur efficacité puisque le non-dit des certificats est utilisé contre le patient à qui revient la charge de la preuve⁴². Ceci amène à un coût psychique important. (Cf. Annexe 2 : une journée particulière).

Parmi ces situations sous pression juridique, des entretiens redonnent sens à la parole comme celui-ci :

Situation 4 (Mr D.)

Patient Guinéen de Conakry, peul, très sympathique. Il m'avait détaillé la violence inouïe de son arrestation et les terrifiantes tortures subies lors de tensions politiques entre l'opposition (majorité peul) et le parti du président Alpha Condé (majorité malinké). Son évasion organisée par sa sœur l'a sauvé d'une mort certaine à laquelle seul l'exil peut le soustraire. Obligé de disparaître sous peine de mort, il a laissé sa femme et ses deux filles, réfugiées à Mamou chez ses beaux-parents avec qui il a des contacts téléphoniques une fois par mois.

Alors qu'il attend toujours son audition à l'OFPRA depuis un an et demi, délai hors norme⁴³, il me dit avoir appris que sa fille de 8 ans a été excisée contre l'avis de la mère et le sien par décision du grand-père maternel. Au téléphone, la mère redoutait qu'il ne la juge responsable, alors qu'elle ne pouvait rien face à son père au village. Sa femme lui a dit que sa fille l'appelait en pleurant. Lui-même a pleuré trois jours durant, ne dort plus. Larmes qu'il ne peut retenir. Je ressens un profond sentiment d'impuissance. Aux tortures passées qu'il « revit » tous les jours, s'ajoute l'excision de sa fille aujourd'hui.

⁴⁰ Suffisante au sens de Winnicott quand il parle de mère « suffisamment bonne » au sens très discuté.

⁴¹ Cf. Joseph Tonda. La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon), Paris, Karthala, 2002, 243 p.

⁴² Il faut répondre aux critères du L 313-11, 11° du CESEDA depuis 2011 : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire sauf circonstance humanitaire exceptionnelle. » Exemple de la rhétorique juridique disqualifiant un certificat en Annexe 4.

⁴³ « *Le dossier du demandeur d'asile, admis au séjour par la préfecture, est instruit dans un délai variable.* » (Site service public : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F15376.xhtml>)

Je dis que c'est difficile. Qu'il a été victime de la violence, qu'il n'y est pour rien. Il n'a pu agir pour sa fille à cause de sa situation ici : c'est comme s'il était derrière une vitre, voyait qu'on l'appelait au secours mais ne pouvait rien faire.

Il acquiesce, mes paroles semblent le soulager un peu. Le dire « irresponsable » vise à consolider l'empathie, sinon la sympathie, dans ce moment de réactivation de violence vécue à cette impuissance à protéger sa fille. Ce rappel de l'évidence des limites humaines est implicitement un rappel des cadres structurant la vie sociale dont le droit et la justice qui, bien que bafoués, persistent comme référence, barrage contre la folie. Il s'agit ici de partager ce qui avait semblé ne pouvoir l'être lors du récit des tortures, entendues dans une sidération, pour construire cet espace mental partagé où il est possible de parler et de penser malgré la distance d'expérience. De même, parfois, le simple fait de mettre quelques mots ou d'écouter, manifeste une possibilité de partage susceptible de réactiver cette espace partageable, préalable à une reconstruction psychique.

J'apprends que son assistante va quitter le CADA. Une collègue le suivra pour son passage à l'OFPPA.

J'appelle l'assistante après lui avoir demandé s'il pense que c'est bien que j'évoque l'excision de sa fille (il n'en a parlé à personne). J'apprends qu'il a eu des discussions sur l'excision dans le cadre de réunions au CADA où des femmes ont raconté leurs souvenirs épouvantables.

Cet échange paraît avoir eu un effet d'apaisement important.

En fait, la difficulté est variable, liée aux différences des « filets de protection » dont bénéficient les patients : Mr D. (Cf. vignette ci-dessus) a le soutien du CADA de Villefontaine lui permettant de participer à des activités dont il a vérifié les bienfaits (apaisement temporaire des réminiscences et de la tension psychique), d'avoir des liens aux autres demandeurs d'asile qui l'ont élu président de leur association. Je peux lui signifier l'importance que j'accorde à sa souffrance en appelant la personne proche de sa situation de vie (son assistante au CADA). Transmettre ce récit qu'il m'a confié est un fil reliant deux points d'accroche qui, isolément, ne soutiennent que le temps de l'appui mais qui, reliés, protègent son parcours. Disposer d'interlocuteurs de confiance est une sécurisation pour le thérapeute et le patient, permettant non seulement l'intervention rapide d'un relais humain mais également l'inscription dans la relation d'un marqueur symbolique : les liens d'humanité sont tangibles, la confiance possible, l'univers n'est pas vide (Cf. la désinscription symbolique).

Le « filet » de protection des déboutés d'asile est moins solide. Néanmoins, ils disposent parfois (pas toujours), d'amis plus ou moins fiables eux-mêmes en situation plus ou moins précaire, qui les aident de manière aléatoire, parfois les exploitent. Ils ont le soutien du tissu associatif caritatif ou social (cité en note ³⁹) et des avocats, dont le cadre maintient probablement une distance plus ferme : supports divers permettant à différents degrés cette fonction de cordage auquel se raccrocher.

III EXPERIENCES SIMILAIRES DE COLLEGUES EN CONTEXTE LIBERAL

Les difficultés rencontrées sont-elles dues aux particularités de ces relations nouées dans un deuil partagé ? Relèvent-elles de problèmes caractéristiques de ces situations ou de l'isolement du libéral ? Ces problèmes n'ouvrent-ils pas à une remise en cause bienvenue de la psychiatrie en ville ?

Pour clarifier ces points, j'ai proposé un questionnaire sur l'accueil des demandeurs d'asile par des psychiatres d'exercice libéral, adressé à deux listes de diffusion, l'une en Rhône-Alpes ciblant le corps professionnel de psychiatres libéraux (GPLR-RA), l'autre en Isère ciblant un public large intéressé par la psychanalyse et son implication dans la cité (Collège Psy de l'Isère). J'ai ensuite fait un retour sur ces listes.

Ce questionnaire (en annexe III et en ligne⁴⁴) conçu pour accueillir le plus grand nombre de retours, avec des questions ouvertes, a suscité des retours de professionnels divers et des échanges avec quelques psychiatres, semblant confirmer le peu d'accueil de ces patients en libéral, mais aussi de médecins généralistes, infirmier et psychologue, tous semblant touchés et investis par ces suivis, qui avaient toutefois lieu surtout dans des structures publiques ou associatives. Je résume ci-dessous les « conclusions » du questionnaire.

Le questionnaire

Les psychiatres reçoivent-ils des demandeurs d'asile ? Particularités de cette pratique, difficultés, intérêt ?

Pourquoi limiter la question aux demandeurs d'asile ? demande un médecin généraliste par mail.

Bénévole à Médecin du Monde à Lyon, ce praticien témoigne de l'augmentation de la population de personnes sans droits de séjour :

« Ce sont des demandeurs d'asile déboutés (90% des demandes) et migrants clandestins de tous ordres. (...) certains peuvent demander un droit de séjour (donc le droit de travailler) (...) De nombreuses personnes sont sans droit de travail, sans logement (2 500 personnes dorment dehors tous les soirs sur Lyon hors période hivernale) ou en logement précaire, beaucoup ne mangent pas tous les jours. Ajoutons à ces épreuves les syndromes post traumatiques de ceux qui ont fui les zones de guerres comme le Congo, le Kosovo et l'Albanie où la mafia fait des ravages sociaux. L'exclusion sociale et la situation de non droit dans laquelle ils se trouvent joue un rôle aggravant. Ils vivent la peur au ventre d'être contrôlés. Les contrôles et les mesures de rapatriement sont souvent arbitraires et sans égard à la condition des personnes. Les troubles psychologiques provoqués sont omniprésents débouchant sur des dépressions fréquentes et sur la constitution de troubles psychiatriques. »

Les dimensions faisant problème sont, selon les répondants : (1) **Particularités sur le plan « culturel » et/ou psychologique** des patients migrants ; (2) Soins à des **patients non francophone**, question de l'interprétariat

⁴⁴ <https://fr.scribd.com/doc/259077733/Questionnaire-sur-l-accueil-des-demandeurs-d-asile-en-psychiatrie-liberale>

(accessibilité et/ou particularité de ce travail) ; (3) **Conditions sociales et administratives des demandeurs d'asile** dans le contexte socio-politique actuel ; (4) **Parcours des demandeurs d'asile déboutés** faisant une demande de séjour au titre « d'étranger malade » et devenant parfois sans-papiers ; (5) **Place du juridique** (certificats médicaux) dans le soin à des patients dont les aléas du statut administratif déterminent les conditions de vie (ou survie) ; (6) **Accueil de patients en situation de précarité** en exercice libéral ; (7) **Psychotraumatisme** lié à des expériences de torture et violences politiques (quel soin possible envisageable en situation d'une telle instabilité ?).

L'ensemble des retours montre l'intérêt des praticiens pour une catégorie de patients dont le *demandeur d'asile débouté* est une figure emblématique mais aussi la rareté d'accueil en psychiatrie libérale : une enquête significative à ce sujet serait bienvenue. Mais si dans cet « échantillon » les praticiens confrontés à ces situations sont surtout des médecins généralistes, un psychologue salarié, un infirmier dans un cadre associatif, le faible taux d'accueil des psychiatres semble relever de la géographie (voisinage de CADA ou d'association faisant lien) et de l'indisponibilité des praticiens plus que d'une réticence explicite.

On peut résumer les problèmes rencontrés en libéral : assiduité aux consultations avec conséquences sur l'organisation et l'économie du cabinet variable selon les répondants, **influence du contexte social et administratif** sur l'état de santé du patient et **impact sur le praticien** suscitant sentiment d'injustice ou d'impuissance à constater les conséquences sur la santé des politiques à l'égard des migrants, cause d'aggravation de la précarité, mais aussi, ouverture sur le monde.

Cette pratique comporte un aspect « douloureux », heurte les habitudes, confronte à des détresses sociales (sans-abris, sans-papiers) souvent orientées vers les associations (MDM) ou services publics. Néanmoins, la tonalité et l'investissement des réponses, dans les mails comme dans le questionnaire, **témoigne de l'intérêt porté à ces patients et à ces questions** qui ont un impact personnel.

Ainsi, le médecin généraliste de MDM a beaucoup réfléchi à ces questions, ce qui l'a amené

« à une attitude assez proche en définitive de celle que j'avais dans mon cabinet de médecine rurale (...), considérer la personne devant nous comme un égal, lui faire confiance pour lui redonner justement confiance en lui, et ne pas tomber dans de l'empathie trop appuyée qui devient vite de la charité avec sa charge de soumission-humiliation. » Son témoignage souligne a contrario certaines difficultés en pratique « libérale » : *« On voit se succéder tellement de situations dramatiques qu'on a envie de régler individuellement au vu de la faiblesse des moyens sociaux mis en œuvre (carence de l'état). (...) Mais ils sont tellement nombreux que très vite on se réduit à une aide médicale et/ou psychologique. Leur redonner confiance en eux, c'est déjà pas mal. A MdM nous pouvons compter sur l'équipe (Assistants sociaux, médecins, infirmières, psychologues...) pour gérer les situations sociales en collaboration souvent avec d'autres assoc. qui font dans le logement, l'éducation... »*

D'autre part, les **questions plus spécifiques au soin psychiatrique ou psychothérapeutique auprès de patients traumatisés** attendues **sont dominées par des questions tenant du lien social** tant du côté des patients que des soignants (réseaux et liens aux associations, politique, juridique, économique).

Les questions de vérité du récit ou des certificats sont peu citées.

Au total, ces retours confirment l'intérêt des soignants pour ces situations et encourage à travailler ces questions pour soigner au mieux en dépit du contexte contraignant. La confrontation aux migrants fait choc dans les cabinets et remet en cause pratiques et références, la réalité « externe » prend une place considérable, conditionnant sinon déterminant la possibilité du soin. Elle oblige à modifier les stratégies employées et les objectifs poursuivis, questionner les priorités, repenser le soin, construire des alliances nouvelles.

Echanges avec d'autres praticiens :

J'ai également eu des échanges par mail et rencontres avec quelques professionnels sur leur expérience. Outre **Jeff Brûlet**, cité dans le retour du questionnaire, j'ai obtenu des témoignages résumés ici :

Guy Ardiet⁴⁵, psychiatre hospitalier à l'Hôpital Spécialisé de Saint Cyr au Mont d'Or, familier de ces questions pour avoir pris en charge à la suite du conflit Kosovar un grand nombre de réfugiés accueillis en groupe dans un hôtel sur la commune, suivis s'appuyant sur la communauté exilée. Dans ses propres suivis individuels, il témoigne d'un engagement particulier, non protocolaire, où le lien établi peut être de part et d'autre symbolisé, représenté ou confirmé (le prêt d'un parapluie pour un patient à pied, un don de bonbons par des patients, liens outrepassant le seul temps du suivi thérapeutique (donner des nouvelles après la séparation)).

Philippe Champavert, psychiatre et psychanalyste formé à l'anthropologie à Aix en Provence puis avec Marie-Rose Moro, intervenant au DIU, ayant une expérience auprès de bébés, reçoit régulièrement dans le cadre habituel de son cabinet des demandeurs d'asile (dont des Congolais) et témoigne de l'intérêt d'adapter le cadre des consultations : téléphoner à un patient la veille de la consultation, celui-ci ayant expliqué que « *penser au moment du rendez-vous, c'est trop à penser* », fournir un cahier pour écrire à un patient et qu'il remplace au fur et à mesure, le cadre des entretiens où aucun bureau ne sépare du patient. Il décrit ces patients pour qui la salle d'attente est le *seul* lieu de repos, témoigne de l'importance de la réalité pour ces patients, de la diminution des financements aux associations, de l'importance de créer des dispositifs locaux, recevoir des patients avec

⁴⁵ Auteur de « Projet Médical de consultations psychiatriques auprès des demandeurs d'asile de la région Lyon Nord-Ouest » in Rapport de l'ORSPERE de 2005

d'autres, la nécessité de ne pas être seul, des liens aux associations, l'intérêt de renvoyer la question des certificats aux médecins agréés, les modifications d'organisation (un après-midi consacré à ces patients), comme il est difficile d'aborder le transculturel écrasé par le trauma : « *on approche ce qu'on peut* » avec l'exemple d'un patient revenu après avoir obtenu ses papiers : c'est alors que la situation est devenue difficile, le trauma était là.

Sylvie C., médecin coordinateur à Aides d'un dispositif d'appartement thérapeutique accueillant des personnes malades en situation précaire pour quelques mois à Grenoble, consultant VIH et pathologies infectieuses au CHU, précise que ce sont ses liens avec les multiples acteurs associatifs qu'elle reçoit des demandeurs d'asile :

« Le lien avec les professionnels sociaux rend possible ce travail, quasiment impossible si ce n'était pas le cas. Les consultations de ces personnes demandent patience et longueur de temps, du fait de la barrière de la langue, et pour les pays dits francophones, bon nombre de mots utilisés n'ont pas la même signification que le français métropole. Cet obstacle nécessite (...) une grande flexibilité et l'utilisation d'outils aidants. Étant médecin généraliste, j'essaie de me limiter dans les premiers entretiens à la compréhension des plaintes somatiques, ce qui peut préparer (...) la confiance. (...) Je ne demande plus (...) à ces personnes de me raconter ce qui les amène à demander l'asile; car elles ont déjà dû le faire de nombreuses fois, et c'est en soi traumatisant (...). Globalement les personnes ne manquent pas leurs rendez-vous. Le réseau psy à Grenoble est suffisamment étoffé pour une prise en charge possible en structure ou en libéral, avec un délai respectable. En revanche il n'est pas évident de faire comprendre aux personnes le rôle d'un psychiatre ou psychologue, ces professionnels n'existant pas dans leurs pays d'origine. Je suis aussi témoin (...) de la diminution de l'acceptation des demandes en préfecture. Ce qui embolise considérablement les structures d'accueil et maintient les personnes dans un état de stress extrême, ne pouvant plus se loger à terme. De plus l'attente pendant plusieurs années, sans avoir la possibilité de travailler est source de "folie". Devant ce fait, politique, nous, les soignants, sommes confrontés à un "impossible", ce qui rend notre travail très inconfortable. »

A ces témoignages, ajoutons le point de vue **d'Hélène Asensi**, psychiatre psychanalyste intervenante au DIU et formée à l'ethnopsychiatrie avec Marie-Rose Moro qui compare les problèmes du suivi des demandeurs d'asile avec ceux du travail humanitaire quand les patients retrouvent après la consultation le contexte à l'origine du trauma, quand la sécurité nécessaire au soin n'est pas établie. Se pose alors cette question répétitive de l'action humanitaire : « *partir ou rester* ». Question à laquelle elle ne sait répondre autrement : « *Vaut mieux y être que ne pas y être.* »

IV - DEGAGEMENT - PRENDRE DE LA DISTANCE

Distance et trauma

À l'avalanche meurtrière a succédé l'arrivée bouleversante de migrants traumatisés. L'image de l'avalanche condense nombre d'affects et représentations utilisés pour décrire ce bouleversement : choc, mort, chaos, effraction du monde familial, étrangeté, écrasement, sidération, impuissance, etc... La tonalité dramatique évoque le bouleversement interne d'un trauma psychique, question reléguée jusqu'ici au deuxième plan relativement à la réalité juridique ou socio-économique omniprésente. Pourtant, le trauma semble infiltrer ce récit du mémoire, sa rédaction semblant obéir à une injonction d'exhaustivité et de répétition où chaque situation clinique contient les autres et oblige à dérouler l'inventaire des problèmes, selon une spirale sans fin. Ce besoin de transcription intégrale, la crainte de trahir le vécu *réel* des patients par omission, la redondance figée dans un espace atemporel, ne sont-elles pas le signe de la transmission du trauma⁴⁶ ? Cette question n'est-elle pas la meilleure clef pour aborder ma question: ***comment trouver une bonne distance dans le suivi de demandeurs d'asile en cabinet libéral ?***

Je dois expliciter ma manière d'aborder ce malaise professionnel et le mot « distance ». Ces ressentis contradictoires (d'un côté, sentiments d'immersion dans une multitude indifférenciée, fusion affective, proximité étouffante sans espace pour penser et « collage » aux vécus actuels des patients, de l'autre, vécus d'étrangeté, d'incompréhension radicale, d'indifférence glacée), m'ont fait choisir le terme de ***distance*** pour aborder ce « *dérangement*⁴⁷ » dans ma pratique. Par son imprécision, ***distance*** convient à la nature globale et multiple d'un sujet associant *difficultés ressenties dans la distance thérapeutique* (communes aux relations de soins individuelles) et celles relatives à la situation générale d'accueil d'une population dont les membres partagent même pathologie, même parcours social et juridique, origine africaine commune⁴⁸. Cette ***distance perturbée*** est un trouble qui ne se limite pas à cette *distance thérapeutique*⁴⁹ qui définit la distance relationnelle

⁴⁶ Réflexion inspirée par Roselyne Boyet. Lachal signale cette question d'exhaustivité (« Le partage du traumatisme », p 58)

⁴⁷ Euphémisation fréquente de la part des patients africains pour dire l'intensité de leurs troubles : « ça me dérange ».

⁴⁸ Cette imprécision évite de réduire la situation, en s'inspirant de ce que dit Mauss de l'approche sociologique dans sa conclusion de « Essai sur le don ». Reprenant l'objection faite par les historiens aux sociologues : « [ils] font trop d'abstractions et séparent trop les divers éléments des sociétés les uns des autres », Mauss écrit « les psycho-pathologistes ont la certitude d'étudier du concret. Tous étudient ou devraient observer le comportement d'êtres totaux et non divisés en facultés. Il faut les imiter. L'étude du concret, qui est du complet, est possible et plus captivante et plus explicative encore en sociologie. Nous, nous observons des réactions complètes et complexes de quantités numériquement définies d'hommes, d'êtres complets et complexes. Nous aussi, nous décrivons ce qu'ils sont dans leurs organismes et leurs psychai, en même temps que nous décrivons ce comportement de cette masse et les psychoses qui y correspondent : sentiments, idées, volitions de la foule ou des sociétés organisées et de leurs sous-groupes. Nous aussi, nous voyons des corps et les réactions de ces corps, dont idées et sentiments sont d'ordinaire les interprétations et, plus rarement, les motifs. Le principe et la fin de la sociologie, c'est d'apercevoir le groupe entier et son comportement tout entier. »

⁴⁹ *Distance thérapeutique* est une notion vague dont les nombreuses occurrences sur le net renvoient d'abord aux mémoires infirmiers et paramédicaux. Cette notion ne fait-elle pas problème aux psychiatres ?

particulière du soignant, capable de s'identifier assez au patient pour le comprendre sans être envahi excessivement par les affects de manière à exercer une réflexion critique sur son problème. La *distance thérapeutique* renvoie au travail psychique du patient et de son thérapeute réalisé à partir de leurs échanges et dont les perturbations sont reliées généralement aux caractéristiques du patient plutôt qu'aux événements qu'il a vécus. J'envisagerai plus loin cet aspect de la distance sous l'angle de l'empathie et du contre-transfert.

Cette *distance* problématique que j'envisage me paraît relever du malaise professionnel dont témoignent de nombreux intervenants auprès de patients en précarité⁵⁰ et migrants. Le rapport 2012 du réseau Samdarra⁵¹ énumère les difficultés rencontrées : **cadres cliniques habituels dépassés, population mobile, rythme de soin particulier, problème du recours à l'interprétariat, demande inversée, dimension culturelle du soin psychique, facteurs cumulatifs de vulnérabilité, complications liées aux politiques et à l'économie de santé, question des certificats médicaux et difficulté éthique à préserver les cadres quand l'engagement personnel et l'engagement citoyen** sont spécialement stimulés. À ces différents facteurs intriqués entre eux que je vais préciser plus loin, il faut ajouter le deuil initial sans lequel ce travail n'aurait pas eu lieu.

1- Deuil partagé

Le premier facteur est le deuil partagé à l'origine de la situation. Christophe Fauré⁵² distingue quatre étapes dans le deuil : **choc** (sidération, déni), **fuite / recherche** (de l'autre), **déstructuration** (confrontation aux émotions du deuil, colère et révolte, culpabilité, vécu dépressif, peur) et **restructuration** (redéfinition du rapport avec autrui et le monde, redéfinition du rapport avec le défunt et de la relation à soi-même).

Ces vécus personnels contradictoires du désordre intérieur en écho au désordre externe a impacté l'établissement des relations initiales aux migrants, positionnant psychiatre et patient sur une base d'humanité égale face à la mort, délocalisant les relations de soin asymétriques, redistribuant les rôles, chacun étant susceptible de soutenir l'interlocuteur et tenir un rôle social, position de réinscription sociale pour ces patients supposés vulnérables⁵³. Une délégation de patients à l'enterrement et le regret de ceux n'ayant pu s'y rendre, identifient ces « traumatisés », non à des « victimes » malades mais à des « experts » du deuil susceptibles de m'aider à franchir le choc, inversant les rôles dans la dyade thérapeutique. D'autre part, j'identifie le vécu personnel du drame et de ses conséquences aux expériences traumatiques (violences subies, deuils, exil) vécues par les patients. Enfin, la sensibilité exacerbée, l'euphorie fusionnelle (défenses maniaques mobilisées en telle

⁵⁰ Par exemple, Guillaume Pégon et Frédéric Ballière (module « parole et altérité » du DIU), de nombreux auteurs (Cf. Rhizome numéro 21, rapport 2005 de l'Orspere-Samdarra ainsi que nos interlocuteurs du questionnaire en annexe, etc.

⁵¹ Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil, Rapport de synthèse – Avril 2012, réseau Samdarra.

⁵² Fauré Christophe, Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, Paris, 2012, 336 p.

⁵³ *Le parcours de vulnérabilité* de ces patients cumulant plusieurs facteurs (migrations, violence subies et maladies traumatiques, grand isolement pour certains d'entre eux, absence de travail par absence de droit, etc.) pose un problème de désaffiliation (Cf. Pégon au DIU et sa thèse). Selon Castel, la zone de vulnérabilité est marquée par la précarité du travail et la fragilité relationnelle qui pose la question de l'intégration/exclusion et au concept de désaffiliation (absence de travail et isolement social)

situation selon les conceptions psychodynamiques classiques ?) forcent les frontières relationnelles entre patient et thérapeute, déplaçant le terrain circonscrit et asymétrique du soin pour celui d'une proximité égalitaire. Cette « situation étrange » abrasant les différences culturelles et sociales peut favoriser la constitution d'une « aire d'expérience commune » (Winnicott) et rapprocher tout en médiatisant le choc de la rencontre interpersonnelle en situation transculturelle (éloignement).⁵⁴.

A ce partage favorisant proximité et identification, semblant donner accès à l'univers intérieur des patients, s'opposent les désillusions et sentiments d'éloignement, d'incompréhension ou malentendu, d'écart pénible, de colère envers ces situations et/ou ces patients désespérants. Ceux-ci, représentant l'absent⁵⁵, source de désordre professionnel et de douleur, sont d'une fiabilité douteuse, confrontent à l'impuissance thérapeutique. Ayant vécu des drames irréprésentables, survécu à de multiples deuils, ils sont la figure étrange du malheur et de l'impuissance : en résultent rejet, suspicion, froide distanciation. On peut faire l'hypothèse d'une identification projective (transférentielle) et la perception progressive d'une différenciation (selon le modèle du développement psychoaffectif du bébé (cf. M. Klein).

Mais si le choc émotionnel partagé lors du lien initial a abrasé la distance objective entre cadres de références (d'ordre social, langagier, anthropologique et religieux, politique, économique, juridique), celle-ci fait ensuite retour, contrariant l'illusion fusionnelle, contribuant à un nouvel accordage sur la base de l'étrangeté.

2- Ecart des cadres de références (sociaux, culturels, historiques, politiques)

Congo : histoire et situation économique loin des références occidentales

Cet écart d'origine fut réduit (et nié ?) dès le départ par une stratégie d'appropriation : j'utilisais les belles cartes d'Afrique de JCF, désormais sur mon bureau au lieu du sien, sésame relationnel matérialisant le lien à l'absent (proximité) en même temps que la frontière des origines (éloignement). De même, j'ai lu « Congo, une histoire » de Reybrouck⁵⁶, comme une nécessité pour me représenter ce Congo qui était pour moi un immense « trou noir » de l'histoire et de la géographie⁵⁷ : 2 345 410 km², 70 millions d'habitants, traversée du 20^{ème} siècle sanglante pour subvenir massivement aux besoins industriels et guerriers de l'occident avant l'indépendance douloureuse puis la dictature de Mobutu de 1960 aux guerres du Congo évoquées au chapitre précédent, jusqu'à la dictature actuelle, livrant aux puissances occidentales et émergentes ses terres agricoles et ressources

⁵⁴ Remarque de Roselyne Boyet.

⁵⁵ Le motif des premières rencontres est une demande d'attestation de suivi antérieur pour demande de titre de séjour « étranger malade », document donnant corps à JCF, le présentifiant tout en rappelant la mort...

⁵⁶ *Congo, une histoire, (Congo. Een geschiedenis)*, trad. d'Isabelle Rosselin, Arles, Actes Sud, 2012, 672 p.

⁵⁷ On connaît les déboires de telles représentations par l'ancien chef d'état français, lors du discours de Dakar en 2007.

minières, maintenant le pouvoir en réprimant les mouvements d'opposition jusqu'à aujourd'hui : il me faut découvrir ceci pour approcher l'univers de mes patients et construire un espace de réflexion partageable.⁵⁸

Ce travail d'information nécessaire vise à dépasser (ou confirmer ?) mes présupposés quant aux réalités économiques respectives d'écart considérable susceptible d'interférer dans nos relations. Les patients Congolais de Kinshasa, militants arrêtés puis torturés en prison, appartiennent à une population de niveau de vie moyen très bas, leurs parents vivant souvent de « petit commerce » au faible revenu. Congo et France affichent respectivement en 2013 une mortalité infantile de **118,5/1000** et **4,2** ; une espérance de vie de **49,6/1000 années** et **82,6** ; **des dépenses de santé par tête de 15 dollars/an et 4690**, un PIB / hab de **723 dollars** et **35959**.⁵⁹ Des disparités peu visibles quand le patient parle Français, manie le téléphone portable mieux que son thérapeute ou affiche une capacité d'adaptation admirable. Mais comment de tels écarts de coûts de santé pourraient-ils n'avoir pas de conséquences dans leur représentation et manière de s'adresser au médecin ? Et comment ne pas être stupéfié à lire l'affirmation des possibilités de soin au Congo pour les pathologies psychiatriques.⁶⁰

Aux écarts des pays respectifs, il faut ajouter l'écart social entre médecin occidental et patient, et plus encore demandeur d'asile débouté : bien que l'asymétrie économique et son impact dans la relation de soin soient peu questionnés par les médecins au profit des questions psychiques intersubjectives, les patients français critiquent les postures sociales du médecin (notabilité, paternalisme mandarinal) et les dépassements d'honoraires : quel est l'impact d'une précarité matérielle impliquant une dépendance aux aides (souvent vécue honteusement⁶¹), où les patients dorment dans la rue en sortant du cabinet, sur la relation de soin ? Comment ce patient qui vivait confortablement dans son pays ressent-il ce rapport dévalorisé ? Comment aborder ces aspects potentiellement

⁵⁸Au XXème siècle, Le Congo, propriété du roi des belges Léopold II en 1885, devenue colonie Belge en 1908, a fourni l'Europe en caoutchouc (automobile), cuivre et uranium (munitions et bombe nucléaire), palme, diamants. Au XXIème siècle, il fournit les métaux rares indispensables aux nouvelles technologies (Coltan) via les réseaux rwandais et ougandais et offre son potentiel alimentaire à la Chine et l'Inde en échange d'infrastructures. à la violence coloniale et l'indépendance débutée dans le sang (Patrice Lumumba assassiné en 61 avec la complicité des belges), ont succédé la dictature de Mobutu, puis à la suite du génocide Rwandais de 1994, les guerres du Congo (première en 96-97, deuxième en 98-2003) responsables de 3 à 5 millions de morts dont la dimension sidérante n'a d'équivalent que leur place médiatique dérisoire en occident. Le 21^{ème} siècle ne connaît guère d'accalmie avec les conflits de l'est pour le contrôle des richesses minières, impliquant le Rwanda et l'Ouganda avant diffusion à l'occident. Actuellement, la dictature de Joseph Kabila, après celle de Laurent-Désiré Kabila, opprime l'opposition. A Kinshasa, en Janvier 2015, des émeutes de protestation contre le changement de constitution voulu par Kabila pour obtenir un nouveau mandat ont été réprimées dans le sang (dizaines de morts), ceci peu après le massacre de la rédaction de Charlie Hebdo. Une patiente étonnée de l'ampleur donnée à l'attentat demandait à être comprise dans son angoisse pour ses proches à Kinshasa : « *Je suis bouleversée comme vous !* (Sources : CCFD, « Congo » in Encyclopédie Universalis, Reybrouck, Amnesty International)

⁵⁹ *Alternatives Economiques Hors-série* n° 102 - octobre 2014

⁶⁰ L'Angola et la Guinée présente aussi des histoires sanglantes, faibles niveaux de vie, instabilité politique, absence de droits de l'homme (leitmotiv des patients comparant à la liberté d'expression et l'attitude des forces de l'ordre en France), systèmes de santé payants peu accessibles en pratique (Cf. Liste Nationale des médicaments essentiels, Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires,, Ministère de la Santé et de 'Hygiène Publique de la République de Guinée, 5ème Edition, 2012.

⁶¹ « Parmi les minima sociaux, le RSA-activité, créé pour apporter un complément aux revenus du travail lorsque ceux-ci sont trop faibles, avait enregistré en 2011 un taux de non-recours de 68 %, selon la Dares. En 2010, cela représentait un manque à distribuer de 5,2 milliards d'euros, selon le comité d'évaluation du RSA, un montant à lui seul supérieur à l'ensemble de la fraude aux prestations sociales. » (Céline Mouzon, « Le non-recours aux droits sociaux est supérieur à la fraude », *Alternatives Economiques* n° 340 - novembre 2014)

conflituels mis en silence dans une relation thérapeutique sensible ciblant l'intrapsychique et éclairer cette distance socio-économique qui marque l'inégalité et l'injustice ?⁶²

Représentations du système de soin

Comment un patient Congolais conçoit-il un dialogue psychothérapeutique en libéral avec prise en charge par tiers payant quant au Congo le soin à l'hôpital public se paie avant et réfère à une médecine blanche technique et victorieuse. Dans quelle mesure, ces troubles où réalité et rêves se confondent relèvent-ils d'une interprétation psychiatrique à l'occidentale ou d'une interprétation « traditionnelle ». Au Congo, consulte-t-on le guérisseur (N'ganga), le médecin ou l'église ? Joseph Tonda⁶³ analyse la complexité des dispositifs de « guérison divine » des différentes églises dont les innombrables églises de réveil (7000 au Congo) dirigées par des « prophètes ». Panorama complexe où se jouent des conflits identitaires, où la dénonciation de la sorcellerie comme liée au Diable par les églises s'accompagne d'une reconnaissance de ce pouvoir sorcier que l'on chasse par l'opération du diagnostic et du traitement réalisé dans ces églises. L'appartenance reconnue de mes patients aux églises chrétiennes protestantes, catholiques ou inspirées du christianisme mais revendiquées comme authentiquement africaines et référant à la terre des ancêtres (Kimbanguisme et BDK à la suite du prophète Simon Kimbangu, nouveau Jésus africain persécuté par les colons), incite à questionner pour comprendre.

Aucun patient n'a abordé spontanément la sorcellerie ni le recours au Nganga⁶⁴, ni l'usage de fétiches, n'évoquant que la médecine occidentale. J'ai abordé ces questions à tâtons, craignant de blesser par l'insulte d'un présumé néo-colonial faisant de l'africain un adepte de pratiques jugées primitives depuis un siècle d'évangélisation. Ces questions inspirées par Tonda, ouvrent une fenêtre sur leur univers, les patients interrogés révélant un peu de leur conception du trouble mental. Ils affirment un recours prioritaire à l'hôpital considéré comme efficace mais en cas d'échec recourent aux *guérisons divines* qui leur sont familières auxquelles ils ont

⁶² Le Lexique de sociologie (4^e Edition, Dalloz, 2013) définit la précarité comme la « *situation d'un individu placé dans une position de fragilité, de vulnérabilité et d'incertitude face à l'avenir. La précarité, en tant qu'état, s'oppose à la stabilité et elle engendre un accroissement du risque d'exclusion.* ». Guillaume Pégon, intervenant au DIU, précise cette notion dans sa thèse : « *Aujourd'hui, au-delà de son caractère polysémique et des nombreux recouvrements des termes qui lui sont généralement associés (pauvreté, exclusion, inégalité, iniquité, désaffiliation, solidarité, protection, etc.), la catégorie de « précarité » a pris dans la société française une importance croissante. (...)¹. On l'associe empiriquement à certains âges de la vie (...), au genre (...), à des problèmes physico-pathologiques (...), à des problèmes socio-psychologiques (...), à des facteurs proprement sociaux (pauvreté, illettrisme, migrations, délinquance, logement, emploi, etc.), voire des événements potentiellement traumatiques (violences contre les personnes, maltraitance des enfants, attentats, catastrophes naturelles, accidents biographiques, exils, etc.). Ainsi, la précarité peut être vécue indifféremment comme une atteinte plus ou moins organique, psychique, sociale, morale voire politique.*

Pour certains auteurs, la précarité serait une forme culturelle d'anticipation (on parle de prévenir le risque d'apparition de la précarité) qui s'allie, selon les discours, à la « flexibilité » qui serait la condition moderne du progrès ou à cette « insécurité » fondamentale qui serait désormais le lot de la plupart. La notion de précarité serait indissociée de celle de « vulnérabilité » tant elle a à voir avec l'incertitude d'un avenir, d'un possible, qui finit toujours par toucher la personne elle-même dans ses pratiques les plus quotidiennes, dans son parcours le plus ordinaire².»

⁶³ Tonda, Joseph. *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, Paris, Karthala (« Hommes et sociétés »), 2002, 243 p.

⁶⁴ Nganga désigne ici un thérapeute traditionnel (usant de thérapeutiques traditionnelles) ou un féticheur.

déjà assisté quelques soient les églises. Plusieurs ont livré leurs témoignages directs du supplice du collier lors de chasse aux « sorciers », avec un regard critique conforme aux positions des églises officielles, bien que certains patients appartiennent aux églises de réveil qui, selon les pères blancs, désignent les enfants-sorciers⁶⁵. Ces enfants ou parents sont identifiés par les féticheurs ou n'ganga comme sorciers qui « mangent les gens et se déplacent la nuit », prennent les âmes. Les proches aidés des voisins et jeunes du quartier mettent autour du cou du « sorcier » un pneu qu'on arrose de pétrole : « on met le feu : ça va très vite, sauf miracle, on ne peut l'empêcher ! » dit un patient qui précise :

« Ce sont les églises de réveil qui font la chasse aux sorciers. (..) Ce sont les maladies que les médecins ne comprennent pas. Il y a le cancer, la tuberculose, etc... mais d'autres maladies que l'on ne comprend pas. On va voir un féticheur (n'ganga) pour réussir, gagner plus d'argent, devenir millionnaire. Le féticheur dit d'accord, mais à une condition : ne pas boire, ne pas se laver... S'il « gâte » les conditions, il arrive malheur, tombe malade. J'ai vu, entendu des témoignages à l'église : je suis allé voir le féticheur... J'avais le pied gonflé, pas une maladie normale.

Si quelqu'un meurt soudain, pas une maladie normale : c'est un sorcier (qui mange les gens, qui peut voler la nuit). On cherche autour de lui, un frère, une sœur, un grand-père, une grand-mère (les vieux souvent). Si on dit : c'est un sorcier, on va chercher un pneu du pétrole, on le brûle aussitôt. Si les militaires sont sur place, ils arrêtent les gens, les mettent en prison. Les familles les feront libérer. Mais l'état ne fait pas grand-chose, il n'y a pas de loi qui dit : on ne doit pas tuer les sorciers. Les n'ganga ne risquent rien, ils sont connus. Il existe aussi des voyants : ils ne font rien, les blancs vont les voir, les ministres, etc... On va chez eux.

Les sorciers : ils viennent chez les gens. »

Questionner cette « guérison divine » à la suite d'une lecture permet d'échanger sur un univers et des systèmes de pensées jusqu'alors invisibles: les univers respectifs du thérapeute et du patient sont-ils partageables ?

3- Déplacement du cadre de soin habituel : certificats et contexte juridico-politique

La réalisation de certificats perturbe la pratique du psychiatre qui va chercher la juste distance entre refus d'engagement valant abandon et implication militante éjectant du cadre professionnel. Le dogme d'abstinence prescriptive soutenant l'exploration intrapsychique supporte peut-être mieux la transgression médicamenteuse qu'une rédaction de certificat. La demande de certificats tient ici une place majeure suspecte d'écraser toute demande de soin : patients demandeurs d'un titre de séjour qu'il faudra renouveler tous les ans, recours contre les refus de préfecture auprès du tribunal administratif ou en appel⁶⁶. Ces certificats argumentés doivent, sauf à n'avoir pas d'utilité, tenir compte de la jurisprudence des tribunaux administratifs transformés en experts de la chose médicale⁶⁷. Ces refus contre avis de l'ARS sont délétères au regard du droit puisqu'ils obligent à franchir la frontière séparant domaine médical (ministère de la santé) de l'administratif (ministère de l'intérieur).

⁶⁵ http://peres-blancs.cef.fr/enfants_sorciers.htm

⁶⁶ Refus constatés dans une vingtaine de départements. (Interventions de Benjamin Demagny et Jean-Claude Masse à la Journée du COMEDE, 11 juin 2015 à Paris, « Le droit à la santé pour les étrangers malades ».

⁶⁷ ADMISSION AU SEJOUR POUR RAISONS MEDICALES (Vol. III avril 2015) (ADDE, LA CIMADE, COMEDE)

Auparavant, la question des certificats se posait au passage à l'OPFRA et surtout à la CNDA : il s'agissait d'informer de l'incidence des troubles sur le discours (risques de confusion, incohérence, « mensonges » ou reconstructions du récit imputables au trauma, susceptibles d'induire en erreur le juge⁶⁸) avec l'incertitude de l'effet juridique entraîné par ces informations.⁶⁹

Ici, les premières rencontres sont motivées par une demande d'attestation de suivi à présenter au médecin agréé (les patients sachant mon impossibilité à les suivre) et c'est une « migration » du thérapeutique vers l'administratif qui construit le socle des suivis : comment retrouver un cadre thérapeutique ? Et comment le conserver quand les certificats sont nécessaires pour assurer la continuité du soin (renouvellement du titre étranger) ou tenter de le retrouver après la catastrophe d'un refus par un recours dont le succès aléatoire nécessite au minimum un long certificat argumenté. En effet, quand les certificats présentés aux juges pour éclairer leur décision sur l'octroi d'un statut de réfugié étaient des pièces parmi d'autres au service de l'évaluation du récit, ils semblent devenir la pièce maîtresse lors d'un recours contre un refus de titre « étranger malade », à lire les conclusions des juges qui justifient leur décision par le contenu ou les manques du certificat. Par exemple, un juge évoque le certificat établi par « *un* psychiatre » (il s'agit du psychiatre traitant) :

*« il ne ressort pas des pièces du dossier et notamment du seul certificat médical qui n'apporte aucune information sur ce point que le neuroleptique et l'hypnotique que son traitement requiert ne pourraient pas être remplacés sans conséquences exceptionnellement graves pour sa santé, par des médicaments de même catégorie dont le préfet a établi l'existence dans son pays d'origine ; que par ailleurs, il ne ressort pas des pièces du dossier qu'il ne pourrait pas bénéficier dans ce pays d'un soutien psychothérapeutique ;
Considérant par ailleurs, que M. dont la demande d'asile a été rejetée par une décision de l'Office Français de protection des réfugiés et apatrides du (...) confirmée par la CNDA le (...) n'établit pas que la source de son traumatisme se trouve en république démocratique du Congo et qu'un retour dans ce pays risquerait de provoquer une aggravation de son état de santé. »*

En appel, un certificat modifié en complément est apporté pour répondre aux manques indiqués par le juge mais le nouveau certificat ne suffit pas. Le juge de la cour d'appel indique :

« que si le Dr J. précise dans son certificat du (...) que le changement de traitement de M. pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qu'il avait fallu plusieurs mois pour établir un traitement adapté à sa pathologie, il ne précise pas les effets négatifs que pourraient induire la prise d'une médication de substitution à celle prescrite ; qu'en outre il ne ressort pas des pièces du dossier que M. ait vécu dans ce pays des événements

⁶⁸ Cf. Mémoire de Carole Dromer : « Le certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France ».

⁶⁹ La prise en compte variable des certificats par les CNDA a été mise en question par un arrêt du 10 avril 2015 du Conseil d'Etat appliquant pour la première fois la position de la Cour européenne des droits de l'homme. Klausser, dans son article « Vers un renforcement du « droit » à une procédure équitable des demandeurs d'asile et une meilleure prise en compte de leurs traumatismes ? Droit d'asile et preuve (CESEDA et CEDH) », évoque une jurisprudence obligeant la CNDA à prendre en compte du certificat médical : « Cette jurisprudence permettra surtout de mettre fin au paradoxe découlant de la suspicion de récit mensonger des demandeurs par l'OPFRA et la CNDA : les propos de ces derniers sont suspectés d'être faux, et pour autant, les instances en charge de l'asile n'examinent pas toutes les preuves apportées par le demandeur pour vérifier cette véracité. De fait, cette obligation de vérification amènera les juges de l'asile à évaluer les risques révélés par une pièce (certificats médicaux, articles de presse, documents officiels ou tout autre document pertinent). »

traumatisants tels qu'ils ne permettraient pas, dans ce cas particulier, d'envisager un traitement effectivement approprié en république démocratique du Congo ; »

Ici, les qualités et défaillances du certificat semblent déterminer l'avenir juridique du patient et les possibilités de sa sécurisation indispensable au soin (dont celles d'hébergement et subsistance). De plus, dans le cas des traumatisés psychique, avoir été débouté infère une mise en doute du récit et de la réalité des événements vécus, lesquels sont supposés à l'origine du trauma. Douter de la réalité des événements amène à douter de celle du trauma. Si l'on ajoute le caractère interprétatif et subjectif de l'approche psychothérapeutique (et psychiatrique) de troubles subjectifs ou rapportés par un récit, la position des juges est prévisible. Dans ce cas emblématique, la discussion soulève de sérieux problèmes : négligence de la relation thérapeutique au profit d'une discussion périphérique sur les médicaments remplaçables ou non, et surtout, négation du risque à rentrer au pays. Ce point fusionne motif de la demande d'asile (une fuite du pays pour échapper aux persécutions) et facteur majeur du stress psychotraumatique. Dès lors, la demande de titre étranger malade apparaît comme une stratégie pour rester au pays d'accueil, ce qu'elle est certainement : pour échapper aux tortionnaires (réels ou supposés ?) et aux troubles réactivés par cette perspective. Cet exemple indique également une décrédibilisation du certificat⁷⁰.

L'implication dans les certificats délocalise la pratique : au temps consacré à la rédaction, à l'information et aux échanges pour identifier les enjeux avec les interlocuteurs que sont les parrains de patients, avocats, juristes du CADA, aux conséquences en terme d'identifications de patient à des acteurs en souffrance juridique, à ce déplacement de l'objectif thérapeutique, suit l'avis négatif d'un juge qui ne retient pas l'argumentation centrale de la sécurisation nécessaire d'un suivi alors dévalorisé. Cependant, les échanges sur ces questions juridiques inhabituelles ont un contrepoint positif, permettant la constitution d'un réseau, support pour le thérapeute, pour les soins du patient et pour la relation de confiance à construire. Faire des certificats est un choix qui engage au côté des patients, choix défendu par des professionnels rigoureux comme Claire Mestre⁷¹ qui consacre des entretiens à leur réalisation en soutien au passage à la CNDA ou Métraux qui écrit : « *Ma position d'engagement, je l'incarne dans ma posture de soignante, dans un cadre que je souhaite accueillant et respectueux, par des actes aussi, comme par exemple la réalisation de certificats médicaux.* »⁷²

Le projet de loi « relatif au droit des étrangers en France » qui doit être discuté à l'Assemblée Nationale en juillet 2015 envisage une révision du CESEDA avec évaluation par des médecins de l'OFII (dépendant du ministère de l'intérieur) et non plus de l'ARS au prétexte de leur meilleure compétence et de l'hétérogénéité des

⁷⁰ Un avocat estime qu'il y a « déconsidération du certificat médical par le terme "un" et l'absence de précision sur le rédacteur. Il craint que cela ne révèle une vision assez négative des magistrats sur les certificats médicaux versés. « *Le lien entre traumatisme et maladie est important et effectivement j'ai constaté que les magistrats indiquent que l'asile a été rejeté donc que les événements traumatiques n'existent pas ce qui exclue tout lien. J'argumente systématiquement sur ce point, expliquant que des événements traumatisants peuvent avoir été vécu sans que ces événements ne donnent lieu à accorder l'asile, et que des événements peuvent avoir eu lieu sans qu'ils ne figurent dans le dossier d'asile parce qu'extérieurs au récit et aux menaces évoquées dans ce cadre. Les magistrats se limitent malheureusement souvent à la position juridique consistant à dire qu'il appartient de prouver les événements traumatisants et c'est évidemment là très complexe, avant même de prouver le lien entre ces événements et la maladie.* »

⁷¹ Mestre Claire, « Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques », in Revue L'autre 2009, vol.10, n°2. Des collègues plus réticents, préfèrent défendre le cadre thérapeutique de tout risque d'instrumentalisation.

⁷² Rhizome, numéro 21.

conclusions selon les ARS : remettre cette question de santé dans les mains du ministère de l'intérieur est dénoncé par les associations.⁷³ Un tel changement est-il susceptible de modifier l'impact des certificats ?

Contexte politique de la demande d'asile en France et accueil des migrants

La France, identifiée par les patients comme le *pays des droits de l'homme*, suscite l'espoir d'obtenir le statut de réfugié conformément au droit d'asile garanti par la convention de Genève relative au statut des réfugiés du 28 juillet 1951 ou la protection subsidiaire : certains de risquer leur vie ou des tortures au pays, ayant vécu pour la plupart des violences par les forces de sécurité, ils sont d'autant plus perturbés à l'annonce du refus statistiquement prévisible par l'état salvateur : en 2013, 12,8% des demandes d'asile acceptées par l'OFPRA en première instance, 24,5% au total après recours à la CNDA. Taux faible qui fait de la France un des pays les plus durs en Europe (60% des demandes acceptées au Royaume Uni en 2013)⁷⁴. **Le rapport d'activité du CADA ADOMA** de Villefontaine pour 2014 signale dans le suivi des procédures des résidents demandeurs d'asile sur 23 décisions à l'OFPRA, deux mesures de protection (1 réfugié, 1 protection subsidiaire) contre 21 rejets, sur 33 décisions à la CNDA, 7 protections (4 réfugiés et 3 subsidiaires) contre 25 rejets, soit un total de 26% de protection sur les décisions définitives rendues.⁷⁵

Ce contexte de limitation drastique du statut de réfugié attaque l'espoir. Obtenir cette sécurisation qui est le premier objectif à atteindre dans le cas du psychotraumatisme tient du miracle : à ce jour, aucun de mes patients n'a obtenu le statut⁷⁶. Cette anticipation d'échec (et de mise en précarité) complique l'établissement d'une relation confiante nécessaire pour apaiser des patients croyant devenir fou, d'être (ou d'être perçus comme) porteurs d'une malédiction (esprits, sorciers) en lien avec la succession de malheurs qui les frappe. Les refus réactivent de façon quasi-expérimentale le stress post-traumatique et mettent le thérapeute dans une trouble position : fantasmes où il se sent identifié à un persécuteur, représentant d'un pays maltraitant. Recevoir un patient débouté, c'est assister en direct aux « effets » de la situation juridique⁷⁷ : après l'espoir, le stress aigu (violence de la déception, abattement et anticipation dans l'angoisse de l'expulsion du CADA), le retour au pays restant une hypothèse impossible sinon indicible. Assister à ce scénario répété donne l'impression de participer à un protocole expérimental de mise en état de stress. Le rapport d'activité du CADA ADOMA de Villefontaine

⁷³ Cf. COMMUNIQUE DE L'USP du 30 juin 2015 et journée du COMEDE du 11 juin 2015.

⁷⁴ Alternatives Economiques n° 342 - janvier 2015

⁷⁵ Rapport d'activité du CADA ADOMA de Villefontaine pour 2014.

⁷⁶ Schnyder Ulrich, « PSYCHOTHÉRAPIES POUR LES PTSD - UNE VUE D'ENSEMBLE », Médecine & Hygiène, *Psychothérapies* 2005/1 - Vol. 25, pages 39 à 52

⁷⁷ Référer un effet à une cause est toute la difficulté de la recherche médicale, l'observation simple du médecin court-circuitant la rigueur en basant le raisonnement sur le principe « **post hoc ergo propter hoc** » (*après cela donc à cause de cela*). (Cf. BOUSSAGEON Rémy, L'efficacité thérapeutique. Objectivité curative et effet placebo, Thèse en Philosophie, 2010)

pour 2014 signale dans le suivi des procédures des résidents demandeurs d'asile sur 23 décisions à l'OFPPA, deux mesures de protection (1 réfugié, 1 protection subsidiaire) contre 21 rejets, sur 33 décisions à la CNDA, 7 protections (4 réfugiés et 3 subsidiaires) contre 25 rejets, soit un total de 26% de protection sur les décisions définitives rendues.⁷⁸

Mes patients déboutés sont confrontés aux difficultés majeures évoquées : sans droit de travail ni hébergement, appelant en vain tous les jours le 115, situation redoutable également pour les professionnels qui portent ces refus incessants comme le montraient la grève du 115 en Isère en décembre 2014⁷⁹.

4- Distance dans la relation thérapeutique et partage du traumatisme (empathie, contre-transfert)

Pour ces difficultés délocalisant ma pratique, j'ai choisi de recourir à un DIU multidisciplinaire ouvrant à des approches hors du champ « psy », réservant la réflexion relative aux enjeux psychodynamiques en fin de mon « inventaire ». Ce questionnement reste cependant, en toute logique, un moyen de retrouver des repères familiers à ma spécialité, donc de réduire l'éloignement ressenti dans cette pratique.

Roselyne Boyet, ma tutrice pour ce mémoire, a proposé des hypothèses relatives aux ressentis de proximité et d'éloignement et à leur chronologie :

« Un lien particulier semble se tisser au moment où apparaissent les questions du sentiment d'étrangeté et de l'accordage au cœur d'une rencontre intersubjective avec un patient en situation de migration. Alors que la question de la migration à portée traumatique (exil) ajoute à cet écart réel dans les vécus respectifs des patients et de leur thérapeute, les questions de sidération, fascination, doute, étrangeté, différence ne semblent émerger que secondairement à la rencontre immédiate. Celle-ci paraît davantage submergée par un « partage d'affect » inconscient (en lien avec un drame commun patient-thérapeute : la perte et le deuil). Le travail en lien avec ces patients fait émerger une problématique particulière faisant appel aux mécanismes et processus impliqués dans le travail de deuil (tristesse, sidération, colère, incompréhension, sentiment d'abandon, idéalisation et désidérialisation de l'autre et du lien à l'autre). Ces mécanismes paraissent transposables au vécu et éprouvés des patients demandeurs d'asile, à ce qu'ils rencontrent sur le terrain. Migration pour fuir une violence interne et externe vers un pays « des droits de l'homme », du « mieux vivre » et qui rencontrent une réalité sociale souvent bien différente. Cela est encore bien repérable dans les effets thérapeutiques au sens transféro-contre-transférentiel (idérialisation et désidérialisation du patient et du thérapeute dans des projections croisées). Chez le thérapeute, il ne faut pas oublier la question de l'Idéal du Moi du soignant (perceptible dans le sentiment d'échec), à l'épreuve d'une clinique d'un patient ordinaire, non-idéal qui nous fait éprouver l'incapacité à le « sauver » par notre savoir. »

Roselyne Boyer suggère également cette proposition ouvrant des perspectives thérapeutiques :

« Le cadre particulier esquissé ici et lié à l'abolition de la distance thérapeutique nécessaire, suffisante » est « un cadre dans lequel se déploieraient les fantasmes, éprouvés et affects qui ne peuvent advenir en gardant une pratique ordinaire. Ce cadre semble s'apparenter à quelque chose de l'ordre d'une co-création « d'aire d'illusion partagée » (« même langue », « même culture », « mêmes souffrances »). Ce cadre semble presque

⁷⁸ Rapport d'activité du CADA ADOMA de Villefontaine pour 2014.

⁷⁹ http://www.lemonde.fr/societe/visuel/2015/02/12/en-seine-saint-denis-le-115-a-bout-de-souffle_4575339_3224.html

réactionnel au choc de la perte commune et à l'expérience qu'elle crée chez le psy comme chez le patient (abrasion des différences inter-individuelles pendant un temps). Le sentiment d'échec pourrait alors venir du travail thérapeutique commun à élaborer la violence (blessure narcissique de la perte, réelles dans le vécu au pays et ici). »

Ce sentiment d'échec du thérapeute lui fait douter du sens de tels suivis : l'interpréter au regard du processus, le réintégrer dans la relation psychothérapeutique en le liant à l'Idéal du Moi du soignant d'une part, à l'élaboration commune de la violence d'autre part, permet un « décollage » vis-à-vis de ce ressenti. Cette prise de distance en fait un marqueur d'une pratique du soin qui se voit légitimée, « relocalisée ».

Pour terminer cette réflexion, j'aborderai maintenant les questions d'empathie et de contre-transfert.

La pratique psychiatrique et psychothérapique implique un partage de représentations, cognitions, affects dans un espace de pensée dynamique. Les psychanalystes décrivent ces échanges à partir du modèle des interactions précoces mère-enfant : espace transitionnel et aire d'expérience commune (Winnicott), identification projective (Klein), introjection primaire comme processus fondamental organisateur de la psyché et inclusion par l'un dans sa sphère interne d'une part du monde de l'autre (Ferenczi). Ces échanges mobilisent les capacités empathiques du thérapeute. Tisseron différencie l'empathie de la sympathie (partage des objectifs et buts de l'autre contrairement à l'empathie), de la compassion (accent mis sur la souffrance d'une victime dont on prend la défense contre une force hostile, sans réciprocité, avec parfois un sentiment de supériorité) ou de l'identification.⁸⁰

Christian Lachal⁸¹ précise les différentes composantes de l'empathie (résonance d'un état affectif et prise de conscience de cette résonance affective qui est un processus cognitif, réflexif, à base d'insight et d'observation) qui implique une « prise en compte de cette connaissance de ce qui se passe sur le plan émotionnel dans la réponse empathique » et un rôle identificatoire transitoire qui découle de cette réponse empathique. Widlöcher définit *l'empathie critique* comme « un questionnement qui s'appuie sur l'écoute psychopathologique »⁸². Cette empathie critique du thérapeute de Widlöcher est troublée dans cette expérience : insuffisance de références adaptées (manque de formation, prégnance de la réalité externe), sympathie (Cf.

⁸⁰ Selon Tisseron, cette identification correspond à une capacité à comprendre le point de vue de l'autre (empathie cognitive), ce qu'il ressent (empathie émotionnelle), et une résonance entre ce que l'autre éprouve et pense et, ce qu'on l'on éprouve et pense soi-même. Un deuxième aspect de l'empathie est la reconnaissance mutuelle, fondée sur la réciprocité. « *Non seulement je m'identifie à l'autre mais je lui accorde le droit de s'identifier à moi, (...) de se mettre à ma place et ainsi, d'avoir accès à ma réalité psychique, de comprendre ce que je comprends et de ressentir ce que je ressens. (...)* ». Un troisième aspect est « *l'intersubjectivité qui consiste à reconnaître à l'autre la possibilité de m'éclairer sur des parties de moi-même que j'ignore* ». « *L'empathie au cœur du jeu social* » in Journal des psychologues avril 2011, numéro 286

⁸¹ LACHAL Christian, Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés, ÉDITIONS LA PENSÉE SAUVAGE, 2006, 125 pages, GRENOBLE.

⁸² « Deux lieux de pensées qui permettent de voir ce qui peut se construire, comment je peux penser avec ce patient. » Conférence sur l'empathie critique de Daniel Widlöcher.

distinction de Tisseron ci-dessus) liée au deuil commun, intuition de la priorité à sécuriser le patient par un soutien affirmé.⁸³ Attitude heurtant une application stricte d'un principe de « neutralité » qui serait inadapté mais qui semble garantir la légitimité professionnelle qu'on risque alors de perdre⁸⁴.

Le concept d'empathie éclairant ces ressentis de proximité-éloignement doit être envisagé comme premier temps des **échanges transféro-contre-transférentiels** au cœur d'une approche psychodynamique du psychotraumatisme. Ce point crucial a été placé en fin de discussion pour ne pas réduire cette clinique psychosociale à un angle d'attaque « psy ». Il n'en reste pas moins que le **trauma** est une caractéristique commune majeure de ces patients ayant subi de la part d'autres hommes des violences, viols, assassinats de proches. Patients qui craignent la mort en cas de retour et dont le trauma est réactivé avec les refus administratifs.

L'ouvrage « Le partage du traumatisme » du psychiatre psychanalyste Christian Lachal me sert ici de guide pour comprendre ces difficultés dans la relation thérapeutique⁸⁵. L'auteur analyse les contre-transferts avec les patients traumatisés et décrit nombre d'éprouvés contradictoires retrouvés ici. Ce thérapeute qui a travaillé en exercice libéral et en situation humanitaire décrit différentes approches du contre-transfert avec des patients traumatisés dans un cadre transculturel afin d'envisager des conséquences thérapeutiques. Ces éprouvés résument souvent le matériel dont dispose le thérapeute quand le langage fait défaut ou quand les récits (ou les patients !) sont absents. Après avoir rappelé les conceptions du contre-transfert de Freud (« l'influence du patient sur la sensibilité inconsciente du médecin »⁸⁶) et Ferenczi (liant introjection primaire et transfert dans un même schéma⁸⁷), Lachal élargit la définition du contre-transfert de Laplanche et Pontalis (1973) (« *réactions inconscientes du psychothérapeute au patient, et plus particulièrement au transfert de celui-ci, pendant le traitement* ») aux « *réactions émotionnelles du registre cognitif, représentationnel, voire (...) comportemental* » et aux réactions de l'analyste qui ne sont pas inconscientes « *qu'il peut observer en lui-même et dans les réponses au patient, (...) du côté du conscient et du préconscient.* » Il ajoute qu'on ne peut, dans les états post-traumatiques des patients « *tout ramener à la personnalité antérieure (...), [ce que les patients] considèrent souvent comme une deuxième souffrance qui leur est infligée, mais en même temps, le traumatisme survient*

⁸³ Claire Mestre écrit dans « Pour un engagement professionnel et citoyen » (Rhizome n°21) : « Tous ceux qui ont pu écrire sur le travail psycho-thérapeutique auprès des demandeurs d'asile le disent : cette expérience n'est pas anodine, elle engage le clinicien dans une écoute et une position (psychique et physique) à la fois vigilante, prudente, empathique, bien loin d'être neutres. Et cela dès le début de la rencontre et je dirai surtout au début. ». Voir aussi Métraux, « la pensée clinique en mutation » (Rhizome n°21) et Gaël MASSET et Sandrine DENIS-KALLA : « La figure de la victime : de la reconnaissance à la victimisation » (rapport Orpsere Samdarra 2005).

⁸⁴ Les témoignages du CADA de Villefontaine et d'intervenants sociaux indiquent la difficulté fréquente d'obtenir des certificats « utiles » auprès de médecins désireux probablement de soutenir une posture professionnelle à distance.

⁸⁵ LACHAL Christian, idem.

⁸⁶ Freud, 1910, les chances d'avenir de la psychothérapie psychanalytique, in OCP vol X, Paris, PUF, 1993, p 61-73.

⁸⁷ « Le bébé expulse dans l'expérience du déplaisir, crée un extérieur, les objets, distinguant le perçu objectif (le monde extérieur) et le vécu subjectif (projection primitive). Mais il ne peut se débarrasser du monde extérieur, il faut qu'il compose avec. Il va réabsorber une partie de ce monde extérieur et y étend son intérêt : c'est ce que Ferenczi appelle l'introjection primaire. » (ibidem)

toujours chez un sujet, adulte ou enfant dont la personnalité est constituée ou en voie de développement et présente des forces ou des faiblesses qui seront déterminantes dans le vécu de l'expérience traumatique. » Renvoyer le thérapeute et le patient l'un à l'autre à leur personnalité et à l'ensemble, dans ces définitions globaliste « *ne tient pas compte du contexte, des expériences (...) traumatiques que le patient a vécues ou est en train de vivre et de la dynamique spécifique de la séquence clinique et de la rencontre. (...) »*

Lachal décrit une *approche clinique du contre-transfert* avec le type d'attachement ressenti dans la relation au patient, les réactions émotionnelles spécifiques et intensives et actions et résolutions que le thérapeute va prendre et qui vont remodeler leur relation. Il expose une *approche transculturelle* inspirée de Devereux⁸⁸, puis à partir de l'approche de Ferenczi, retient les points suivants : la matrice transfert/contre-transfert, comparable à la dyade mère-bébé, permet un apprentissage par transmission ; le traumatisme se transmet, le traumatisme n'est pas représentable : il y a un paradoxe qu'il faut lever ; ce qui se transmet, ce sont les modalités défensives immédiates de survie qui se répètent dans les rencontres cliniques et dans l'évolution spontanées, font le « lit » de la symptomatologie post-traumatique ; ce qui serait intransmissible et non représentable, c'est le vécu de la menace d'anéantissement à l'origine du récit que fera la personne traumatisée et dont le correspondant chez le clinicien et plus généralement, de l'auditeur, est le scénario émergent que l'auteur explicite en fin d'ouvrage : modalité défensive du thérapeute qui sera l'objet de son attention et instrument thérapeutique.

Lachal explore les **contre-transferts préalables** : angoisses liées à l'étrangeté, dogmes de l'action thérapeutique pouvant contredire les représentations qu'a le patient de son fonctionnement (dogme du traumatisme comme « réaction normale à des faits anormaux » susceptibles de banaliser ou « déspecifier » l'expérience, dogme du récit et de la décharge émotionnelle thérapeutique, proposition faite au patient de s'exprimer selon différentes modalités et croyance ou non de pouvoir soigner tout patient). Il expose l'exigence de « sécurité » dans laquelle doit se dérouler la rencontre et le problème du cadre adapté au patient traumatisé. La sécurité, c'est « *faire à nouveau confiance à un être humain, lorsqu'on a vécu un traumatisme du fait d'autres êtres humains* » ce qui « *ne s'instaure pas d'emblée, parce que les sentiments d'insécurité ressentis par le patient vont venir avant tout du thérapeute lui-même, soit du fait des contre-réactions conscientes ou inconscientes de celui-ci, soit parce que le patient attribue des significations à l'absence de certaines réactions qu'il aurait attendues de la part du thérapeute. Le « contre-transfert préalable » (...) peut entrer en contradiction avec le fait qu'au-delà d'une phase initiale d'alliance thérapeutique, le thérapeute peut devenir, à certains moments, une source d'insécurité. (...) est-ce qu'il a l'idée que ces projections peuvent être très*

⁸⁸ Il compare les réactions d'anthropologues aux gens de culture différente et celles des thérapeutes vis-à-vis de patients traumatisés : angoisses relatives aux événements à caractère transgressif, mécanismes de défense obsessionnelles et professionnelles pouvant constituer un filtre déformant, déformations ethnocentriques, problèmes surmoïques et choix possible ou non de soigner un patient.

puissantes, au point par exemple de le rendre souffrant ou malade. » Lachal insiste sur l'ambiguïté du récit du traumatisé, manquant de cohérence, « *pour éprouver la capacité de l'autre ou l'inclination de l'autre à le croire (et donc tester la possibilité de faire confiance) mais aussi dans certains cas pour pouvoir utiliser le « se cacher » volontaire, qui est une des possibilités d'échapper à l'agression traumatique, possibilité qui a manqué dans la situation où la personne s'est trouvée sans défense, exposée, dans une impuissance absolue et une absence totale de recours et d'aide.* » Cette réflexion ouvre sur la capacité du thérapeute à supporter cela.

Lachal étudie les **aspects émotionnels dans les contre-transferts** : sentiment de perte de contrôle, d'impuissance, angoisse, dépression, désespoir, de clivage en plusieurs parties, répulsion envers le patient, indifférence, doute suspicion, détachement, gêne, hostilité, crainte qu'il ne se suicide ou passe à l'acte, honte, culpabilité passant de l'un à l'autre durant l'évolution de la thérapie ou l'entretien. Réactions retrouvées ici. « *Honte à entendre, être le témoin auditif de telles scènes, d'éprouver une secrètes attraction et fascination ; ou encore de s'être identifié de façon fugitive à l'agresseur. Mais il peut s'agir d'éprouver de la honte à l'égard du patient (..) de le mettre un peu à part du reste de ses patients, d'avoir honte de parler de son cas avec des collègues, etc. (...) Parfois, ce qui est raconté est tellement insoutenable que le thérapeute peut-être envahi par un sentiment de panique.*» Il décrit le blocage ou confusion par le récit de la scène traumatique, les aspects cognitifs et représentationnels des réactions de contre-transferts face aux patients traumatisés utilisés dans le débriefing visant à amener le patient à une position « méta-traumatique » au prix d'un clivage, une extériorité relativement au trauma qui peut le couper de son expérience de traumatisé. D'autres approches mêlant travail sur le rêve, dessins, utilisation d'allégories, comparaisons avec d'autres situations de vie peuvent être utilisées. Enfin, c'est « *la capacité que montre le thérapeute, à l'écoute du récit du patient traumatisé, à construire des scénarii* » qui fait l'objet d'un chapitre sur le scénario émergent et la narrativité (le contre-transfert actif), qui « *peut devenir un appui pour le patient : le thérapeute va s'en servir comme d'un soutien narratif. Son propre scénario lui permet de réanimer, d'étayer dans un dialogue, les capacités narratives du patient.* »

Au total, l'approche psychodynamique de Lachal ouvre à une compréhension des éprouvés et comportements comme signes du partage du traumatisme en cours, plus aisés à relier aux vécus de certains patients fiables (ceux en lien avec le CADA particulièrement) qu'aux plus précaires qui relèvent de ces *thérapies de bas seuil* dont parle Blandine Bruyère⁸⁹ où l'objectif est avant tout la constitution d'une relation de confiance, premier étage dans l'approche du trauma selon divers professionnels⁹⁰. La valeur thérapeutique d'un projet d'ambition apparemment aussi modeste n'est pas pour autant nulle comme le confirment certains patients.

⁸⁹ Intervention sur « La clinique de l'exil », journée Samdarra, Chambéry, 27 mai 2015.

⁹⁰ Jean-Michel Thurin dans sa formation sur le stress, Schnyder dans sa synthèse sur les prises en charge du trauma.

CONCLUSION ET PISTES D'AMELIORATION

*Homo sum, et humani nihil a me alienum puto.*⁹¹

Terence (cité par Lévi-strauss)

Deux ans après la première rencontre (le temps du deuil et de l'examen de la demande d'asile, selon Omar Guerrero⁹²), l'apport du DIU, de ses intervenants et participants, les échanges avec des collègues « psy » ou intervenants du CADA, juristes d'associations, avocats, membres d'associations de soutien aux migrants) m'ont aidé (et m'aident) à prendre une meilleure distance dans cette pratique qui croise les dimensions suivantes : (1) soin en cabinet libéral, (2) migrants d'origine africaine sub-saharienne, (3) demandeurs d'asile déboutés, (4), traumatisme psychique après avoir subi des violences humaines, (5) demandes de titre « étrangers malades » (6) précarité matérielle et sociale.

L'aggravation du contexte juridique et politique vis-à-vis de la migration, des demandes d'asile et de la délivrance des titres de séjour pour « étrangers malades » produit une précarité nuisible à la santé et aux suivis des patients, contraignant à un engagement particulier, sauf à démissionner. Il est difficile de soigner quand l'objectif prioritaire de sécurisation d'un patient traumatisé paraît réduit à néant par une décision juridique. D'autant plus quand cette décision juridique dénonce l'argument principal du soignant (l'impossibilité d'un retour au pays où ont eu lieu les événements liés au traumatisme), néglige l'importance de la relation thérapeutique pour centrer le débat sur la question périphérique de l'existence et/ou du remplacement des médicaments prescrits au pays. Ce problème juridique majeur détermine les conditions d'existence des patients, déplace le soin du côté de ses implications juridiques au détriment de l'approche du trauma et de la relation thérapeutique à l'étranger.

Mais alors, comment trouver une bonne *distance* dans le suivi de demandeurs d'asile en cabinet de psychiatrie d'exercice libéral ?

Ma réflexion pour répondre à cette question est **limitée par des obstacles importants** : conditions locales particulières (écart géographique particulier des pôles de référence soignant, juridique et social pour ces patients en Nord-Isère par exemple), expérience personnelle affectivement chargée et « besoin » de témoigner de situations bouleversantes et indignes, délocalisation professionnelle délicate et pratique *minoritaire*⁹³, globalité

⁹¹ Je suis homme, et rien de ce qui est humain ne m'est étranger

⁹² Dans son intervention au DIU sur la clinique du trauma où il comparait ces durées.

⁹³ Cf. Bernard Ravon (intervention à la journée Samdarra sur les mineurs étrangers isolés du 10 juin 2015).

de la problématique et nombreux cas cliniques, multiplicité des questions et champs envisagés. Face à cette complexité, mon approche est restée superficielle, négligeant des problèmes comme celui de *la langue*, ou celui des prescriptions en matière de deuil qui n'ont pu être suivies du fait de l'exil⁹⁴, etc.

Au limites liées à la particularité de l'expérience, on peut cependant opposer qu'un grand nombre de difficultés rencontrées ici le sont également par les collègues interrogés (directement ou par le questionnaire réalisé à l'occasion de ce travail) et les auteurs cités.

D'autre part, dans un contexte de saturation et/ou rigidité fonctionnelle des structures de soins publiques, du nombre réduit de structures spécialisées pour l'accueil de migrants traumatisés, il est intéressant d'explorer la possibilité d'accueil en psychiatrie libérale, a priori peu utilisée aujourd'hui. Or, si la solitude en cabinet est une fragilité pour des situations nécessitant une approche multidisciplinaire, elle permet une souplesse précieuse ici. Mais « durer » dans une telle pratique oblige à construire un cadre théorique et pratique pour *trouver une distance acceptable* afin de constituer et préserver *l'alliance thérapeutique*, question centrale en psychothérapie⁹⁵ dont on peut discuter le statut dans ces configurations : simple base d'un travail spécifique ou objectif principal. Pour améliorer cette distance, j'ai été (et suis) amené aux stratégies suivantes :

- Mobiliser les ressources de la communauté (intervenants investis auprès de migrants) plutôt qu'un recours aux spécialistes « psys » : DIU, constitution d'un réseau local (CADA, associations, juristes...). Ceci répond au besoin d'un groupe *vivant* pour échanger autant qu'acquérir des connaissances historiques, sociales, etc. Soigner des patients issus de sociétés centrées sur le groupe (famille, communautés religieuses), dont les liens au groupe d'appartenance sont coupés par l'exil, implique-t-il un processus de socialisation et de partage, processus défaillant dans l'exercice solitaire du professionnel libéral qui incarne l'idéal individualiste de la société occidentale ?
- Agir et délimiter un engagement auprès de ces patients réalisé dans la rédaction de certificats dont il faut connaître les enjeux, souplesse d'accueil, solutions pour soutenir le lien (appel d'un patient avant son

⁹⁴ Jeanne-Flore Ronchon évoque ce problème dans la revue Métisse : « *L'un de ces troubles, le plus commun mais aussi le plus problématique, est le retour du mort parmi les vivants, autrement dit l'impossible détachement. Il s'opère soit à un niveau psychique dans le cas du deuil impossible, soit à un niveau imaginaire dans le cas des mal-morts dont l'errance est considérée comme tout à fait néfaste. Ainsi, si les rites funéraires permettent d'aider les défunts à partir et à lui donner un nouveau statut, ils permettent aussi de protéger les vivants et ce de deux manières au moins : permettre une régulation du travail de deuil en codifiant et en réglementant le chagrin; mettre le deuilleur à l'abri de la vengeance éventuelle du défunt en le tenant reclus.* » (Jeanne-Flore ROUCHON, Aspects culturels du rapport à la mort, Lettre de l'AIEP, Vol. XXX Métisse numéro 1, mars 2015)

⁹⁵ Les recherches en psychothérapie différencient les facteurs spécifiques des facteurs communs qui expliquent le « paradoxe de l'équivalence » ou absence de différences d'efficacité selon les psychothérapies dans de nombreuses études. Villamaux distingue l'alliance thérapeutique représentant la relation affective du patient avec le thérapeute et l'alliance de travail, correspondant à la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique, la compréhension empathique du thérapeute et son implication, enfin l'accord entre patient et thérapeute sur les objectifs et tâches du soin. (Michaël Villamaux, « L'alliance thérapeutique », Pour la Recherche, numéro 25, Juin 2000 - Evaluation des psychothérapies.)

rendez-vous, prêt de lectures, etc.), attention portée à la réalité externe conditionnant la venue au cabinet (soutien social et généraliste), tolérance particulière. Pour ces patients dont la fierté est affreusement blessée, il s'agit d'attitudes raisonnées, discutables et discutées selon les situations visant l'alliance thérapeutique et tenant d'une co-création, non d'une infantilisation médicale. Par exemple, contre le risque d'endettement lié à ce soutien actif, j'ai imaginé un modèle d'échange où la contrepartie était la connaissance du patient : devenu informateur culturel, il ouvrait la frontière qui semblait le séparer de son histoire que l'indicible traumatisme semblait avoir mise hors-jeu.

Il faut maintenant envisager (et inventer ?) après ce DIU, la poursuite d'un travail de formation et d'échanges: groupe de travail clinique de pairs et/ou groupe de professionnels des différents champs confrontés à ces problèmes et/ou groupe de travail d'intervenants du réseau local. Ceci amène à encourager d'autres professionnels (psychiatres, par exemple) à recevoir ces patients, en dépit de la saturation annoncée dans les cabinets libéraux. D'autant plus que cette pratique, en dépit des problèmes sérieux qu'elle pose, constitue une véritable cure de jouvence pour le travail de soin psychiatrique. Elle amène à réinterroger la pratique et les théories, par exemple sur la nature des échanges entre patient et thérapeute, l'importance des cadres externes permettant la constitution de cet espace où se joue la distance thérapeutique, sur l'altérité, etc.). Il serait intéressant d'inclure de telles prises en charge dans des recherches sur les psychothérapies étudiant la pratique réelle des thérapeutes (comme au sein du RRPP).

En dépit du cumul de difficultés qui peuvent rebuter ou désespérer, recevoir ces patients en psychiatrie libérale est une cause à soutenir. C'est une manière de lutter contre les discriminations et la souffrance de patients qui sont le support de projections négatives dans un contexte d'inquiétudes économiques et politiques. C'est une possibilité de questionner et enrichir nos pratiques et connaissances à partir de situations parfois extrêmes. C'est enfin et surtout, une ouverture enrichissante sur le monde et notre humanité.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES, THESES, MEMOIRES

Alleg Henri, La Question, suivi de " La torture au cœur de la République " par Jean-Pierre Rioux, Paris, Editions de Minuit, Collection "Double" 2008, n°58, 96 p.

BOUSSAGEON Rémy, L'efficacité thérapeutique. Objectivité curative et effet placebo, Thèse en Philosophie, 2010

Bulteau Pierre-Yves, En finir avec les idées fausses propagées par l'extrême droite, éditions de l'Atelier, 2014, 168 p.

Dromer Carole, Le certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France, Mémoire de Master 2 Professionnel, Droits de l'Homme, Droit International Humanitaire, année 2006-2007, Université d'Evry, Val d'Essonne, France. Sous la dir. de Olivier Le Cour Grandmaison

Fassin Didier et Rechtman Richard L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime, Paris, Flammarion (452p.

Ferro Marc, Histoire des colonisations - Des conquêtes aux indépendances, XIIème-XXème siècle, Points, histoire, Paris, 1996, 393 p.

FLAMANT Anouk, Droit de cité ! Construction et dilution d'une politique municipale d'intégration des étrangers dans les villes de Lyon, Nantes et Strasbourg (1981-2012), sous la dir. de Renaud Payre, 2014.

Kernberg Otto F. La thérapie psychodynamique des personnalités limites, P.U.F. 1995, Coll.: Psychiatrie ouverte, Paris : Presses universitaires de France, 185 p.

Bourboulon Véronique et Sandlarz Eric (sous la direction de), De la violence politique au traumatisme, Errance et solitude, l'Harmattan, 2007

Lachal Christian Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés, Ed. La Pensée Sauvage, 2006, 125 pages, GRENOBLE

LE PAPE Marc et SALIGNON Pierre, Une guerre contre les civils, réflexions sur les pratiques humanitaires au Congo-Brazzaville (1998-2000), Karthala, Médecins sans frontières, Paris, 2001, 176 p.

Lumumba Patrice, « Africains levons-nous ! » suivi de « Nous préférons la liberté », discours de Sékou Touré et de « Le devoir de civiliser », discours de Jules Ferry, Editions Points, Paris, 2010, 54 p.

Mabanza Fidèle, Edilivres, Paris, 2013, 66 p.

Mauss Marcel, Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. » (1902-1903) Article originalement publié dans l'Année Sociologique, seconde série, 1923-1924. In Sociologie et anthropologie. Paris: Les Presses universitaires de France, 1968, Quatrième édition, 482 pages.

Pégon Guillaume, Le traitement clinique de la précarité : collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care : l'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain, Thèse de doctorat en Sociologie et anthropologie, 2011

Rodier Claire, Xénophobie business. À quoi servent les contrôles migratoires ?, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2012, 200 p.

Schütz Alfred, Don Quichotte et le problème de la réalité, Allia, 2013, 56 p.

Todorov Tzvetan, Face à l'Extrême, Paris, Le Seuil, 1991, 347 p

Tonda, Joseph, La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon), Paris, Karthala, « Hommes et sociétés », 2002, 243 p.

Van Reybrouck David, Congo, une histoire, (Congo. Een geschiedenis), trad. d'Isabelle Rosselin, Arles, Actes Sud, 2012, 672 p.

ARTICLES, COURS

Briffault Xavier, « Conflits anthropologiques et stratégies de lutte autour de l'évaluation des psychothérapies », Nouvelle revue de psychosociologie, 2009/2n° 8, p. 105-118.

Noret et Petit, Mort et dynamique: introduction : Un pays zombifié, Etudes comparant les pratiques de deuils, rites traditionnels et évolution avec les églises nouvelles, 2011, L'Harmattan, 164 p.

Denis-Kalla Sandrine, Masset Gaël, la figure de la victime de la reconnaissance à la victimisation, Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes, Modalités cliniques et inter partenariales, rapport final, mars 2005, Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité.

Giroux Fabrice, « Rôle ambigu du certificat médical », Rhizome, droit d'asile, numéro 21, décembre 200

Guerrero O. (2011) « Dans les limbes de la désinscription sociale ». Mémoires, 52, p 10-11

Klausser Nicolas, « Vers un renforcement du « droit » à une procédure équitable des demandeurs d'asile et une meilleure prise en compte de leurs traumatismes ? Droit d'asile et preuve (CESEDA et CEDH) », Revue des droits de l'homme, mai 2015

Kramer U., Roten Y. de, Despland J.-N., « Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies [Do therapists do what they say they will do? a comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches]. » Pratiques psychologiques 11(4), pp. 359-370, 2005.

Journet-Diallo Odile, « Entre intégration et collecte d'informations : de quelques paradoxes de la relation ethnographique », cours à l'EPHE.

Mestre Claire, « Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques », in Revue L'autre 2009, vol.10, n°2

Molénat Xavier, Alternatives Economiques n° 342 - janvier 2015

Mouzon, Céline, « Réfugiés, un accueil gravement défaillant », Alternatives économiques, juillet 2015

Rouchon Jeanne-Flore, « Aspects culturels du rapport à la mort », METISSE, Lettre de l'Association Internationale d'Ethno-Psychanalyse (AIEP) Vol. XXX, numéro 1 mars 2015

Schnyder Ulrich, « PSYCHOTHÉRAPIES POUR LES PTSD - UNE VUE D'ENSEMBLE », Médecine & Hygiène | Psychothérapies 2005/1 - Vol. 25, pages 39 à 52

Tisseron Serge, « L'empathie au cœur du jeu social » in Journal des psychologues avril 2011, numéro 286

Velut Nicolat, « L'étranger, malade » de l'institution (l'institution, malade de « l'étranger »), l'information psychiatrique 2015, 91 ; 5-7

Veïsse Arnaud, « État actuel de l'accueil et des soins aux étrangers malades en France », Revue l'Autre (Moro), vol 10, 2009, N2 : « Le Minotaure »

Villamaux Michaël, « L'alliance thérapeutique », Pour la Recherche, numéro 25, Juin 2000 - Evaluation des psychothérapies

Winnicott, D.W.W.(1960c). Le contre-transfert. In « De la pédiatrie à la psychanalyse ». Paris, Payot, pp.229 à 236.

Widlöcher Daniel, « PSYCHOTHÉRAPIE », Encyclopædia Universalis

RAPPORTS, DOSSIERS, MEMOIRES, REVUES

Actes de la journée d'étude du Réseau Samdarra (santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes) mardi 26 mai, à Fontaine (38)

ADMISSION AU SEJOUR POUR RAISONS MEDICALES (Vol. III avril 2015) : jurisprudence du droit au séjour des étrangers malade (ADDE, LA CIMADE, COMEDE)

Alternatives Economiques Hors-série n° 102 - octobre 2014

Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil, Rapport de synthèse – Avril 2012, réseau Samdarra, Chargés d'étude : Marc Vignal, Malorie Geny-Benkorichi

ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers), janvier 2015, « Les personnes étrangères malades et leurs proches ont le droit de vivre dignement en France)

Maux d'exil, Evaluer le droit au séjour des étrangers malade, lettre du COMEDE aux membres du réseau, avril 2015, numéro 46.

Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes, Modalités cliniques et inter partenariales, rapport final, mars 2005, Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité.

SITOGRAFIE, PRESSE EN LIGNE

Alterecoplus : nombreuses données et articles sur les questions économiques, politiques et sociales internationales et nationales liées aux migrations et questions économiques en lien avec celles-ci. <http://www.alterecoplus.fr/>

Amnesty International : <http://www.amnesty.fr/>

Cemaf : Système de pensée en Afrique noire. <http://span.revues.org/>

CCFD : <http://ccfd-terresolidaire.org>

CIMADE: <http://www.lacimade.org>

Mediapart : nombreux articles de **Carine Fouteau** consacrés aux demandeurs d'asile, migrations, politiques françaises et européenne envers les étrangers, mouvements de soutien aux migrants. En juillet 2015, l'opération *Ouvrez l'Europe #OpenEurope d'asile*, est lancée par un collectif de journaux indépendants européens et d'associations pour recueillir des témoignages, informer et mobiliser autour de ces questions et faire évoluer les lignes actuelles.

<http://www.mediapart.fr/journal/international/dossier/ouvrez-leurope-openeurope>

Au « club médiapart », nombreux blogs sur ces questions dont CIMADE, GISTI, AMESTY INTERNATIONAL, etc...

Orpsere-Samdarra ! <http://www.samdarra.fr/>

CONFERENCES, COLLOQUES, ACTES

Thurin Jean---Michel, État post---traumatique complexe, Diplôme Universitaire Stress, traumatisme et pathologies, Paris XI, 2013

Conférence de Blandine Bruyère à la journée « la clinique de l'exil », 27 mai 2015 à Chambéry, réseau Samdarra

Interventions de Benjamin Demagny et Jean-Claude Masse à la journée du COMEDE du 11 juin 2015 sur les soins aux étrangers malades et les questions du refus des préfectures de délivrer ces titres contre les avis des MARS.

Intervention de Bernard Ravon à la journée 11 juin 2015 « mineurs isolés étrangers », Samdarra, Lyon

ANNEXE 1 : TEXTES LEGISLATIFS

La convention de Genève de 1951 pour la demande d'asile concerne toute personne qui « *craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve 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 (...)* »

Contexte juridique des étrangers malades

- L'article L 313-11, 11° du CESEDA avant la loi du 16 juin 2011
- « *Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivré de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.* »
- L'article L 313-11, 11° du CESEDA depuis la loi du 16 juin 2011 :
- « *Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivré de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire sauf circonstance humanitaire exceptionnelle.* »
- Jurisprudence du Conseil d'Etat en date du 7 avril 2010 : Décision importante s'il existe des possibilités de traitement approprié de l'affection en cause dans le pays d'origine, l'étranger peut faire valoir qu'il ne peut en bénéficier pour les motifs suivants (pas d'accès à la généralité de la population, à cause des coûts du traitement par exemple...)
- Instruction du ministère de la Santé en date du 10 novembre 2011 qui précise cette notion et demande d'examiner:
 - Le traitement : **ensemble des moyens mis en œuvre pour la prise en charge globale de la pathologie**
 - La situation clinique de l'intéressé : **appréciation au cas par cas** en fonction du stade d'évolution de la maladie, des complications éventuelles
 - La réalité des ressources sanitaires du pays d'origine : structures, équipements, dispositifs médicaux et appareils de surveillance, personnels compétents, stock de médicaments... (suffisants & disponibles)

ANNEXE 2 : CAS CLINIQUES

Une journée particulière au printemps 2015 : suite de situations problématiques

Jeune Congolais en demande d'asile. Son père, militaire sous Mobutu puis Kabila, fut tué sous ses yeux par des militaires, exfiltré par un ami de son père. Élevé par le père seul depuis la petite enfance, suivi à forum-réfugié à Lyon, sans hébergement fixe (saturation des possibilités d'hébergement des CADA du Rhône, dépend du 115, va de centre en centre d'hébergement dans le Rhône et la Loire : il arrive de: Saint-Etienne). Maigre impressionnante, pantoufles minables aux pieds (il pleut !). Absent souvent aux RDV car logé trop loin, pris en RDV, confus etc. Il donne aujourd'hui une version différente et terrifiante des événements qui l'ont conduit en France : arrêté, torturé ce qu'il décrit précisément (...) alors qu'il ne m'en avait jamais parlé, libéré grâce à l'intervention de son père avant que celui-ci ne soit assassiné. Demande du Renueryl (aliments pour dénutris), mange difficilement. Je donne une mandarine: il accepte.

Un Angolais que je ne voyais plus depuis des mois, attend un titre de séjour depuis des années (en France depuis plus de 5 ans). Il demande un certificat pour justifier des soins antérieurs à destination des services sociaux (?) Reçu entre deux RDV.

Un Congolais agité, inquiet, préoccupé : refus du titre de séjour contre le MARS. Arrestation très violente, emprisonné, torturé. Etat de stress intense, semble en proie à des démons intérieurs. Transmet la demande de son avocat d'un certificat établissant la nécessité du traitement (le somnifère, cas évoqué ci-dessus). Rédaction différée. Explique ce problème en fin d'entretien après échange sur la guérison divine.

Un Congolais en attente de titre de séjour depuis plus d'un an, son dossier était perdu à la préfecture. Blessé par balles durant une manifestation, avait fui en Angola, puis de retour au Congo, arrêté, prison et torture. Avait obtenu un récépissé provisoire sans droit de travail après recours au tribunal pour faire valoir la procédure normale. Hébergé en structure d'hébergement d'urgence dans de mauvaises conditions, déprimé, vient de Bourgoin. Difficulté pour payer le car. RDV normal, ordonnance. Je paie le ticket du retour.

Un Congolais que je soutiens activement. Manifestant laissé pour mort au bord du fleuve Congo, visage dans le sable après une arrestation violente par des militaires. Sauvé et soigné hors hôpital, il fait des rêves d'étouffement. Vient d'avoir, après recours au tribunal administratif contre le refus de la préfecture de délivrer un titre de séjour et grâce au certificat médical détaillé, un titre avec droit de travail (exception parmi mes patients). Il a une possibilité de travail en intérim mais il faut le CASSES, formation à financer pour 330 euros. Aucune possibilité d'aide par les associations ni Pôle emploi.

Un Congolais, immense mais comme un enfant terrorisé. A été emprisonné suite à son militantisme auprès des jeunes du quartier, torturé. Debouté à la CNDA, en attente d'un récépissé pour demande « étranger malade ». Hallucinations hier : « policiers blancs venus l'arrêter dans l'appartement, voulait fuir dans la rue ». L'ami qui l'héberge est accouru pour le calmer. Je lui demande s'il interprète ces visions en termes de sorcellerie : réponse hésitante. Traitement sans neuroleptique.

Une Guinéenne revient de Grenoble après six mois. Deboutée de sa demande d'asile : venue en France après mariage forcé avec le frère aîné du mari décédé. L'homme violent, militaire, l'a gravement blessée, il la tuera pour sa fuite, il a tué une amie qui l'avait aidé. Ses filles sont réfugiées au village de sa mère, pas de nouvelles. Elle est hébergée à Grenoble, bien qu'elle eût préféré rester à l'Isle d'Abeau où elle commençait à connaître les gens. Vient avec demande d'avocat pour certificat pour contester le refus de la préfecture de donner un titre étranger malade contre avis ARS.

Un Congolais que je soutiens depuis 2013, sympathique, profond, « fiable ». A vécu un emprisonnement et violences conséquentes pour manifestations. Un fils au pays chez son frère. A reçu OQTF alors qu'il espérait un titre de séjour avec droit de travail, idem ci-dessus. Je ferai un certificat attestant de l'impossibilité de changer de traitement.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE AUPRES DES COLLEGUES

Retour sur le questionnaire à propos du

« Suivi de demandeurs d'asile pour des soins médico-psychologiques en cabinet de ville »

Avant tout, je remercie les modérateurs des listes de diffusion qui ont accepté ma proposition ainsi que toutes celles et ceux qui ont répondu, soit en ligne, soit par mail : toutes les réponses obtenues m'ont été et me sont utiles.

Pourquoi ce questionnaire ?

J'ai eu l'idée de ce questionnaire en lien avec un travail réalisé dans le cadre du DIU *Santé, Société, Migrations*⁹⁶ auquel je me suis inscrit pour réfléchir à mon expérience de suivis de migrants identifiés comme « demandeurs d'asile » en cabinet d'exercice libéral. En effet, ma pratique avec des patients principalement originaires d'Afrique Sub-saharienne, me confrontait à des difficultés multiples : différences culturelles, traumatismes psychologiques en lien avec des violences et tortures, situations sociales et administratives complexes et délétères semblant influencer considérablement sur l'état de santé et les suivis des patients, etc...

Déboutés pour la majorité d'entre eux à la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile), demandant un titre de séjour comme « étranger malade » pour stress post-traumatique, ces patients se « retrouvent » sans hébergement ni allocations ni droit de travail et ceci durant le temps éminemment variable du traitement de leur demande par la préfecture. Contraints pour subsister de solliciter l'aide aléatoire d'associations caritatives et/ou de militants, ils dépendent du « 115 » pour l'hébergement (lequel répondait négativement à 98% des appels en décembre 2014 en Isère⁹⁷). Néanmoins, leurs soins sont pris en charge grâce à l'AME dont ils bénéficient. Certains patients deviennent des « sans-papiers ».

Pour tenter de dépasser les difficultés vécues dans l'accueil de ces patients, j'ai voulu :

- approcher l'expérience de collègues travaillant dans un cadre similaire au mien
- recueillir des témoignages d'autres soignants ou collègues travaillant dans d'autres cadres institutionnels.
- Etablir des contacts pouvant aider à ma pratique

Mon questionnaire, loin d'être une enquête systématique ou un sondage rigoureux (!) avait pour objectif d'enrichir mon questionnement et « tester » quelques pistes. En particulier :

Les demandeurs d'asile sont-ils reçus (et dans quelles proportions) en cabinet libéral ?

S'ils le sont peu, quelles en sont les raisons ? Est-ce par ignorance des thérapeutes et/ou des patients quant aux possibilités de soin en libéral, pour raisons pratiques et/ou économiques comme la géographie des cabinets, le financement des soins, la fiabilité aux rendez-vous, l'incompatibilité entre l'urgence de démarches dans un contexte de « survie » avec les délais souvent long en « libéral » pour obtenir un RDV, etc. ?

Et surtout : **quelles sont les difficultés ressenties ou vécues dans ces soins, comment sont-elles dépassées ou non** (par exemple quand la contrainte sociale priorise l'urgence de survie immédiate sur la question du traitement du trauma) ?

Méthode et réalisation

Afin de recueillir le maximum de témoignages et d'idées, j'ai rédigé ce questionnaire avec quelques questions simples fermées pour **identifier succinctement les répondeurs** (profession, âge, lieu d'exercice) et **quantifier**

⁹⁶ Ce questionnaire réalisé individuellement n'engage en rien les intervenants ou organisateurs de ce DIU qui est présenté en ligne ici : <http://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1102/sante,-societe-et-migration.html>

⁹⁷ Voir l'appel du 115 : <http://www.untoitpourtous.org/fichiers/1698/lettre-ouverte-115-de-lisere.pdf>

simplement la pratique (nombre de patients suivis en différenciant si possible les catégories (« demandeurs d'asile », « déboutés », « étranges malades »), le nombre de consultations avec ces patients et le temps consacré à ces consultations) mais surtout **trois questions ouvertes pour recueillir des retours « spontanés »** autant que possible.

J'ai présenté ce questionnaire sur **deux listes de diffusion** auxquelles je suis « abonné » permettant de contacter facilement un nombre important de collègues dans le Rhône et dans l'Isère principalement. Je n'ai exposé ni mon expérience et ses difficultés, ni mes hypothèses sur le sujet, ni les particularités de ma pratique ou mes options « idéologiques ».

J'ai délibérément négligé des informations intéressantes mais susceptibles de distraire de l'objectif central ou provoquer des réticences. La question des demandeurs d'asile déboutés ayant des implications politiques évidentes et impliquant une *souplesse* particulière des praticiens, j'ai voulu, dans une période de mouvement de syndicats de médecins libéraux contre les réformes envisagées par le ministère de la santé (où la question du tiers-payant, entre autres, fait polémique), éviter de questionner le conventionnement des praticiens au regard de la sécurité sociale, les particularités de l'activité (revenus, orientations théoriques, attitudes envers le tiers payant, etc.) ainsi que les options politiques ou les positions relatives à l'accueil des migrants sur les territoires français.

Mes questions ouvertes ont été ordonnées de manière à ne pas stimuler excessivement les retours « négatifs » attendus d'après mon expérience : première question sur les points intéressants de cette pratique, deuxième sur les difficultés puis invitation à discussion complémentaire.

J'avais joint une adresse mail pour recueillir des contacts éventuels de collègues familiers de ces questions ou des retours d'expériences détaillés.

Ce **questionnaire anonyme** a été proposé en ligne sur Internet, accessible par un lien indiqué sur deux listes de diffusion présentées ci-après. Sans contact direct, donc sans « pression » sur les interrogés, je pensais néanmoins obtenir des réponses :

Par intérêt pour un sujet résonnant avec l'actualité : le thème omniprésent des migrants dans la politique nationale et internationale, les drames récurrents de l'exil en Méditerranée et ailleurs

Par « empathie » probable des psychiatres pour les victimes de persécutions politiques et/ou ayant eu des parcours « extrêmes ».

Parce qu'avoir suivi de tels patients en cabinet me semblait impliquer le désir d'en témoigner. En revanche, il me semblait a priori difficile d'obtenir des réponses de praticiens n'ayant pas reçu encore ces patients, sauf à vouloir rendre service au collègue demandeur (!).

La liste GPLR-RA : psychiatrie-RA@yahoogroupes.fr

Modérée par Philippe Cialdella, psychiatre d'exercice libéral, liée initialement au GPLR (Groupement des Psychiatres Libéraux de la Région Rhône Alpes), association à laquelle j'adhère et qui regroupe des psychiatres d'exercice libéral de toutes orientations, cette liste comporte environ 160 destinataires, **psychiatres en ville ou clinique privée** mais également psychiatres du public, médecins généralistes, psychologues.

Cette liste est un support d'informations liées à la psychiatrie (formations, informations pratiques, thérapeutiques et syndicales diverses) et sert parfois à des échanges « publics ».

Il s'agit d'abord d'un organe de liaison au service d'un corps professionnel médical : les psychiatres libéraux.

Connaissant personnellement plusieurs membres du GPLR, j'attendais une participation également de la part de « non-receveurs » de demandeurs d'asile désireux de me rendre service...

La liste du collège psy de l'Isère : secretariatducollege@gmail.com

Relayée par Jean-Claude AUCOUR, secrétaire du Collège en Isère, cette liste est l'organe de liaison du Collège de psychiatrie⁹⁸ dont le projet lié aux états généraux de la psychiatrie a une optique « militante » de défense d'une « clinique vivante », « clinique du singulier » référencée principalement à la psychanalyse.

Diffusée à 260 destinataires, la liste s'adresse à une variété de professionnels (psychiatres, psychologues, soignants divers sans exclusive) pour diffuser des informations liées à des formations et/ou la psychanalyse, psychiatrie, psychologie ainsi que des textes intéressant les tensions traversant le monde de la psychiatrie. Sans liens préalables avec les membres de cette association, j'attendais néanmoins des réponses du fait de la sensibilité, l'intérêt et l'engagement supposé des destinataires de la liste aux questions socio-politiques interférant avec la clinique psychiatrique des demandeurs d'asile.

Intéressé par une éventuelle différence des réponses aux deux listes, j'ai diffusé mon questionnaire en deux temps durant le mois de février 2015 : la liste « GPLR-RA » puis huit jours plus tard celle du « collège psy ».

Je n'ai aucune information sur le nombre de personnes réellement contactées par chacune des listes.

RAPPEL DE LA PROPOSITION TELLE QU'ELLE A ETE PRESENTEE SUR LES LISTES

*« Je souhaite avoir un simple aperçu de votre expérience en ce domaine pour avoir une idée de l'importance de tels suivis dans votre activité et des particularités ou difficultés rencontrées: je propose un questionnaire court : **vos retours me seront utiles même si vous ne suivez pas ou peu de demandeurs d'asile (répondre sera alors plus court!). Des questionnaires même incomplets ou avec réponses approximatives (par impossibilité de chiffrer par exemple...) seront intéressants pour moi.***

Si vous le souhaitez, vous pouvez évoquer en quelques mots en fin du questionnaire vos remarques ou m'adresser des commentaires à ce sujet via le mail ci-dessous.

Ce questionnaire anonyme relève de ma propre initiative et n'est lié à aucun organisme privé ou public. S'il s'adresse plutôt aux psychiatres, des retours de collègues psychologues ou médecins généralistes (ou autres spécialités) susceptibles de recevoir des "demandeurs d'asile" sont bienvenus!

Je propose de faire un retour (rapide) sur ce questionnaire dans un délai qui reste à préciser (beaucoup moins rapide).

Je vous remercie vivement pour votre participation, quelle que soit votre expérience dans ce domaine. »

Résultats et commentaires

J'ai obtenu 18 réponses dont 10 par la liste GPLR et 8 par celle du Collège Psy. La plupart des participants dont également ceux qui n'ont pas en soin de demandeurs d'asile ont précisé leur idées en répondant aux questions ouvertes, révélant leur intérêt pour la question (ou ce questionnaire !).

Le taux de réponses au questionnaire semble faible mais devrait être comparé avec des pratiques similaires sur Internet. Si l'on admet que recevoir des demandeurs d'asile ne peut laisser indifférent et qu'être impliqué dans cette pratique incite (fortement ?) à répondre à un tel questionnaire, ne pas répondre indiquerait alors l'absence de ce type d'expérience, ce qui soutiendrait l'hypothèse d'un accueil rare en exercice libéral de demandeurs d'asile. En toute rigueur, ce point n'est pas résolu.

Du fait du petit nombre de réponses, j'ai préféré ne pas donner de pourcentages aux réponses des différentes questions en différenciant les catégories de répondants.

⁹⁸ <http://www.collegepsychiatrie.com/f/index.php>

Questions « fermées »

1- Profession

Les répondants au questionnaire sont 14 psychiatres, 1 psychologue, 2 médecins généralistes, 1 infirmier.

A l'annonce de la liste GPLR : 10 psychiatres et 1 médecin généraliste.

A celle de la liste « Collège Psy » : 4 psychiatres, 1 médecin généraliste, 1 psychologue, un infirmier.

En sus du questionnaire, j'ai eu deux contacts par mail suite à la liste GPLR : un médecin généraliste recevant de nombreux patients à Médecins du Monde et un psychiatre ayant une expérience de suivi de nombreux demandeurs d'asile dans une activité en secteur public.

2- Âge, sexe et lieu de travail :

GPLR : 10 âgés de plus de 52 ans, 1 de 40 ans, dont 7 hommes et 3 femmes. Majoritairement dans le Rhône, un savoyard, un isérois.

Collège psy : 5 de plus de 52 ans, 2 de 40 dont 4 femmes et 3 hommes, tous en Isère.

- 3- **Suivez-vous des migrants demandeurs d'asile ou des migrants demandant un (ou disposant d'un) titre de séjour comme "étranger malade" à votre cabinet?**
- 4- **Actuellement, quel est le nombre de demandeurs d'asile ou d'étrangers malades que vous avez en soin dans votre cabinet de ville?**
- 5- **Combien de consultations de migrants demandeurs d'asile ou "étrangers malade" donnez-vous par mois en moyenne?**

Les répondants au questionnaire se répartissent ainsi :

Les 9 répondants qui n'en suivent pas *actuellement* sont tous psychiatres. Parmi eux, 8 s'en « expliquent » aux questions ouvertes:

3 ont une expérience personnelle antérieure en cabinet : 2 ont suivi un patient (unique) en cabinet, expérience « marquante » détaillée en fin du questionnaire, 1 évoque une situation antérieure difficile : « *Quand des demandeurs d'asile sont arrivés au cabinet sans prévenir, je ne comprenais rien à leur demande. J'ignorai que j'étais sur une liste et mes patients attendaient. Les demandeurs se sentaient humiliés et les responsables de cet échec dorment. Moi j'y pense encore.*

1 en a suivi en CMPE : un suivi « complexe ».

4 attribuent ce « non accueil » de demandeurs d'asile, non à une volonté de leur part mais à **l'absence de demande** (1) et/ou aux **délais longs de RDV annoncés** (2), à la **localisation** (hors de la ville) (1), à une période de **surcharge de travail** lors d'une demande malgré l'intérêt pour un tel suivi (1).

Les 9 répondants recevant des demandeurs d'asile sont 5 psychiatres et tous les autres professionnels (2 médecins généralistes, 1 psychologue, 1 infirmier). Ils détaillent leurs expériences plus loin.

Ainsi, au total, sur 18 répondants au questionnaire et 2 répondants par mail, **seuls 2 psychiatres (sur 15 psychiatres) n'évoquent aucun suivi actuel ou passé de demandeur d'asile.** On peut inférer que c'est l'implication des praticiens qui a conditionné leur participation au questionnaire.

Mais si les répondants ont eu majoritairement une expérience de suivi, fût-elle unique et marquante comme l'atteste leur soin à préciser les difficultés et l'intérêt de l'expérience dans les questions ouvertes suivantes, **seuls 5 psychiatres en suivent actuellement en « libéral »**, plus 1 (répondant par mail) dans un cadre « public ».

Le nombre de patients suivis par ces psychiatres actuellement paraît faible : 1 praticien voit 4 patients demandeurs d'asile, 1 en voit 3, les autres, 1.

Le nombre de consultations pour ce public par ces psychiatres varie entre 1 à 5 par mois.

Les autres professionnels qui reçoivent ces patients en suivent plus : psychologue (3) mais pas en cabinet libéral (ce qui n'étonne pas en absence de convention avec la sécurité sociale), l'infirmier en reçoit 5 à 10, 1 médecin généraliste en reçoit 10 (pour un total de 1 à 5 consultations par mois), l'autre médecin généraliste en voit 3 (pour un total de 1 à 5 consultations par mois)

Dans les questions ouvertes en fin de questionnaire, **des raisons à cette difficulté d'accès sont proposées spontanément par les répondants**, qui confirment plus ou moins explicitement ne pas vouloir exclure, certains regrettant n'avoir pu recevoir ces patients :

Impossibilité de répondre à toutes les demandes de premier RDV et délai d'attente (6 à 9 mois, dit un répondant).

Manque de lien avec des associations ou l'environnement social au sens large

Symptomatologie complexe où il est « *difficile de faire la part entre les symptômes réactionnels et ceux de structure* ».

Lieu de pratique (en dehors de la ville)

Surcharge de travail n'ayant pas permis une prise en charge qui avait été demandée

Modalités pratiques du suivi des demandeurs d'asile

6- Combien de consultations de patients sans papiers recevez-vous à votre cabinet en moyenne par mois?

1 répondant dit avoir 1 consultation par mois, 5 entre 1 et 5, 3 entre 5 à 10 consultations par mois.

Ceux qui donnent entre 5 à 10 consultations par mois ne sont pas psychiatres : 1 médecin généraliste, 1 psychologue (dans le public), 1 infirmier dans des consultations dans le cadre de consultations à l'ADATE et la RELEVE (associations d'accueil des demandeurs d'asile à Grenoble).

7- Quelle est la fréquence moyenne de consultations dans votre cabinet pour vos patients migrants demandeurs d'asile ou étrangers malades?

Les réponses oscillent entre : **1 consultation par mois au plus (6 réponses)**, une fois par quinzaine (1.), une fois par semaine ou quinzaine (psychologue), 5 à 10 par mois (infirmier).

Aucune question n'a été posée sur le « contenu » des consultations : on peut imputer à la fréquence mensuelle majoritaire un profil proche d'un « suivi » *psychiatrique* (comme on peut en voir pour des suivis au long court ?), éloigné du profil d'un suivi *psychothérapeutique* impliquant a priori une fréquence d'entretiens plus soutenue (par exemple 1 séance hebdomadaire comme le suivi du psychologue ou de l'infirmier).

8- Combien de patients déboutés de leur demande d'asile recevez-vous en moyenne par mois?

S'il peut y avoir incertitude sur le statut réel de ces patients (c'est le cas pour 2 répondants), les réponses oscillent entre 0 et 1 pour 5 répondants, 2 patients en attente de recours de la CNDA⁹⁹ pour 1 médecin généraliste, tous les patients suivis (5 à 10) par l'infirmier. Les psychiatres annoncent peu de patients déboutés (0 à 1).

9- Temps moyen de consultation avec un patient migrant à votre cabinet?

⁹⁹ Cour National du Droit d'Asile

Sur 9 répondants : **5 répondent 30'** ; 1 (psychiatre) : 40' ; 1 (psychologue) 40' ; 1 (psychiatre) : 30' à 1 heure ; 1 (psychiatre) : environ une heure (consultations avec interprète).

Ces durées de consultations paraissent correspondre aux pratiques habituelles des psychiatres et plutôt longues pour un médecin généraliste qui « n'expédie » pas la consultation. Ceux dont l'horaire approche une heure précisent qu'elles sont plus longues que celles de leur pratique ordinaire.

10- Si vous êtes médecin agréé auprès de la préfecture pour demande de titre de séjour comme étranger malade, à combien

Aucun répondant n'est médecin agréé.

Les médecins agréés peu nombreux sur l'Isère par exemple, sont amenés à recevoir de nombreux patients, ce qui n'implique pas de suivis thérapeutiques mais ne l'exclue pas pour autant : je m'attendais à des retours d'expérience de la part de tels praticiens en Rhône ou Isère mais rien ne garantit que les listes de diffusion aient contacté de tels praticiens.

Questions ouvertes

11- Pouvez-vous dire en quelques mots quels sont les points intéressants d'un suivi en cabinet de ville de patients migrants demandeurs d'asile ou étrangers malades?

Les 9 praticiens recevant un (ou des) demandeurs d'asile et 1 ayant eu une expérience répondent ainsi :

Soit en soulignant (ou exprimant le souci d'inscrire ces patients dans) une commune condition plutôt qu'une spécificité des demandeurs d'asile, ce qui paraît témoigner d'une intention d'éviter une ségrégation (reconnaissant implicitement ce risque ?) :

C'est surtout la nécessité de soigner qui importe.

A propos de patients suivis initialement à MDM puis en cabinet de psychiatrie, « **rien de plus particulièrement intéressant à suivre des sans-papiers/ clientèle de cabinet** »

« **Les mêmes que pour tout autre patient.** »

« **Je ne suis que des "adolescents isolés"** selon l'euphémisme administratif (ce qui sous-entend peut-être l'idée contraire d'une particularité propre à ces situations).

« **Leur offrir la même offre de soins que l'ensemble de la population générale. Eviter une ségrégation de soins, même si celle-ci reste très sérieuse. Pour leur dire que ce sont des usagers comme les autres. Leur permettre d'être dans la société comme tous les individus.** »

Soit en indiquant un objectif particulier pour ces patients à qui on reconnaît donc des spécificités : situation sociale à clarifier ou consolider ; problème de précarité prioritaire ; particularité de la « demande de soin » ; intérêt d'un suivi en cabinet pour ces patients inscrits dans des filières possiblement stigmatisantes (réseaux associatifs accueillants ces publics en précarité).

La tonalité des réponses indique qu'on prend ces situations particulières à cœur : un praticien dit même l'intérêt d'appréhender une réalité socio-politique au niveau mondial:

« **leur procurer un lieu où ils peuvent parler de leurs difficultés en dehors des problèmes administratifs, ou de recherche de ressources vitales. Etre reconnu comme une personne avec respect, ce qui peut les aider à rester debout. Avec un travail sur la durée, il est possible d'aborder leur situation avec les refus, et les adaptations nécessaires (refus demande asile, recours refusé, entrée dans la clandestinité).** »

« **Un suivi. Accueillir leur souffrance psychique. Les mettre en lien avec des personnes de leur voisinage et des structures** »

Selon un médecin généraliste, qui précise les conditions pratiques initiales : concertation avec la PASS pour résoudre la situation administrative et l'intérêt du suivi de ces patients également dans une optique de santé publique. « Dès que les droits à la santé sont établis, la PASS nous contacte pour que nous puissions assurer le suivi. **La durée des consultations est fonction de notre ambition de soignants car, habituellement, ces personnes ne désirent souvent que des soins ponctuels et rapides.** Les aider à s'inscrire dans un processus de prévention et de réduction des risques dépend plus de notre motivation professionnelle que des besoins exprimés par les patients eux-mêmes. Le recours à des pairs et aux services d'interprétariat est souvent essentiel. La prise en charge des pathologies infectieuses et leur dépistage est également utile pour la collectivité. **La concertation avec les services sociaux et d'accompagnement est essentielle car, pour se soigner efficacement, les conditions de vie de base sont prioritaires (logement notamment).** « cela a un côté « renarcissant » pour le patient du fait qu'il sort des circuits sociaux dédiés aux seuls personnes déclassées et exclues. Pour le praticien cela permet de rencontrer des pathologies peu vues au cabinet (histoires psycho-traumatiques, histoires de vie incroyables), d'ouvrir sur une réalité méconnue et de toucher du doigt le phénomène de la mondialisation à son échelle.

12- Pouvez-vous dire en quelques mots quelles sont les difficultés du suivi de patients migrants, demandeurs d'asile ou étrangers malade dans le cadre de votre cabinet de ville?

Les réponses m'ont semblées exprimer non simplement un inventaire de problèmes réels mais aussi le réel souci d'indiquer des pistes permettant de suivre ces patients, en particulier de la part des médecins généralistes inscrits dans cette pratique. Il existe néanmoins souvent un désarroi et un doute sur la possibilité d'un tel suivi. **Les difficultés évoquées sont :**

La langue : « nécessité de la présence d'un traducteur », « difficulté majeure, la nécessité de présence d'un interprète. », « il faut que les personnes puissent s'exprimer en français. » « Besoin d'interprète parfois donc pas simple »

La compatibilité avec l'organisation, l'économie et l'organisation d'un cabinet (le cas de dépassement d'honoraires...). En particulier : **l'assiduité** (« Pas de régularité aux séances pas de possibilités de dépassement d'honoraire pour compenser les RDV non venus non prévenus », « les RV manqués, », « des problèmes de paiement qui n'auraient pas lieu d'être avec des « adolescents isolés », **le problème des délais d'attente** (6 à 9 mois ne permettant pas de répondre à une telle demande). Pourtant, un médecin généraliste contredit cette version de mauvaise assiduité : « **contrairement à ce qu'on pourrait penser, ce sont des patients qui viennent aux rendez-vous, qui apprécient la qualité de l'accueil.** Du fait de la précarité des conditions de vie, il faut souvent retarder certaines prises en charge, s'occuper en premier de ce qui est urgent, établir une stratégie pour faire avancer en premier la vie sociale avant de pouvoir faire véritablement du soin sur le fond. »

L'accès au cabinet : « Les personnes sont venues au cabinet car je les suivais à MDM, sinon il est difficile de venir consulter d'emblée un médecin en ville »

Les difficultés liées à la pathologie : « décalage entre la lourdeur de la pathologie et la possibilité de soins. », « Dans mon souvenir c'était une symptomatologie complexe où il était difficile de faire la part entre les symptômes réactionnels et ceux de structure. »

Les particularités des cultures et le travail impliqué : « La langue. L'abord différent du symptôme et du corps en fonction des cultures. Adapter notre société de précaution qui élimine les maladies plutôt qu'elle ne cherche des diagnostics. Expliquer ce concept ». Un médecin généraliste familier de tels suivis dit : « la difficulté consiste à s'adapter aux différentes cultures et langues, pour comprendre et se faire comprendre. La notion de psychiatrie étant elle-même très différente d'un pays à un autre et la notion même de soin en psychiatrie est encore plus mal comprise par les migrants. Autre difficulté : la nécessité et le suivi du traitement mis en place, lorsque ceux-ci prennent le traitement prescrit c'est souvent 1 jour ou 2 et si pas d'effets ils arrêtent, et sans en parler. L'évaluation s'en trouve difficile (...). Dernière difficultés, la notion de rdv qui est souvent aléatoire d'un pays à un autre, avec des gens qui viennent soit en retard, soit pas du tout. »

L'importance d'un travail de lien social en sus des consultations et d'une adaptation qui nécessite du temps : « Beaucoup de liens à faire avec assistantes sociales et leur entourage familial et autre », « Chronophage. Comme c'est une pratique un peu inhabituelle, cela demande quelques efforts pour s'adapter. Nécessite de travailler avec d'autres qui ont cette pratique (groupe de travail ou de lecture) », « On pourrait également citer le manque de travail en lien avec des associations ou l'environnement social au sens large »

La question des certificats médicaux: « enfin dernière difficulté, les demandes faites par les demandeurs d'asile, qui pensent venir récupérer des certificats médicaux pour conforter leur demande d'asile ».

L'intrication de difficultés à plusieurs niveaux : la vérité du récit, la détresse psychique de ces patients expliquant la difficulté d'assiduité: « langue, mensonge et vérité... le travail gratuit que cela m'impose... », « Les angoisses, le découragement et les refus fragilisent ces personnes, cela a pour conséquence le manque d'assiduité à leur rendez-vous ». « Difficulté à comprendre vraiment la situation du patient au niveau de son statut, de ses droits, de sa situation réelle. »

13- Avez-vous des remarques complémentaires suscitées par les questions et points précédents ou, si vous ne recevez pas de demandeurs d'asile en cabinet, dire s'il y a des raisons particulières à cela.

10 personnes ont précisé là les questions précédentes :

En apportant des témoignages d'expériences personnelles difficiles : l'une relatant une incompréhension relativement à la demande du patient liée à une manque de communication des services « demandeurs », une autre au dénouement favorable après un suivi difficile, exposée en détail, présentant de nombreux aspects problématiques dont voici l'essentiel :

*Adressé par un autre patient travaillant dans un centre d'hébergement. Etat anxio-dépressif réactionnel à sa situation (deuxième année d'attente. Assiduité aux RV marquée par des absences lorsque sa peur de sortir dehors et subir un contrôle de police devenait trop forte. Démuni pour l'aider. Le patient avait tendance à surinvestir les consultations et l'aide que je pouvais lui apporter, alors que je ne pouvais que donner quelques instants de présence et des paroles d'encouragement. Mal à l'aise avec les prescriptions (somnifères, BZD) nécessaires étant donné les symptômes mais choquantes éthiquement puisque les symptômes étaient générés par le contexte inadmissible de **l'attente et de l'interdiction de travailler infligées aux demandeurs d'asile** (ce patient de 40 ans n'avait aucun ATCD psy ni personnel, ni familial). Fort heureusement pour lui, il a obtenu des papiers. La prise en charge a pris fin ainsi. J'aurais été embarrassé si elle avait dû se poursuivre dans l'isolement de mon petit cabinet. Je ne sais pas ce que j'aurais pu faire, dans la durée, de ma colère envers ce système et mon impuissance à répondre aux demandes (portant sobres et dignes) de ce patient.*

En précisant le contexte d'accueil, le psychologue précise qu'il s'agit d'une structure de prévention contre l'isolement et le suicide où ces patients sont adressés par des psychologues de *Médecins du Monde* en relation. « Le travail de lien que nous faisons permet une réassurance et une mise en confiance ». L'infirmier expose le taux de retour des patients « cela varie, du respect des rdv fixés par les demandeurs, mais à 80% il s'agit surtout de premières demandes. Seuls 20% reviennent, lorsque l'on juge nécessaire de les faire revenir, ou de leur fixer un nouveau rdv avec le dr du cmp. »

Un psychiatre pose la question du non adressage : « Je ne reçois pas de demandeurs d'asile parce qu'on ne m'en adresse pas. Je crois aussi que les associations qui s'en occupent cherchent plus souvent des prescripteurs de psychotrope que des psychiatres qui écoutent. »

Conclusion

L'objectif du questionnaire était limité: approcher **la pratique du soin aux demandeurs d'asile et aux étrangers malades en pratique psychiatrique libérale**. Il s'agissait de faire « remonter » les témoignages pour préciser les

problèmes rencontrés par des praticiens. Ceci pour les confronter ultérieurement à mon expérience personnelle pour un travail qui ne fait pas l'objet de cette présentation et aussi pour établir des contacts utiles pour cette pratique.

Les psychiatres reçoivent-ils des demandeurs d'asile ? Et quelles sont les particularités de cette pratique, ses difficultés, son intérêt ?

Pourquoi limiter la question aux demandeurs d'asile ? demande un médecin généraliste ayant répondu par mail. Travaillant bénévolement à Médecin du Monde à Lyon, ce praticien témoigne en effet de l'augmentation de la population des personnes sans droits de séjour qui sont des « *demandeurs d'asile déboutés (90% des demandes) et migrants clandestins de tous ordres qui ne peuvent pas demander de droit de séjour. (...). Parmi tous ces gens certains peuvent demander un droit de séjour (et donc le droit de travailler) soit par le biais de la procédure "étranger malade" (...), soit par le regroupement familial, soit pour faire des études... Mais les élus sont de plus en plus rares. (...). Il ressort de ces éléments que de nombreuses personnes sont sans droit de travail, sans logement (2 500 personnes dorment dehors tous les soirs sur Lyon en dehors de la période hivernale) ou en logement (très) précaire, et beaucoup ne mangent pas tous les jours. Ajoutons à ces épreuves les syndromes post traumatiques de ceux qui ont fui les zones de guerres comme le Congo, le Kosovo et l'Albanie où la mafia fait des ravages sociaux. L'exclusion sociale et la situation de non droit dans laquelle ils se trouvent joue un rôle aggravant. Ils vivent la peur au ventre d'être contrôlés. Les contrôles et les mesures de rapatriement sont souvent arbitraires et sans égard à la condition des personnes. Les troubles psychologiques provoqués sont omniprésents débouchant sur des dépressions fréquentes et sur la constitution de troubles psychiatriques. »*

Effectivement, **la question soulevée croise des dimensions multiples intriquées** dont certaines, comme la précarité sociale et/ou administrative paraissent prédominantes et ne pas concerner uniquement ces patients que j'ai identifiés comme « demandeurs d'asile ». Leur situation a été exposée ci-dessus¹⁰⁰ : il s'agit souvent en réalité de migrants déboutés de leur demande d'asile, demandeurs d'un titre de séjour comme « étrangers malades » au moment où se termine leur parcours (et leur hébergement, pour ceux qui en bénéficient...) au CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile). Leur suivi en psychiatrie avait débuté avec l'espoir de régularisation et le soutien du CADA avant d'être fragilisé par la dégradation de leur situation : absence de revenu, d'hébergement, de droits à réduction sur les transports et ceci sans droit de travail ni garantie de durée du traitement de leur dossier, attente qui peut excéder l'année. On peut citer parmi ces dimensions croisées faisant problème qui ont été abordées par les répondants:

- **Particularités sur le plan « culturel » et/ou psychologique de ces patients migrants**
- **Soin à des patients non francophone, question de l'interprétariat (accessibilité et/ou particularité de ce travail)**
- **Conditions sociales et administratives des demandeurs d'asile dans le contexte socio-politique actuel**
- **Parcours des demandeurs d'asile déboutés faisant une demande de séjour au titre « d'étranger malade » et devenant parfois (souvent ?) sans-papiers.**
- **Place du juridique (certificats médicaux) dans le soin à des patients dont les aléas du statut administratif déterminent les conditions de vie (ou survie).**
- **Accueil de patients en situation de précarité en exercice libéral.**
- **Psycho-traumatisme lié à des expériences de torture et violences politiques (quel soin possible envisageable en situation d'une telle instabilité ?)**
- **Autres....**

L'ensemble des retours (questionnaire et mails) montre l'intérêt des praticiens pour une catégorie de patients dont le « demandeur d'asile débouté », figure emblématique, excède cette définition choisie ici (parce qu'elle correspondait de près aux patients que j'ai reçus moi-même) .

¹⁰⁰ Voir « Pourquoi ce questionnaire ».

Mais les réponses obtenues indiquent également **la rareté de leur accueil en psychiatrie libérale** (et de manière générale en pratique « libérale »). S'il n'est pas possible par extrapolation de connaître la réalité quantitative des soins prodigués aux demandeurs d'asile en psychiatrie libérale, il semble que les écrits témoignant de tels suivis soit plutôt rares (une enquête plus significative à ce sujet serait bienvenue)...

Dans cet « échantillon », **les praticiens le plus confrontés à ces situations sont les médecins généralistes, un psychologue en situation salariée, un infirmier dans un cadre associatif**. Le moindre « taux d'accueil » par les psychiatres semble pourtant relever ici plus de la géographie (présence de CADA ou d'association faisant lien à proximité ?) ou de la disponibilité faible des praticiens (délais, attente, surcharge) que d'une réticence explicite.

On peut résumer les problèmes rencontrés par les praticiens dans l'exercice libéral : l'assiduité aux consultations (avec conséquences en termes d'organisation et d'économie du cabinet d'importance variable selon les répondants), **l'influence du contexte social et administratif** sur l'état de santé et de détresse du patient et **son impact sur le praticien** suscitant un sentiment d'injustice ou d'impuissance à constater les conséquences sur la santé des politiques « durcies » à l'égard des migrants, cause d'une aggravation de la précarité des patients, mais aussi, une ouverture sur les « réalités du monde ».

Cette pratique comporte certainement un aspect « douloureux », heurtant les habitudes de l'organisation libérale, confrontant à des détresses sociales (sans-abris, sans-papiers) souvent orientées vers les institutions associatives (MDM) ou les services publics. Néanmoins, la tonalité et l'investissement des réponses, que ce soit dans les mails reçus ou dans le questionnaire, **témoigne d'un intérêt porté à ces patients et à ces questions** qui ont un impact personnel, ce qui est clairement affirmé dans plusieurs réponses.

Ainsi, le médecin généraliste, travaillant à MDM a beaucoup réfléchi à ces questions, ce qui l'a amené « *à une attitude assez proche en définitive de celle que j'avais dans mon cabinet de médecine rurale (...), qui est de considérer la personne devant nous comme un égal, lui faire confiance pour lui redonner justement confiance en lui, et de ne pas tomber dans de l'empathie trop appuyée qui devient vite de la charité avec sa charge de soumission-humiliation.* » Son témoignage souligne *a contrario* certaines difficultés attendues en pratique « libérale » : « *On voit se succéder tellement de situations dramatiques qu'on a envie de régler individuellement au vu de la faiblesse des moyens sociaux mis en œuvre (carence de l'état). (...). Mais ils sont tellement nombreux que très vite on se réduit à une aide médicale et/ou psychologique. Leur redonner confiance en eux, c'est déjà pas mal. A MDM nous pouvons compter sur l'équipe (Assistants sociaux, médecins, infirmières, psychologues...) pour gérer les situations sociales en collaboration souvent avec d'autres assoc. qui font dans le logement, l'éducation... »*

D'autre part, les questions plus spécifiques au soin psychiatrique ou psychothérapeutique individuel auprès de patients traumatisés qu'on aurait pu attendre de la part du psychiatre en libéral sont ici dominées par des questions tenant du lien social, ceci tant du côté des patients que du côté des soignants (réseaux et liens aux associations), du politique et du juridique, de l'économique.

Les questions de « vérité » du récit » ou des certificats sont peu citées ici : elles participent pourtant de la mise en tension à la fois des cadres de soins habituels des psychiatres (surtout quand ils sont d'orientation psychothérapeutique ?) mais des assistants divers qui soutiennent ces patients et attendent une aide de la part des médecins à ce niveau parfois crucial pour la vie des patients.

Et après ?

Ces « retours » d'expérience, confirment à mes yeux l'intérêt portés par les soignants et en particuliers ceux qui y ont été confrontés pour ces patients. Ceci encourage à réfléchir à ces questions pour soigner au mieux en dépit d'un contexte politique et social contraignant (et inquiétant).

La confrontation à cette précarité, cet accueil des migrants fait choc dans l'institution soignante en général et en particulier dans les cabinets de praticiens en exercice libéral. Elle remet en cause les pratiques et références habituelles, la réalité « externe » y prend une place considérable, conditionnant sinon déterminant la possibilité du soin. Elle oblige à modifier les « stratégies » employées et les « objectifs » poursuivis, questionner les priorités,

repenser le soin psychiatrique et/ou psychothérapique, construire des alliances nouvelles. Mais, cette « souffrance » vécue par le professionnel pourrait bien constituer, selon moi, une cure de jouvence en questionnant pratiques et théories...

L'accueil de patients migrants « demandeurs d'asile » présente certainement de réelles difficultés dans la pratique libérale et implique probablement un investissement particulier, est susceptible de bouleverser la pratique. Mais outre l'intérêt de participer à la lutte contre les discriminations vécues par des patients en détresse, les recevoir en ville permet des rencontres profondément « humaines ». Des rencontres qui ne laissent pas indemnes mais donnent à l'activité de soin psychique tout son sens.

.François Journet, Le 21 mars 2015

PS : Je recevrai avec plaisir toute remarque complémentaire à mon retour sur ce questionnaire à l'adresse mail suivante : fr.jo@orange.fr

<https://fr.scribd.com/doc/259077733/Questionnaire-sur-l-accueil-des-demandeurs-d-asile-en-psychiatrie-liberale>

ANNEXE 4 : RECOURS CONTRE UN REFUS DE TITRE « ETRANGER MALADE »

Disqualification du certificat médical et de la situation du patient lors du recours au Tribunal Administratif :

Extrait du certificat médical justifiant du point de vue favorable du MARS :

La sévérité de l'état clinique nécessite la poursuite des soins au long cours dans ses deux composantes médicamenteuse et psychothérapique. Les médicaments psychotropes respectant la prescription initiée par le Docteur Flamant doivent être poursuivis de manière continue en adaptant prudemment la posologie du neuroleptique selon l'intensité des troubles. Le soutien psychothérapique qui tient son efficacité d'une confiance établie au fil des années et ayant impliqué une grande disponibilité et vigilance des thérapeutes ne doit pas être interrompu du fait d'un risque de décompensation anxio-dépressive.

Un retour du patient dans le pays où il a subi des violences et vécu une série de deuils traumatiques provoquerait une aggravation symptomatologique en particulier des aspects anxieux et dépressifs et une rupture de la prise en charge médico-psychologique : les conséquences prévisibles à court et moyen terme sont une décompensation majeure psychiatrique avec un risque de passage à l'acte suicidaire en cas de raptus anxieux.

Extrait de l'arrêté du Tribunal administratif :

7. Considérant, par ailleurs, que M. [nom], dont la demande d'asile a été rejetée par une décision de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides du 2 février 2009 confirmée par la Cour nationale du droit d'asile le 14 avril 2009, n'établit pas que la source de son traumatisme se trouve en République démocratique du Congo et qu'un retour dans ce pays risquerait de provoquer une aggravation de son état de santé ;

4. Considérant que, par un avis du 12 février 2014, le médecin de l'agence régionale de santé a estimé que l'état de santé de M. [nom], ressortissant congolais, nécessitait une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, que les soins nécessités par son état de santé devaient être poursuivis pour une durée de 12 mois et que l'intéressé ne pouvait avoir accès à un traitement approprié dans son pays d'origine ; qu'il ressort du certificat établi le 10 décembre 2014 par un psychiatre que la prise en charge de l'intéressé comporte « d'une part un soutien psychothérapique soutenu et d'autre part une prescription médicamenteuse comportant un neuroleptique à visée anxiolytique et antipsychotique (Cyamémazine 4%, 25 gouttes le soir), un hypnotique (Zolpidem 10 mg, 1 comprimé) et un antalgique (paracétamol 1000 mg, 3 cpés par jour). » ;

6. Considérant que, compte tenu de ces éléments, il appartient à M. [nom] de démontrer en quoi les traitements dont le préfet a établi l'existence ne seraient pas appropriés à sa pathologie, étant précisé qu'un traitement approprié n'est pas nécessairement identique à celui dont il bénéficie en France ; que le paracétamol est disponible dans son pays d'origine ; qu'il ne ressort pas des pièces du dossier et notamment du seul certificat médical qui n'apporte aucune information sur ce point, que le neuroleptique et l'hypnotique que son traitement requiert ne pourraient pas être remplacés, sans conséquences exceptionnellement graves pour sa santé, par des médicaments de même catégorie dont le préfet a établi l'existence

dans son pays d'origine ; que, par ailleurs, il ne ressort pas des pièces du dossier que M. [nom] ne pourrait pas bénéficier dans ce pays d'un soutien psychothérapique ;